

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A Dimensão Ética nas Relações de Trabalho em Hospital: questão de humanização?”

por

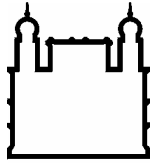
Simone Gonçalves de Carvalho

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado

Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Marlene Braz

Rio de Janeiro, maio de 2007.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“A Dimensão Ética nas Relações de Trabalho em Hospital: questão de humanização?”

apresentada por

Simone Gonçalves de Carvalho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Elizabeth Barros de Barros

Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez

Prof. Dr. Jorge Mesquita Huet Machado – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

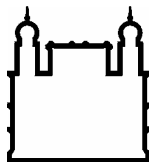
C331 Carvalho, Simone Gonçalves de
A dimensão ética nas relações de trabalho em hospital: questão
de humanização. / Simone Gonçalves de Carvalho. -- 2011.
141 f.

Orientador: Machado, Jorge
Braz, Marlene

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Humanização da assistência. 2. Relações Trabalhistas. 3.
Pessoal de Saúde - ética. 4. Dissidências e Disputas. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 14 de maio de 2007.

Simone Gonçalves de Carvalho

CG/Fa

Dedico esta dissertação aos trabalhadores de hospital que empregam seu corpo, sua inteligência e sua emoção no cuidado com o outro, em especial àqueles que compartilharam comigo suas preocupações, angústias, realizações e projetos durante esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Acordei pensando na vida, lembranças do passado distante, imagens e sensações do presente...

Lembrei do agradecimento que fiz na monografia de especialização: homenagem aos homens da minha vida, àqueles que se mantêm para sempre, mesmo que não estejam presentes.

Então pensei nas mulheres maravilhosas que compartilham pedacinhos de suas vidas comigo. Cada uma com sua história e seu jeito especial de ser humano, de estar neste mundo e na minha vida. Tenho orgulho de tê-las como amigas e de dizer que as amo, as admiro. Ao mesmo tempo sinto orgulho de mim por ter conquistado o lugar de amiga de pessoas tão delicadas, generosas, inteligentes e fortes.

Obrigada, Gel, Eliane, Eth, Ligia, Angela e Marleide.

Mulheres importantes na minha vida são muitas. Com elas aprendo a ser melhor, pois nos encontros diários discutimos idéias, emoções, dificuldades e vitórias. São elas co-responsáveis por quem sou hoje e por esta dissertação, pois me incentivaram a fazer o Mestrado e sempre confiaram em minha capacidade além, é claro, de terem dispensado horas lendo as primeiras versões e tecendo considerações. Me ajudaram a trilhar este caminho.

Obrigada, Ana, Chris, Liliana, Renata, Elsa, Eliana, Elaine, Cris e Vera, minha mãe.

O que dizer de Marlene Braz? Mulher admirável, uma guerreira. Aliás nos conhecemos num embate em que estávamos em campos opostos, mas soubemos reconhecer o valor da “oponente” e nos aliamos para conquistarmos juntas. Foi ela a principal responsável por esta vitória, disse-me taxativa: “Você vai fazer a prova do Mestrado e eu vou ser sua orientadora.” Não tive nem como refletir sobre o assunto, o prazo para inscrições terminava no dia seguinte. Nestes 2 anos e meio estive sempre ao meu lado, inclusive quando desejei sair do Mestrado Profissional do IFF e ir para o Acadêmico da ENSP. Apoiou-me integralmente e gentilmente aceitou continuar me acompanhando neste percurso.

Obrigada, Marlene.

Às professoras, as quais compartilharam mais que seus conhecimentos, me acolheram em seus grupos de estudos e pesquisas, oferecendo carinho, estímulo e exemplo de pessoas éticas e profissionais dedicadas.

Obrigada Marisa Palácios, Jussara Brito e Cláudia Osório.

Mas, como sem homens não teríamos como sermos mulheres e o mundo perderia muito de sua graça, eles estão presentes e foram fundamentais na construção desta dissertação.

Jorge Machado, figura ímpar, um pai acolhedor e ao mesmo tempo a lei, humano. Com conhecimento e experiência em saúde do trabalhador como poucos. Mais que um orientador, um amigo e mestre, pois estimula e confia.

Obrigada, Jorge.

Minayo, meu querido! Que pessoa maravilhosa és! Nem sei como agradecer o carinho e o cuidado. Seja feliz e continue conosco, pois cada minuto com você é um momento precioso de aprendizado. Saúde e trabalho ou pesquisa qualitativa é pouco para dar conta do que aprendemos contigo. Aprendemos a ser gente, a termos humildade e a reconhecermos a sabedoria.

Obrigada, Minayo.

Ao professor Schramm que me fez sentir estar no mestrado com a qualidade de suas aulas e de suas reflexões. Um paizão bravo e exigente que mistura na mesma proporção acolhimento, afeto e reconhecimento pelo outro.

Obrigada, Roland.

Meu filho. As palavras não conseguiriam expressar o sentimento de alegria e prazer de ser sua mãe! Nestes dois anos soube respeitar e compreender minha necessidade de ficar só, de transformar seu quarto em escritório e negociar momentos para ficarmos juntos e nos curtir. Te amo muito!

Obrigada Rafael.

Uma mulher não é completa sem um parceiro. Quem esteve ao meu lado foi especialmente dedicado e atento às minhas necessidades e desequilíbrios do humor, inerentes ao estado de mestranda. Cuidou de mim nos períodos mais delicados e esteve disponível para estar perto e estar longe. Até aprendeu a cozinhar!

Obrigada, Clemente.

Aos meus colegas de Mestrado, tanto da turma do IFF quanto da ENSP, que me permitiram aprender com eles e souberam respeitar meu jeito de ser questionadora, engraçada e até chata.

Obrigada, Renata e Liliana mais uma vez; Rejane; Tatiana; Bruno; Marcelo; Alessandra; Letícia; Francinaldo; Miriam; Sérgio e à Turma dos Dezenove do IFF.

Obrigada à FIOCRUZ, instituição de origem, e ao INCA, local de trabalho, aplicação do conhecimento adquirido, espaço de troca e de novas amizades.

Obrigada a Deus (a), energia suprema, que sabe o sentido da vida, proporciona os encontros e me dá alento e forças nos momentos difíceis.

RESUMO

A sensação de desrespeito e de injustiça vivida pelos cidadãos é crescente e com ela ressurgem as discussões em torno da Ética. No mundo do trabalho esta situação reflete-se na fragilização dos vínculos e na deterioração de valores como a cooperação e a confiança. Compreender a dimensão ética das relações entre colegas e entre chefia e subordinados, e as transformações que estas desencadeiam no modo de ser e de trabalhar e, especialmente, na saúde dos/as trabalhadores/as de um hospital, constitui-se o foco desta pesquisa. Como um dos desafios da Política Nacional de Humanização é transformar a realidade do trabalho em saúde, através de atitudes éticas e da co-responsabilização e fortalecimento dos vínculos interprofissionais, verificamos quais os efeitos da implementação desta política até o momento. O estudo empregou a abordagem qualitativa. A percepção dos/as trabalhadores/as sobre a inter-relação dos temas “ética nas relações no trabalho”, “implicações na saúde dos trabalhadores” e “transformações nos sujeitos” foi construída através da realização de dois Grupos Focais compostos por “informantes estratégicos” – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, que atuam na assistência ao paciente. Identificou-se que as propostas da PNH ainda não deram frutos e que os/as trabalhadores/as perseguem uma ética universal, mesmo reconhecendo a pluralidade moral existente na sociedade e na instituição. Associam o ser ético com respeito e reconhecimento do outro como um igual. No âmbito da gestão consideram que a ética é caracterizada pela transparência e a criação de espaços democráticos para discussão. A disputa de poder entre as categorias profissionais e a hegemonia médica provocam conflitos e a fragmentação da atenção dispensada ao paciente, dificultando o trabalho em equipe interdisciplinar. O desrespeito e a falta de reconhecimento causam sofrimento e contribuem para o adoecimento psíquico e físico, podendo conformar-se como experiência de desumanização. As estratégias adotadas para lidar com esta situação com maior frequência são a mudança de setor de trabalho, o isolamento, a valorização do sentido do trabalho e/ou da missão, a busca de satisfação e reconhecimento em outras atividades/lugares.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; ética; profissionais da saúde; humanização da assistência; recursos humanos em hospital/PX.

ABSTRACT

The sensation of disrespect and injustice lived for the citizens are increasing, and with it the quarrels around the Ethics resurge. In work this situation is reflected in the embitterment of the bonds and the deterioration of values as cooperation and confidence. The focus of this research consists to understand the ethical dimension of the relations between colleagues and enter commands and subordinate, and the transformations that these unchain in the way of being and working, especially, in the health of hospital workers. One of the challenges of the Política Nacional de Humanização is to transform the reality of the work into health, through ethical attitudes and of the shared responsibility and stronger the inter-professional bonds. We verify the effects of the implementation of this politics until this moment. The study used the qualitative boarding. The perception of the workers on the interrelation of the subjects “ethical in the relations in the work”, “implications in the health of the workers” and “transformations in the citizens” was constructed through the accomplishment of two Focal Groups composites for “strategical informers” - doctors, nurses, social technician of nursing, assistants and psychologists, who act in the assistance to the patient. It was identified that workers pursues an universal ethics, exactly recognizing the existing moral plurality in the society and the institution. They associate the ethical being with respect and recognition of the other as an equal one. In the scope of the management they consider that the ethics are characterized by the transparency and the creation of democratic spaces for quarrel. The dispute between the different professional categories and the medical hegemony provokes conflicts and the spalling of the attention excused to the patient, making it difficult to work as a team. The disrespect and the lack of recognition causes suffering and contribute for the psychic and physical distress. The adopted strategies to deal with this situation more frequently are the change of work sector, the isolation, the change of the direction of the work and/or the mission, searching satisfaction and recognition in other activities or places.

Key Words: Occupational Health; Ethics, Health Personnel; Humanization of Assistance ; Personnel, Hospital .

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. Prolegômenos.....	01
2. A Pesquisa	04
3. Dos Capítulos	06

CAPÍTULO I

O PROCESSO DE TRABALHO NO HOSPITAL E AS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS

1. O Trabalho	08
2. O Hospital	17
2.1 A Estruturação do Hospital	17
2.2 Processo de Trabalho no Hospital	20
3. Interdisciplinaridade, do que se trata?.....	27
4. O Trabalho em equipe Interdisciplinar no Hospital	30
5. A Teoria na Prática Não é Outra	36
5.1 Os Avatares do Processo de Trabalho no Hospital	37
5.2 O Sentido do Trabalho: implicações nos trabalhadores	41
5.3 A (In)Disciplinaridade no Trabalho	43

CAPÍTULO II

A DIMENSÃO ÉTICA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

1. A Ética e a Moral	51
2. A Ética Aplicada às Relações Humanas	56
3. As Relações no Trabalho.....	64
4. O Reconhecimento do e no Trabalho	72
5. A Ética na Prática: Vivendo com o Não Reconhecimento	77
5.1 Definindo a ética	78
5.2 O estranho (moral) e o diferente	83
5.3 O descompromisso: enigma a ser decifrado	84
5.4 (In)Justiça como estratégia de gestão	89
5.5 Respeito à autonomia	90
5.6 As Relações, o Poder e o Abuso	91
5.7 Relações Pessoais X Relações Profissionais	95
5.8 Estratégias de Proteção	97

CAPÍTULO III

HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL: RESPOSTA AOS PROBLEMAS ÉTICOS?

1. O Contexto	100
2. A Humanização Como Conceito Polissêmico	101
3. A Política Nacional de Humanização	105
4. O Trabalhador e o Trabalho na Humanização	107
5. A Teoria na Prática Ainda é Outra: casa de ferreiro espeto de pau	114
5.1 Como vai a PNH?	115
5.2 O sentido da humanização para os profissionais	116
5.3 Trabalho Desumanizado-Atendimento Humanizado: como?	118
5.4 O Papel da Gestão	119
5.5 O que fazer para Humanizar o Trabalho?	125
CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
Referências Bibliográficas	134
Anexos	142

LISTA DE ABREVIATURAS

MS – Ministério da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

RH – Serviço de Recursos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

UI – Unidade Intermediária

INTRODUÇÃO

1. Prolegômenos

Desde a antigüidade, tanto no Egito quanto no mundo greco-romano, a relação entre ocupação e saúde tem sido constatadaⁱ (ROSEN, 1983). No séc. XVI começam a aparecer alguns estudos correlacionando as condições de trabalho com doenças específicas. Ramazzini afirmou, em trabalho datado de 1713, que muitos ofícios eram a causa de graves sofrimentos para os trabalhadoresⁱ (ROSEN, 1983). Deste período até os dias de hoje, passando pela Medicina do Trabalho e pela Saúde Ocupacional, um longo processo de observação, lutas e conquistas acabou por configurar o campo da Saúde do Trabalhador, que pode tomar como ponto de partida, no Brasil, o final dos anos 70ⁱⁱ (LACAZ,1997).

A Saúde do Trabalhador constituiu-se como um campo interdisciplinar, no qual o trabalhador foi reconhecido como sujeito e detentor de um saber sobre seu trabalho e sobre siⁱⁱⁱ (GUSTAVSEN, 1980). Os movimentos sociais ocorridos nas décadas de 60 e 70 do séc. XX foram decisivos para a definição dos pressupostos deste campo. Um dos mais importantes destes, o Movimento Operário Italiano (MOI), teve como principal premissa a participação dos trabalhadores numa luta que consistia em não delegação da vigilância, não monetarização dos riscos, validação do saber dos trabalhadores e melhoria das condições e ambientes do trabalho^{iv,v} (ODONNE, 1986; BERLINGUER, 1978).

Estes movimentos provocaram a aceleração do processo de transformação da Legislação Internacional, que teve início com a promulgação da “*Factory Act*”, na Inglaterra em 1833. Estas novas leis regulavam os direitos à informação, à recusa ao trabalho, à consulta prévia sobre adoção de novas tecnologias e a criação de mecanismos de participação^{vi,vii,viii} (MENDES, DIAS, 1991; MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 1996).

A Medicina Social Latino-Americana também contribuiu para construção do campo da Saúde do Trabalhador. Trouxe a reflexão sobre a determinação social do processo saúde–doença e o papel central do trabalho nesta questão.

Assim, este campo caracteriza-se pela interdisciplinaridade e a construção permanente:

“Corpo de práticas teóricas e interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”^{vii}. (MINAYO-GOMES, THEDIM-COSTA, 1997).

A Saúde do Trabalhador tem como objeto o processo de saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho, busca compreender como e porque estes processos ocorrem e construir alternativas de intervenção para melhoria da saúde dos trabalhadores.

Com a incorporação da categoria *processo de trabalho* ao conceito de *Trabalho*, as relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho passaram a ocupar posição central na análise do processo saúde-doença, deslocando o foco da questão ambiental – fatores e agentes de risco externos ao trabalhador (LACAZ, 1996)^{viii}. A partir desta perspectiva, o trabalho é entendido como organizador da vida social, espaço de dominação e submissão, mas também de resistência e construção de fazer histórico e a doença como resultado da interação entre condições sociais, subjetividade e riscos ambientais em uma determinada época. Neste contexto a abertura à participação e à negociação entre os atores sociais envolvidos no processo produtivo – trabalhadores, instituições públicas e empresariais – na busca de soluções para os problemas no âmbito da saúde do trabalhador, em um contexto sócio-econômico-cultural específico, é fundamental.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2002)^{ix} estima que 160 milhões de trabalhadores contraíam doenças ligadas ao trabalho todos os anos e calcula que 4% do PIB mundial é gasto com doenças profissionais, absenteísmo de trabalhadores, adoecimentos, tratamentos e pensões. Estes dados demonstram a necessidade de estudos que forneçam subsídios para o planejamento de intervenções que visem promover ambientes de trabalho saudáveis. Este é o desafio inerente ao campo da Saúde do Trabalhador.

Este desafio não é tarefa simples, pois se trata de integrar as dimensões do individual/coletivo, do biológico/psicossocial, do técnico/ político, do

particular/geral. Tendo de enfrentar, para tanto, questões atuais como a globalização da economia, a competitividade, a dívida social e suas conseqüências – violência, precarização do trabalho, desemprego, etc.⁷ Estas dimensões formam um sistema complexo que exige um olhar inter e transdisciplinar para sua compreensão, num movimento de contração e expansão. Diante desta exigência optamos por restringir nosso estudo às relações no trabalho, em sua vertente ética e, no movimento de expansão, relacioná-la com a Política Nacional de Humanização (PNH).

De acordo com Rosen¹, já em 1771, Rickman esboçou um conceito de doença como resultante de desajustamentos culturais e sociais. Ele propôs a divisão das doenças em dois grupos: o natural, que abarca as doenças contagiosas e epidêmicas, e um segundo, que chama de doenças produzidas pelo homem, considerando-as como conseqüências físicas da frouxidão moral. Este último grupo foi subdividido em duas categorias: aquelas produzidas pela negligência do próprio paciente e aquelas provocadas pelas transgressões dos outros. Esta proposição adentra ao campo da Ética, entendendo-a como a disciplina que estuda e investiga os vários atos humanos conscientes e voluntários que afetam outros indivíduos, grupos sociais ou sociedades^x (VÁZQUEZ, 2004).

A especificidade do trabalho em hospital, que exige o trabalho em equipe multiprofissional, por si só constitui-se um campo onde a dimensão ética nas relações de trabalho merece ser objeto de estudo.

A forma como se estrutura a organização do trabalho no hospital é um aspecto importante na configuração da dimensão ética das relações entre os trabalhadores. Mesmo diante do atual paradigma da atenção em saúde – integração dos diferentes saberes – a fragmentação do trabalho continua presente^{xi, xii, xiii, xiv, xv}(OSÓRIO-SILVA, 1994; OLIVEIRA, LANDRONI, SILVA, 2005; AZEVEDO, 2002; GOMES, 1997; PITTA, 1999).

No Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH) reconhece que a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho **esgarçam as relações** entre os diferentes profissionais e entre estes e os usuários. Reconhece também que esta organização do trabalho prejudica tanto a ação em equipe, como o lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção.

A PNH apresenta algumas propostas que se coadunam com os pressupostos da Saúde do Trabalhador – articulação e valorização dos diversos saberes; prioridade na criação de espaços de discussão/ negociações; trabalhador enquanto operador/gestor de seu processo de trabalho e capaz de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo movimento. Tal política demonstra preocupação com dois temas relevantes para este trabalho: a ética e a produção de sujeitos:

“A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde”^{xvi} (BRASIL, 2004a:8).^{xvi}

2. A Pesquisa

A concepção marxista de trabalho – uma ação do homem sobre a natureza, para modificá-la e transformá-la e ao mesmo tempo transformar a si mesmo – fundamenta este estudo, o qual tem como objeto a dimensão ética nas relações de trabalho e suas implicações na saúde e na vida dos trabalhadores. Este tema originou a questão que permeou o desenvolvimento deste trabalho: Quais as modificações e transformações que **as relações no trabalho** desencadeiam no sujeito trabalhador? Para tanto, definimos como objetivo geral compreender a dinâmica existente entre a dimensão ética nas relações de trabalho e os processos de transformação dos trabalhadores no hospital pesquisado e os seguintes objetivos específicos:

- Determinar os fatores que levam às atitudes não éticas nas relações de trabalho em hospital, sob a ótica dos trabalhadores;
- Levantar os valores e princípios éticos que permeiam as relações de trabalho no hospital;
- Identificar o significado de “relações éticas no trabalho” e de “trabalho humanizado” na opinião dos próprios profissionais que atuam no hospital pesquisado;

- Identificar as transformações experimentadas pelos trabalhadores, a partir da vivência de relações não éticas no trabalho.

Optamos por empregar a metodologia qualitativa para realizarmos esta pesquisa, pois este modelo é o que melhor se aplica à proposta de compreender o significado e implicações da dimensão ética das relações no trabalho, a partir da perspectiva dos próprios trabalhadores. Como, ao mesmo tempo, pretendíamos criar um espaço de reflexão e integração que possibilitasse transformações tanto nos profissionais que dela participaram quanto nas relações entre eles, escolhemos a técnica de Grupo Focal.

A técnica de Grupo Focal permite que, a partir da proposição de um tema, os sujeitos da pesquisa desenvolvam o diálogo e o debate entre eles, fornecendo informações acerca de um tema específico (CRUZ NETO, 2001)^{xvii}.

O campo da pesquisa foi uma instituição federal do município do Rio de Janeiro, que atua tanto na área de assistência quanto na de pesquisa em saúde da mulher, da criança e do adolescente e que está envolvida com a implementação da PNH. Esta escolha deveu-se à facilidade da inserção da pesquisadora no campo, uma vez que já havia trabalhado como psicóloga do trabalho nesta instituição, e à importância da interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Desta relação depende a qualidade e profundidade do conhecimento dos fenômenos da vida, da sociedade ou da cultura ^{xviii}(BRANDÃO, 1987). Minayo considera este aspecto decisivo para a qualidade dos resultados:

“No caso da pesquisa qualitativa o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição ‘sine qua non’ do êxito da pesquisa qualitativa.” (p.124)

A definição dos sujeitos da pesquisa baseou-se na pergunta feita por Deslandes: *“quais indivíduos têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?”*. A resposta apontou para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais que atuam diretamente na assistência aos pacientes e que, em tese, trabalham no modelo de equipe.

O projeto desta pesquisa foi submetido tanto à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, quanto do Comitê da Instituição que foi campo de estudo. Ambos o aprovaram.

Todos os participantes foram convidados pela pesquisadora com pelo menos dez dias de antecedência. Nesta ocasião foram fornecidas informações sobre a pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi lido, explicado e assinado.

No primeiro momento analisou-se a literatura pertinente aos temas saúde, trabalho e ética. Dentre a bibliografia estudada adotamos, principalmente, o conceito de saúde de Canguilhem, os conceitos de cooperação, arbitragem e reconhecimento da psicodinâmica do trabalho de Dejours e no campo da ética e da bioética o modelo liberal autonomista de Engelhardt que desenvolveu os conceitos de estranhos e amigos morais.

3. Dos Capítulos

No primeiro capítulo apresentamos o conceito de trabalho e a visão da psicodinâmica sobre sua centralidade na sociedade atual e seu papel na constituição da vida psíquica. Também apresentamos a contextualização do trabalho no hospital e as especificidades do processo de trabalho nesta instituição, que, em função do princípio da integralidade da atenção, deveria ser implementado através de equipes interdisciplinares.

No segundo capítulo desenvolvemos o tema da ética das relações no trabalho, pois uma das características principais deste processo de trabalho é a necessidade de estabelecer-se uma rede de relações, seja entre os próprios trabalhadores, seja entre estes e os usuários. Buscamos demonstrar o quanto a ética no sentido de respeito à dignidade humana, do reconhecimento do outro como sujeito numa relação

simétrica, contribui para a saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores, tendo como consequência a melhoria da assistência prestada aos pacientes.

No terceiro capítulo analisamos a Política Nacional de Humanização enquanto proposta de Estado para solução dos problemas do sistema de saúde no que se refere às questões sobre o processo de trabalho, inclusive sua fragmentação e a deterioração das relações.

Nas considerações finais fazemos uma reflexão sobre cada aspecto levantado e apontamos algumas direções que podem auxiliar no desenvolvimento de uma organização do trabalho mais democrática, que estimule espaços de discussão, incentive o processo de criação e renormatizações, e que tenha a ética como foco. Em síntese: que promova a humanização do trabalho.

CAPÍTULO I

O PROCESSO DE TRABALHO NO HOSPITAL E AS RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS

1. O TRABALHO

O trabalho, para Marx, extrapola a simples atividade de transformação da natureza pelo homem, se constitui acima de tudo em uma “práxis de homem/mundo em um processo de mútua produção” (MERHY, p.81), ou seja, o trabalho é uma ação do homem sobre a natureza, para modificá-la e transformá-la e ao mesmo tempo transformar a si próprio.

Estas transformações que ocorrem no sujeito trabalhador, dizem respeito à subjetividade, ao modo de relacionar-se com o trabalho e com todos aqueles envolvidos neste processo e especialmente as implicações na sua saúde. A análise do trabalho implica na compreensão do termo sujeito em no mínimo duas dimensões: a primeira refere-se àquele que opera, é sujeito da ação e, portanto, responsável por suas escolhas e a segunda, aquele que está sujeito a algo, ou seja, é objeto da ação. O entendimento desta dupla acepção é importante na análise da relação sujeito-trabalho, a medida em que neste processo o trabalhador está constantemente confrontado com situações em que é impelido a decidir e, ao mesmo tempo, submetido às exigências organizacionais, ou do próprio trabalho que escapam ao seu controle.

A psicodinâmica do trabalho é uma das teorias que buscam produzir inteligibilidade sobre as condutas humanas nas situações de trabalho. Seu objetivo é, segundo Dejours, “o estudo das relações entre condutas, comportamentos, experiências de sofrimentos e de prazeres vividos, por um lado, e organização do trabalho e relações sociais por outro”^{xix} (p.245), portanto serviu como um dos escopos no desenvolvimento desta pesquisa.

Este teórico^{xx} considera que o trabalho ocupa lugar central no funcionamento da sociedade atual. Esta centralidade é percebida na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental – ou mesmo somática. O trabalho pode ser um gerador de saúde ou, ao contrário, um constrangimento patogênico, porém jamais

será neutro: ou joga a favor da saúde ou contribui para sua desestabilização e empurra o sujeito para descompensação. A centralidade do trabalho é observada na mediação entre o singular e o coletivo, e entre a subjetividade e o campo social.

Para este autor o trabalho é o cenário para realização de si mesmo, lugar para o fortalecimento da singularidade do sujeito. Nele a identidade estaria sempre colocada em cheque, pois a relação dinâmica entre aquilo que seria do âmbito da estabilidade é constantemente desestabilizada pelos desafios inerentes ao trabalho. Estes desafios decorrem do domínio da técnica, do desenvolvimento da inteligência prática ou ainda das relações entre colegas e superiores hierárquicos (Lancman, Sznelwar, 2004)^{xx}

Dejours considera que a complexidade humana exige a integração de vários campos do conhecimento, inclusive a ética e a política, e uma sensibilidade aguçada para a observação de vivências no cotidiano do trabalho. Só desta forma será atingida a valorização do ser humano integral, uma vez que *“valorização pressupõe aqui respeito à integridade aos limites da condição humana, construção de laços de confiança e reconhecimento – o que significa também promoção da saúde, que, por sua vez inclui a segurança no trabalho”*^{xxi} (p.10).

O interesse principal da psicodinâmica dejouriana é a normalidade, que deve ser compreendida como equilíbrio instável, frágil e provisório entre o sofrimento e as defesas contra esse sofrimento. Esta normalidade resulta de estratégias *intencionais*, complexas e rigorosas. Na medida em que estas estratégias são intencionais dependem do grau de liberdade da vontade dos agentes, ou seja: dependem da autonomia. A normalidade é, sobretudo, concebida como produto de uma dinâmica humana em que as relações intersubjetivas – na construção de estratégias defensivas, ou mesmo ofensivas, contra o sofrimento – ocupam um lugar central. As estratégias defensivas contribuem para manter a coesão do coletivo de trabalho, assegurando a cooperação para a consecução dos objetivos organizacionais^{xxii}.

A relação sujeito-trabalho deve ser compreendida a partir dos conceitos de condições do trabalho e de organização do trabalho. O primeiro conceito deve ser entendido como *“as pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho”* (Dejours e Abdouchelli, 1994, p.125)^{xxii}. Trata-se de uma mediação física-

estrutural entre o homem e o trabalho. As condições de trabalho referem-se ao corpo dos trabalhadores e podem causar desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. O segundo conceito – a organização do trabalho – tem como foco a divisão do trabalho (repartição de tarefas, cadência, modo operatório prescrito etc.) e a divisão dos homens (distribuição de responsabilidades, hierarquia, controle, capacitação, etc.) para sua realização. É a vontade do outro recortando e definindo o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho. Poderíamos nomear este processo de mediação emocional, uma vez que a organização do trabalho atua no nível do funcionamento psíquico em complementação às condições de trabalho que, como vimos, tem implicações primordialmente no corpo. Esta interação pode levar à distúrbios psicossomáticos, pois os afetos psíquicos possuem traduções somáticas. Angústia, medo, frustração e agressividade, por exemplo, podem provocar aumento das cargas cardiovasculares, musculares e digestivas.^{xxiii} Dejours e Abdoucheli detalham as repercussões desta organização:

“A divisão de tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens solicita, sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor, o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança, etc.” (p.126).

A psicopatologia do trabalho é sempre intersubjetiva, já que não há relação com o trabalho exclusivamente técnica, cognitiva ou física. A atividade aparece sempre mediada por um contexto intersubjetivo. Desta forma, a psicodinâmica reconhece que a organização do trabalho aparece antes de tudo como uma relação intersubjetiva e social, passando pelo âmbito da técnica e da integração humana, que num movimento contínuo de interação modificam e complementam-se mutuamente.

Compreender os processos intersubjetivos, que tornam possível a gestão social das interpretações necessárias à atividade e à criação de saber-fazer e modos operatórios inovadores, é mais um dos aspectos à que se dedica a psicodinâmica do trabalho. O foco no contexto intersubjetivo se justifica pelo fato de que a relação do trabalhador com as pressões técnicas é sempre mediatizada por relações, sejam elas com outros trabalhadores – na construção de estratégias defensivas ou regras de trabalho, na busca de reconhecimento de sua identidade e originalidade, ou de

pertença ao coletivo – ou com a hierarquia – para obter o reconhecimento de sua utilidade e habilidade e competência e, também, relações de solidariedade, de formação, de reconhecimento, de luta e/ou de conflitos.

A realização da atividade exige além das competências corporais o funcionamento do pensamento, especialmente na atividade de bricolagem. Esta ação inteligente do corpo e do pensamento, ativada na execução destes atos práticos, escapam à consciência e à simbolização. As conseqüências deste processo são apresentadas por Dejours^{xxiv}:

“Estes últimos [atos práticos] se traduzem então não somente por seu impacto sobre a matéria ou as instalações, mas também, como retorno, por uma transformação ou uma marca que se inscreve no próprio sujeito. Esta dimensão de transformação do sujeito pela atividade do trabalho, sem a qual nenhuma eficiência seria possível, leva os autores a definir um conceito de ‘atividade subjetivante’ designando as atividades especificamente implicadas pelas tacit skills [habilidades tácitas], que passam pelas transformações subjetivas do operador” (p: 44).

A psicodinâmica do trabalho adota os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, oriundos da ergonomia. O trabalho prescrito é entendido como um *“conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado”*^{xxv} (p.67). Inclui dois componentes: as condições, isto é, as características técnicas, o ambiente físico, a matéria-prima, as condições sócio-econômicas etc. e as prescrições, ou seja, princípios, regras, modelos, normas, ordens, procedimentos, metas a serem alcançadas, entre outras.

É importante ressaltar que estas condições preexistentes nem sempre são coerentes, podem ser contraditórias entre si, implicando em tensão permanente entre suas diversas dimensões. Ao enfrentar esta tensão o coletivo de trabalho é obrigado a fazer escolhas e a decidir permanentemente, o que nos remete ao trabalho real. Outro aspecto da prescrição cada vez mais presente em nossos dias é a chamada prescrição da subjetividade, o que significa que mais que a realização da tarefa exige-se a iniciativa, a criatividade, a autonomia, a dedicação integral do trabalhador para a produção^{xxvi}.

O trabalho real é aquele efetivamente realizado pelo trabalhador – a atividade – e é sempre singular, uma vez que há uma defasagem entre o trabalho prescrito e o real^{xxvii}, pois este último sempre contém uma parte de revés, porque a tarefa não pode ser exatamente atendida, tendo em vista as situações de trabalho serem instáveis e suscetíveis a imprevistos. Diante disto o trabalhador irá ajustar os objetivos e a técnica para poder alcançar os resultados.

Este hiato entre a tarefa prescrita e a atividade tanto está determinado pelas relações de poder, como propõe a sociologia, quanto pela *ordem da técnica* (os modos de operação, o ordenamento dos gestos, o engajamento dos corpos, os processos de exploração ou de aquisição das informações). A ordem da técnica está tomada de contradições, tanto que para Dejours seu exercício chega a configurar um cenário de luta entre a ordem e a desordem.

A organização do trabalho real implica o afastamento das prescrições para dar início à tarefa de “interpretação”. Porém, o ajuste entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real não acontece impunemente e o trabalhador paga um preço por isso. Surgem conflitos, uma vez que o trabalho de interpretação é múltiplo. Então a organização do trabalho real aparece como um compromisso e *“construir um compromisso passa de fato por um jogo social. A organização real do trabalho é um produto das relações sociais”* (p.64).

Quando a possibilidade de criação e interpretação é muito limitada e existe a predominância do trabalho prescrito, caracteriza-se a desumanização, pois se configura uma atividade da ordem do maquinal. O que nos apresenta um paradoxo, pois, mesmo com a automação, a imprevisibilidade e a conseqüente exigência de criação de novos modos de saber-fazer estão sempre presentes.

Nas situações de rigidez das prescrições, nas quais a exigência de “igualdade” nos modos de fazer e de resultados estão presentes, aumenta a possibilidade de sofrimento dos trabalhadores. Desta forma, aqueles que buscam atender exatamente ao prescrito colocam-se diante de uma impossibilidade e aqueles que resistem a esta homogeneização, buscando garantir o exercício de sua singularidade e capacidade de criação, podem ser, num primeiro momento, tolidos pela organização. Dizemos num primeiro momento porque caso o trabalhador consiga o reconhecimento, ao provar a eficiência de sua engenhosidade, esta será imediatamente capturada pelo sistema produtivo.

Isso nos leva a concluir que o trabalho é sempre um trabalho de concepção. Assim, o trabalho é por definição humano, resultante da ação humana e mesmo inter-humana, uma vez que acontece exatamente onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente.

É neste processo de ajustar a organização prescrita ao real¹ do trabalho que o trabalhador tem de convocar sua iniciativa, inventividade, e criatividade, mobilizando formas de inteligência específicas, próximo ao que conhecemos por *engenhosidade*.

O peso dos constrangimentos, das pressões e controles é maior em atividades não previstas e, nas quais, o operador é obrigado a provar, em um tempo extremamente exíguo, seu espírito de iniciativa e decisão para evitar conseqüências de gravidade extrema. O homem, com isso é considerado o elo mais frágil do sistema. Esta situação é inerente ao trabalho no hospital, tanto maior é o peso destes constrangimentos, uma vez que as conseqüências graves dizem respeito à saúde, a vida ou a morte de outro ser humano, o que aumenta o risco do adoecimento.

Na perspectiva do real do trabalho uma outra definição de trabalho se impõe: *“O trabalho é a atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita”*(p.43).

O próprio conceito de atividade implica em um conceito de subjetividade, que constitui o ponto de partida da inteligência prática. Esta inteligência está associada a idéia de astúcia em relação ao real, à possibilidade de criação e inovação do que já é conhecido. É uma inteligência do corpo, fundamentada no sofrimento, pois é resultado da busca de diminuí-lo. Ao atingir este objetivo o trabalhador alcança o prazer.

Esta inteligência está fundamentada na mobilização subjetiva e é transgressiva, pois, ao mesmo tempo em que busca soluções, produz um rompimento

¹ Dejours define real como “aquilo sobre o qual a técnica fracassa, depois que todos recursos da tecnologia foram corretamente utilizados (...). É aquilo que no mundo nos escapa e se torna, por sua vez, em enigma a decifrar. (...) é sempre um convite a prosseguir no trabalho de investigação e de descoberta” (2003-b:40).

com a norma prescrita – produz um “quebra-galho”² – o que implica em riscos. Diante deste risco a astúcia requer a discrição, um espaço privativo no qual a infração possa ser mantida em segredo.

O domínio dos macetes para lidar com o real do trabalho tem valor estratégico, pois confere a quem o detém uma vantagem em termos de autonomia e poder, tanto em relação à chefia quanto aos colegas. Contudo, a manutenção deste segredo não traz somente resultados positivos, pois termina por condenar o trabalhador à solidão e à dissimulação, bem como a assumir, sozinho, a responsabilidade por seus macetes.

Para que as descobertas da inteligência astuciosa, as inovações, e as engenhosidades, advindas das interpretações da organização prescrita, não provoquem incoerências e incompreensão entre os trabalhadores é necessário que estas experiências singulares do trabalho sejam coordenadas. Por conseguinte, primeiro precisam ter visibilidade para serem validadas pelo coletivo e compartilhadas, o que pressupõe requisitos éticos e sociais da cooperação.

Quando as contribuições da inteligência astuciosa são reconhecidas tanto pela hierarquia quanto pelos pares, que as estabilizam e renormalizam tem-se as *regras de ofício*. As regras de ofício são construídas a partir do consenso sobre as maneiras de se trabalhar em conjunto e são o fundamento necessário às relações de confiança entre os trabalhadores. O estabelecimento das regras de trabalho, que são regras técnicas e regras éticas resultantes do processo de arbitragem. Pois, como afirmam Dejourns e Abdoucheli, “[...] a organização real do trabalho e seus ajustes decorrem de conflitos técnicos, sociais e psicoafetivos” (p.136). Em síntese, uma regra de trabalho sempre inclui uma regra técnica, uma regra social, uma regra lingüística (modos de enunciação estabilizados em práticas de linguagem) e uma regra ética (com foco na justiça e na equidade, a qual fundamenta as arbitragens e os julgamentos das relações de trabalho).

Dejourns reconhece que os fatores éticos e políticos interagem e predeterminam a construção e desenvolvimento da organização real do trabalho. Ele salienta que estas dimensões influenciam nos modos, conteúdos e processos

² Este termo é empregado para “designar as infrações cometidas no exercício do trabalho cotidiano, para alcançar o máximo dos objetivos das tarefas fixadas pela organização do trabalho” (DEJOURS, 2003-b:50).

comunicacionais, com base nos quais se constroem os laços de confiança, reconhecimento, cooperação e comprometimento dos trabalhadores.

A cooperação é fundamentalmente não determinada *a priori*, ou seja, não pode ser prescrita. Ademais importa à cooperação a liberdade dos indivíduos e a formação de uma vontade coletiva. Trata-se da vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho^{xxviii}.

A organização prescrita indica o que deve ser compartimentado antes do que deve ser unificado. Isto implica na necessidade de coordenação daquilo que foi separado. Assim, a organização supõe que a cooperação seja possível ao estabelecer os estatutos, os papéis, os domínios de competência e de autoridade, as responsabilidades de cada um. Porém, esquecem que a cooperação não é um produto mecânico/automático da organização do trabalho. Como vimos anteriormente, ela se baseia irredutivelmente naquilo que não é imposto.

Existem pré-requisitos para a existência da cooperação, ela não surge espontaneamente. O primeiro deles é os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança – entre colegas, com os subordinados, com as chefias e com os dirigentes. A análise psicodinâmica da confiança mostra que esta possui maior dependência das condições **éticas** do que dos quesitos afetivos. A confiança tem suas bases na visibilidade dos ajustes singulares realizados para dar conta das insuficiências e contradições da organização prescrita do trabalho, pois confiar é “fiar com” – tecer juntos as regras de ofício.

A confiança e a visibilidade não são suficientes para a criação do clima de cooperação, um terceiro fator é necessário: a arbitragem, que ocorre a partir do diálogo. A arbitragem possui papel relevante na gestão de incoerências e mal-entendidos e até mesmo de desentendimentos oriundos do modo singular de cada trabalhador contribuir na organização prescrita. A criação de regras e acordos que regulam a maneira como se deve executar o trabalho deverá resultar de um processo normativo e deontológico, que pressupõe um espaço de discussão.

Além da coordenação das contribuições singulares para a organização do trabalho e das condições ético-políticas da construção das relações de confiança, para a cooperação efetivar-se é necessário que cada um e todos os membros do coletivo demonstrem desejo de cooperar. A questão que se coloca é: quais as condições necessárias para garantir que a cooperação aconteça, uma vez que ela é imprescritível?

O que se tem observado é que o problema, na verdade, não é a imprescritibilidade da mobilização psíquica para a cooperação, é sim descobrir como proceder para que a mobilização espontânea das inteligências e das personalidades não seja bloqueada, uma vez que esta mobilização subjetiva está presente de forma contundente na maioria das pessoas saudáveis.

A mobilização subjetiva dos trabalhadores é diretamente dependente da congruência entre o binômio composto pela contribuição-retribuição. A retribuição pode caracterizar-se apenas por não frustrar as iniciativas e vontades do trabalhador em relação à gestão do seu próprio trabalho, ou seja: não considerá-lo como um mero executante de ordens, passivo e obediente. Quando ele não consegue empregar sua inventividade e/ou não obtém reconhecimento a tendência é sua desmobilização. Porém esta não ocorre sem conflitos internos, o que traz sérias conseqüências para a saúde mental e somática.

A retribuição esperada pelo indivíduo é fundamentalmente de natureza simbólica, trata-se do reconhecimento, tema relacionado à questão ética. Sobre estes aspectos, nos deteremos no capítulo II.

2.O HOSPITAL ...

Quando falamos esta palavra imediatamente nossas mentes e corações nos evocam sofrimento e dor. Visualizamos os pacientes em seus leitos ou nas filas a espera de atendimento, acompanhados de familiares ou solitários. Logo imaginamos a cena: corpos entubados, máscaras de oxigênio, agulhas, soro, lágrimas, feridas, rostos em desespero e certo mal estar toma conta de nós. O corpo, *locus* de todos estes acontecimentos e de mais alguns, o qual, neste primeiro momento, não nos é possível enxergar.

Quando a dimensão desta palavra – hospital – ultrapassa o signo verbal e passa a fazer parte do nosso cotidiano de trabalho nos é possível ampliar o raio de nossa visão. Como num filme a câmera distancia-se e mostra-nos o contexto, coisas e pessoas que não nos era possível apreender naquele instante. Estamos falando do corpo de profissionais do hospital, do modo de vida destes trabalhadores, do processo e da organização da tarefa de cuidar. Para tentarmos compreender o contexto atual será necessário retornarmos no tempo para descobrirmos como surgiu esta instituição e como se produziu este modo de trabalho.

2.1 A Estruturação do Hospital

Inicialmente o hospital era somente um lugar que servia aos propósitos de manter a paz e a harmonia social, retirando da sociedade aqueles que não “tinham condições de conviver com os cidadãos de bem” – os loucos, mendigos, prostitutas e moribundos à espera da morte. Durante este período a instituição hospitalar era administrada pelas religiosas e mulheres voluntárias em busca da salvação de suas próprias almas. A função do hospital só viria a mudar no século XVII, a partir da necessidade de tratarem-se os soldados, que com o advento da arma de fogo transformaram-se em mão-de-obra qualificada, uma vez que foram capacitados para o uso da nova tecnologia. Desta forma suas mortes passaram a representar grande prejuízo. Precisavam, então, serem tratados e recuperados para voltarem à guerra. O médico assumiu esta função de curar e, também, o poder e a responsabilidade pela gestão técnica e administrativa do hospital^{xxix}.

No séc. XVIII constituiu-se uma nova técnica de gerir os homens: o poder disciplinar foi aperfeiçoado. Controlar as multiplicidades humanas e utilizá-las ao máximo, majorar o efeito útil do trabalho e sua atividade é o objetivo. Este controle foi construído através da distribuição espacial dos indivíduos, pois, como afirma Foucault^{xxix}, a disciplina é antes de tudo, análise, individualização e inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório. O Hospital não escapou a esta disciplina, ao contrário, foi um dos primeiros lugares no qual se implantou. Como escreve:

“[A]té meados do séc. XVII, os hospitais, principalmente os militares, por onde se iniciará a reestruturação hospitalar, eram um local de desordem

econômica e médica. Espaço de contrabando e de propagação de doenças. Assim o custo financeiro e o desejo de evitar epidemias explicam o esquadramento disciplinar a que foram submetidos os hospitais. Esta disciplina torna-se médica, o poder de disciplinar é entregue ao médico em função das transformações do saber e da prática médicas que estavam ocorrendo” (p.107).

No Brasil, Pires^{xxx} localiza a constituição do trabalho coletivo em saúde a partir do século XIX, diante da ameaça que as epidemias representavam para o comércio internacional. Esta constituição deu-se sob hegemonia médica, com a institucionalização da medicina, da enfermagem e outras práticas então vigentes, como boticários, cirurgiões-barbeiros, parteiras, entre outras. Já ao final daquele século, o parcelamento do trabalho viria a ser imposto nos hospitais. O trabalho em saúde perderia suas características de ofício, determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais.

A hegemonia médica dentro do hospital estabelece-se desde àquela época. Este *status* corporifica-se no ritual das visitas aos leitos, estabelecido ainda no séc. XIII, na Europa:

“O médico vai à frente, num ‘ritual quase religioso’, seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos dos hospitais do séc. XVIII, em que se diz que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc.” (p.110).

Esta rotina desdobrou-se e está presente na atualidade da organização do trabalho hospitalar, observa-se que o trabalho da enfermagem e das demais profissões da saúde permanecem ainda vistos como coadjuvantes.

O estudo de Lopes^{xxxix} aponta que a enfermagem e as enfermeiras são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição do “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos. A competência das mulheres, em geral adquirida em canais institucionais não reconhecidos formalmente, acaba por não ser validada enquanto qualificação. Tal situação contribui para a dificuldade de reconhecimento e valorização do seu trabalho profissional, facilitando a sua exploração e

subordinação^{xxxii}. Algo que reforça esta imagem das enfermeiras – assim mesmo no feminino – é o fato da enfermagem profissional, ter nascido de esforços de guerra. Vide os casos de Florence Nightingale, construindo um exército para reduzir as perdas humanas na Guerra da Criméia (1850) e Ana Néri repetindo o mesmo esforço na Guerra do Brasil com o Paraguai, em 1864^{xxxiii}. A dedicação missionária pela salvação do outro e pela sua própria salvação, o heroísmo de guerra, a profissionalização como extensão dos papéis femininos e o rigor autoritário são a matéria prima das representações sociais³ que influenciam a organização do trabalho no hospital. Sampaio e Borsoi apresentam o pensamento de Loyola sobre um possível polo de conflito entre médicos e enfermeiros:

“Este anjo branco, é o anjo da paciência, da bondade, da submissão [...] Chien de garde do médico e principal ameaça ao saber/poder estabelecido por ele (...) Executa e operacionaliza o que é decidido pelo saber médico e age como força repressora zelando pelo disciplinamento que a instituição exige, exercendo o poder real da engrenagem (...). Tanto como a professora, extensão profissionalizada dos papéis maternos” (p. 70).

Inúmeras fontes de insatisfação e conseqüente sofrimento psíquico podem ser depreendidos do exposto até aqui: a submissão de uma categoria profissional à outra; a exigência implícita e explícita de uma atividade movida pelo amor e abnegação e a dificuldade de articular uma atividade tão singular e carregada de afetos – como é a de atenção à saúde – às exigências do atual modelo capitalista. Transformar esta atividade em mercadoria e submetê-la à lógica da produtividade requer, como demonstra Foucault, a constituição de mecanismos de poder:

“O que se constitui no séc. XVIII não é o controle dos resultados e sim do processo de trabalho, se desenvolve a arte do corpo. Começa-se a observar de que maneira os gestos são executados, quais os mais rápidos, eficientes e adequados, é assim que surge a figura do contramestre encarregado de

³ Fenômeno psicológico ligado à dinâmica das interações sociais, que recobre cognição e ideologia, processos intrapsíquicos e processos mental-sociais, ajudando a descoberta e ordenação do real, segundo SAMPAIO, BORSOI (1999)^{xxxiii}.

observar como o trabalho é feito e de que forma poderia ser realizado mais rápida e eficazmente” (p.106).

Como podemos depreender das afirmações deste filósofo, Taylor, ao construir, no início do séc. XX, sua teoria da Administração Científica, aplicou o método científico às concepções já adotadas empiricamente. Transpôs a prática do controle do tempo e dos movimentos, no qual a manutenção da disciplina é um ponto chave, para a teoria. Beneficiou, desta forma, a gestão e o aumento da produtividade.

2.2 Processo de Trabalho no Hospital

Buscaremos, agora, compreender a atual configuração do trabalho hospitalar e suas implicações no trabalhador, mais especificamente em sua subjetividade e em sua saúde física e psíquica. Adotaremos a tese de Canguilhem de que o fenômeno patológico é abalo e ameaça à existência e surge a partir da modificação da estrutura do organismo, que pode chegar a reagir de forma catastrófica ao meio. Em outras palavras “*É preciso ter sempre em mente a transformação da personalidade do doente*”^{xxxiv} (p 47) e, neste caso, nos referimos ao adoecimento psíquico dos profissionais em função do processo de trabalho hospitalar e a inevitável e penosa experiência em lidar com o adoecimento e a morte de pessoas.

A relevância do estudo e análise dos processos de trabalho no hospital já se demonstrou inquestionável. Merhy (2002)^{cxv} afirmam que não tem sido estranho que um dos temas mais tratados e problemáticos ao se pensar a organização do Sistema Único Saúde (SUS) é o “*modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho*” (p. 71).

Muitas transformações ocorreram no processo de trabalho hospitalar durante o século XX, principalmente no que se refere ao avanço científico e ao desenvolvimento de tecnologias (equipamentos, exames, terapêuticas, protocolos e especializações da medicina). Aqui estamos nos referindo somente às tecnologias

denominadas leves-duras e duras, de acordo com a classificação proposta⁴ por Merhy (2002)^{xxx}. Os avanços tecnológicos introduziram benefícios, mas também trouxeram a expropriação do saber, a desqualificação do trabalho e o seu parcelamento^{xxxv}. O avanço tecnológico se faz acompanhar da sobre-qualificação do trabalho, com o surgimento de várias categorias de profissionais de saúde (nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, físicos e outros) provocando a especialização e parcelamento da atividade de cuidar que teve como um de seus efeitos adversos o “parcelamento” do sujeito dos cuidados – o paciente.

Outro ponto importante a ser abordado sobre os impactos dos processos de inovação tecnológica e de automação do trabalho nos trabalhadores é a conclusão de Braverman^{xxxvi}, ao analisar o ponto em comum destas propostas: *“a eliminação progressiva das funções de controle pelo trabalhador, tanto quanto possível, e a transferência desse controle para um dispositivo que é controlado pela gerência externa ao processo imediato”* (p.197). A teoria de Karasek, mencionada por Jones e Fletcher^{xxxvii}, há muito demonstra que o par - demanda e controle - são a base do estresse no trabalho. Alta demanda e baixo poder de decisão (controle) é a combinação mais nefasta, provocando uma situação de esgotamento que será responsável pelo desenvolvimento de doenças. Um modelo de organização de trabalho que provoca o adoecimento de trabalhadores não atende a perspectiva de direito à saúde dos cidadãos trabalhadores.

Com o acirramento da separação entre planejamento e execução do trabalho estabeleceu-se uma hierarquia técnica e gerencial: funções mais complexas e intelectuais são atribuídas aos médicos e a outros profissionais de maior qualificação, de quem emanam as ordens de diagnose e terapia; enquanto uma ampla base de auxiliares executa tarefas rotineiras. A uma das categorias, a de enfermagem, é incumbida a missão de zelar o correto cumprimento das normas, exercendo a supervisão imediata de acordo com os parâmetros tecnicamente consagrados ou normas institucionais particulares. A ampliação técnica do trabalho é vertical, aumenta o número de ocupações intermediárias; e horizontal, surgem mais

⁴ Merhy et al classificaram as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em três categorias: “leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso e saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas estruturas organizacionais).” (p.121)

subunidades e especialidades, estimuladas pelas novas tecnologias. As hierarquias são rígidas e interrelacionadas às divisões por áreas de saber ou categorias profissionais¹¹. Osório-Silva, refletindo sobre os possíveis condicionantes desta configuração do processo de trabalho no hospital, afirma:

“A formação dos profissionais de saúde parece participar da produção deste quadro: existe a opinião corrente, aparentemente sustentada por critérios técnicos, de que o trabalho na área é determinado pelo Médico, coordenado pelos Enfermeiros, executado pela Enfermagem; não há o que discutir. Essa organização é naturalizada” (p.148).

A mesma autora, ao buscar contribuir na construção de equipes de saúde ampliadas, define que o *“hospital é hoje uma organização complexa, em que diversas categorias profissionais, especialistas, doentes e terapeutas se confrontam, nem sempre da forma mais solidária”*^{xxxviii} (p.9). Este modo de organização acaba por desencadear uma luta para preservar e ampliar o poder de cada uma destas categorias. A autora desenvolve este tema afirmando que a categoria médica assim age por desejar manter sua centralidade, e as demais agem numa tentativa de diminuir a subordinação ou dependência, sejam elas reais ou fictícias, numa postura essencialmente defensiva. O avanço da tecnologia e conseqüente especialização acabam por contribuir para o acirramento deste quadro. Considera que o processo de trabalho hospitalar está em transformação e que a hegemonia médica está fragilizada, uma vez que as terapêuticas se ampliam exigindo maior articulação e solidariedade técnicas. Em conseqüência, os limites de atuação estão cada vez mais se desintegrando. Desta forma, mesmo num ambiente taylorizado, a flexibilização na organização do trabalho é inexorável, pois o poder médico nos dias de hoje está sendo atravessado constante e permanentemente pela multiplicidade exigida pela tarefa de cuidado.

Uma das iniciativas de humanização da assistência ao parto modificou essa organização tradicional do trabalho assistencial. As enfermeiras obstétricas deixaram de ser somente as administradoras ou coadjuvantes do processo de trabalho: assumiram a realização dos partos de baixo risco, ficando sob a responsabilidade dos médicos somente os demais partos. Esta nova divisão do trabalho constituiu-se em

arena de embates, sutis ou declarados^{xxxix}. Ficou claro o clima de competição existente entre as categorias profissionais. Este é um tema complexo, pois envolve disputas de saber científico, de *status* profissional, de posição hierárquica, de mercado de trabalho e de atribuições de responsabilidades técnico-institucionais e jurídicas^{xl}. A resistência a essa alteração na organização do trabalho foi tão intensa que o CREMERJ reagiu publicando “*uma resolução que colocava sob responsabilidade dos profissionais médicos toda assistência praticada dentro do hospital [...]*” (p.702). Diante desse quadro não podemos deixar de perguntar: como implantar um trabalho em equipe multiprofissional, baseado em relações éticas, quando assistimos a categoria médica, hegemônica historicamente, lutar pela manutenção do modelo biomédico de assistência e de subordinação de diferentes categorias profissionais?

O hospital é caracterizado por Azevedo como uma organização extraordinariamente complexa, que expressaria um tipo ideal de anarquia organizada, uma vez que apresenta incerteza quanto à definição de objetivos, fontes múltiplas e difusas de autoridade e estrutura de poder ambígua, sobretudo em função do *status* particular dos médicos. Detalha, ainda, que o processo de trabalho é altamente especializado, complexo e de difícil mensuração. Por suas peculiaridades exige autonomia para executá-lo, gerando um ambiente propício ao conflito. Portanto, seria fundamental o processo de negociação permanente intra e interequipes e a gestão democrática seria o modelo mais adequado.

Quanto à possibilidade de controle e autonomia, bem como de tomada de decisão, que são aspectos fundamentais no processo de sofrimento psíquico, observou-se que os médicos, de maneira geral, possuem um espaço maior de participação, desde o acesso facilitado à direção do hospital até a discussão coletiva de casos clínicos. O mesmo já não acontece com a enfermagem que possui uma participação restrita, mesmo nas reuniões clínicas. Este fato as impede de responder às solicitações frequentes dos familiares acerca de informações sobre os pacientes.

Estas conclusões coincidem com as constatações de Osório-Silva^{xi} em sua pesquisa. Ela percebeu que a participação dos trabalhadores em atividades que permitem a integração e o aumento do controle do processo de trabalho está intimamente relacionada com os tempos e ritmo do trabalho. Para a Enfermagem o tempo é delimitado pelas rotinas prescritas e pela intensidade do trabalho. Então há

sempre falta de tempo. “Já, para a equipe Médica das enfermarias [...] o tempo é gerido a partir de uma conjugação entre as necessidades dos pacientes assistidos e a possibilidade dos Médicos (embora estes ainda se considerem muito pressionados pela intensidade do trabalho), as rotinas são mais flexíveis” (p.150)

Como já vimos, o hospital fundamenta-se e organiza-se com base na disciplina, no controle e na hierarquia. Oliveira^{xli}, ao tratar da construção de espaços coletivos de trabalho, afirma que na atividade de trabalho as pessoas compõem um coletivo e ocupam seus espaços, tanto de trabalho como de observação, obedecendo a uma hierarquia de competência distribuída. O local que cada membro ocupa é determinado pelo que sabe fazer, pela função, pelo papel que vai desempenhar e por sua responsabilidade durante a atividade. Ele exemplifica esta afirmação, não por acaso, com o processo de trabalho da medicina:

“Em equipes constituídas por profissionais da área médica identifica-se que nos dias em que o profissional mais experiente está ausente, segue-se o mesmo perfil de distribuição espacial usual, mas nessas ocasiões o ponto principal é ocupado pelo profissional imediatamente reconhecido como o mais experiente, o mais competente, e assim, sucessivamente, outros vão assumindo papéis de maior proximidade do local onde a ação é exercida, reproduzindo o sítio original, a partir de uma re-hierarquização [...]” (p.92)

Aqui, evidencia-se a hierarquização e a rigidez da organização do trabalho na própria equipe médica. É o exercício do poder em sua plenitude, o que, certamente, contribui para a instauração da competitividade e para a fragilidade das relações interpessoais dos trabalhadores do hospital, inclusive intracategorias.

No parcelamento produzido pela superespecialização do trabalho médico foi estabelecida uma hierarquia interna nesta categoria profissional. Esta configuração contribuiu para o aumento da complexidade do trabalho no hospital. A divisão horizontal do trabalho coletivo que hoje acontece, tanto nos processos diagnósticos quanto nos terapêuticos, agregando novas especialidades e outros profissionais com saberes complementares, está relacionada à organização do trabalho própria do modo de produção capitalista. Este modelo leva-nos ao assalariamento do trabalho médico, subordinação formal deste trabalho ao capital que o assalaria, com modificações que

decorrerão dos interesses do capital e da capacidade dos profissionais de preservarem a mesma situação social que detinham anteriormente (GONÇALVES, 1979)^{xlii}.

Este quadro se amplia à medida que a ideologia da modernidade, na qual o mercado é idealizado e suas vantagens enfatizadas, penetram as mentes e as práticas das organizações. Agudizam-se os esforços pela conquista de competitividade, nas quais as organizações se empenham cada vez mais dentro de uma economia em crescente mundialização (SELLIGMAN-SILVA, 2004)^{xliii}. As instituições de saúde não escapam desta lógica, vide os processos de Acreditação da Assistência Hospitalar que objetivam “adequar” os serviços à padrões internacionais de qualidade, sem levar em conta os contextos socioculturais e econômicos dos países nos quais estão inseridas estas instituições, inclusive desconsiderando as particularidades que diferenciam o serviço público do privado. Estes processos acabam aumentando a sobrecarga física e psíquica sobre o trabalhador que tem que atender a mais estas exigências ou padrões.

Machado e Correa^{xliv} consideram que o foco do trabalho em saúde é o paciente e a produção de saúde. Nele, o papel do médico e da enfermagem assume destaque e relevância e é no hospital que a hierarquia entre as profissões de saúde se torna mais evidente. Na análise que fazem do trabalho no hospital o descrevem como um esquema concêntrico, no qual o centro constitui-se nas atividades de cuidado direto com o paciente, onde predominam o contato humano e a relação entre as pessoas. Aqui atuam o médico, como responsável pelo cuidado, e a enfermagem que organiza o espaço do hospital e executa o trabalho prescrito pelo médico (o cuidado). No segundo grupo o contato é intermediado pela tecnologia (exames laboratoriais, de imagens e funcionais, e farmácia, por exemplo). O terceiro grupo caracteriza-se pelo contato eventual com os pacientes e subdivide-se em uma atividade desqualificada, como as de limpeza e manutenção e outra, que exige alta qualificação – a biossegurança. Esta conformação do serviço hospitalar tem implicações nos riscos aos quais os trabalhadores estão submetidos. Destaca-se, neste sentido, a intensa relação dos profissionais do primeiro grupo com os pacientes, aumentando o risco de contaminação biológica e a carga psíquica. Evidencia-se, nesta configuração, o risco potencial que o paciente representa para o profissional e a necessidade da cooperação entre ambos.

Não se pode deixar de registrar que o real do trabalho se impõe e exige que estes círculos se desfaçam num processo dinâmico de encontros e movimentos para dar conta da atividade do cuidado.

Roberto Nogueira^{xlv}, que estuda a realidade brasileira, descreve o trabalho cooperativo nos hospitais modernos, demonstrando a divisão de trabalho entre médicos, pessoal de enfermagem e outros auxiliares técnicos numa enfermaria. Em sua descrição cada um executa uma tarefa parcial, mas integrada com a dos demais e, em princípio, concorrendo para um fim comum. Pensamos que se algo está integrado é a tarefa, mas os profissionais de diferentes áreas do conhecimento e a aplicação de seus respectivos saberes não, e é aí que está o problema e a dificuldade de prestarmos uma assistência pautada no princípio da integralidade e realizarmos um trabalho humanizado.

O profissional, devido ao modelo de sua formação, não possui uma visão global, abrangente, do processo saúde-doença, por isso tende a restringir a sua ação à especificidade do seu saber, o que pode considerar-se uma atitude responsável. Porém, esta atitude não contribui para a prestação de uma assistência integral, conforme preconiza a política do SUS. Gomes considera que, por ignorância, este profissional desvaloriza o conhecimento e a intervenção de seus colegas de outras áreas da ciência. As consequências desta situação são evidenciadas rotineiramente nos serviços de saúde, na superposição de práticas com desperdício de tempo e recursos. O usuário passa a ser responsabilidade de todos e de ninguém ao mesmo tempo. Desta forma, cuida-se da doença e não da pessoa, em sua singularidade. Nada mais antagônico ao paradigma⁵ atual de cuidado e ao que preconiza a Política Nacional de Humanização.

A implementação deste paradigma, com uma perspectiva mais holística, que inclua todas as ciências, privilegiando o trabalho cooperativo e o esforço interdisciplinar, é fundamental diante das necessidades e demandas oriundas do avanço tecnológico e científico da sociedade atual (CHAVES, 1996)^{xlvi}.

Deste modo a interdisciplinaridade aparece como uma importante abordagem quando nos aprofundamos em nossa temática e será a seguir destacada.

⁵ Capra utiliza o termo "paradigma" para significar a totalidade de pensamentos, percepções e valores que formam uma determinada visão da realidade, uma visão que é a base do modo como uma sociedade se organiza.

3. INTERDISCIPLINARIDADE, DO QUE SE TRATA?

Caminhando no terreno da interdisciplinaridade não estaremos em terra firme, uma vez que este tema envolve muitas nuances e ainda hoje se emprega este termo para referir-se a situações semelhantes, porém diferentes, como examinaremos a seguir. Jane Russo^{xlvi} já aponta esta dificuldade ao referir-se aos cursos de pós-graduação oferecidos pelo IPUB-Instituto de Psiquiatria da UFRJ e que têm a interdisciplinaridade como proposta:

"O campo de treinamento oferecido pela Instituição fornece uma oportunidade única, não tanto para interdisciplinaridade, de tão difícil definição, mas para a circulação dos saberes, o diálogo, e, por que não, os desacordos e confrontos entre abordagens divergentes". (RUSSO, 1998:62)

Calicchio e Carvalho^{xlvi} também identificaram a dificuldade da conceituação do termo *interdisciplinaridade*, nos relatos dos profissionais de saúde mental entrevistados em sua pesquisa, que alternaram o emprego dos termos multidisciplinar/ interdisciplinar/ transdisciplinar/ multiprofissional indistintamente, ao se referirem ao trabalho de equipe realizado naquele instituto de psiquiatria. Transcrevemos aqui um destes relatos que caracteriza muito bem diferentes aspectos desta questão:

"Se a equipe for interdisciplinar, funciona muito. Eu não sei se existe uma equipe interdisciplinar aqui... Eu acho que ser interdisciplinar não é só juntar uma porção de gente de diversas especialidades numa sala e falar sobre casos. Eu acho que não é isso. É uma máquina muito maior. Ela tem que trabalhar o tempo todo, funcionando. Não é só lá naquele momento da reunião de equipe (técnico)"(p.245).

Como ressaltado na entrevista acima, a interdisciplinaridade como processo visa, também, o desenvolvimento da comunicação entre diferentes saberes, entre diferentes profissionais e entre eles e o senso comum. Através da criação de uma linguagem comum a todos estabelece-se a ponte que viabiliza tanto uma maior compreensão do saber do outro, quanto do seu próprio saber, facilitando o processo de comunicação interpessoal. Esta postura de abertura ao conhecimento do outro, a nosso ver, é imprescindível à implementação de uma assistência pautada na complexidade do ser humano e ao atual desenvolvimento das tecnologias de saúde. Neste sentido devemos prestar atenção na dimensão abordada por Ferrarini^{xlix}:

“a interdisciplinaridade não é apenas um somatório de aportes de especialistas (multidisciplinaridade), mas todos devem convergir para os objetivos, que devem estar claros. O ponto de partida não é a disciplina, mas o projeto, em função do qual as disciplinas juntam seus esforços numa espécie de fusão cooperativa, para estudar e intervir no problema sob ângulos diferentes e complementares.” (p.50)

Fica evidente o fato de que a interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional, pois ela emergirá não da composição, mas da sua funcionalidade. Assim:

“Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas às vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicos, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem...”(JAPIASSU, 1976:74) ^l

No campo da Saúde do Trabalhador os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, também, não são consensuais. Almeida Filho^{li} entende a interdisciplinaridade como a articulação de disciplinas em torno de uma mesma temática com diferentes níveis de integração. Estes níveis podem variar desde a cooperação de complementaridade sem articulações axiomáticas ou

preponderância de uma disciplina sobre as demais (pluridisciplinaridade), até a preponderância de uma delas sobre as demais com ou sem axiomática comum.

Então, o desafio da integração disciplinar impõe-se e com ele as dificuldades, que para serem superadas é fundamental a disposição pessoal dos profissionais envolvidos na implementação de um novo modelo de formação universitária e uma política que priorize a formação de equipes interdisciplinares em torno de problemas cujas próprias definições passariam por um processo de construção compartilhada (PORTO, ALMEIDA, 2002)^{lii}.

Gostaríamos de enfatizar, nesta apresentação do tema interdisciplinaridade, uma citação que, para nós, encerra o ponto principal deste conceito – a valorização da diferença em busca de um objetivo comum através da criatividade e da cooperação:

“A interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico da diferença e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio de máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade.”^{liii} (ETGES 1993:18)

3.1 O Trabalho em equipe Interdisciplinar no Hospital

"... essa utopia transdisciplinar que tenta atender o homem na sua complexidade e em seu contexto, para não reduzi-lo a um feixe de neurotransmissores sem espírito, sem filosofia, sem desejo, sem essa infinita possibilidade de ser e pensar que nos faz humanos e livres."(PITTA, 1998:25) ^{liv}

Como delineou-se neste escrito o trabalho no hospital não é um trabalho simples. Desde a complexidade de seu objeto – o ser humano – à necessidade de emprego de alta tecnologia, tanto de equipamentos como de modos-de-fazer, exigem um trabalho que se complemente através da cooperação e interação dos diversos campos de conhecimento e práticas.

Para o homem sentir-se completo é necessário que inicie um processo que envolve dependência e interdependência e que acaba por promover a coesão social. Para que a completude se efetive primeiro tem-se que reconhecer a incompletude. O próximo passo é buscar a completude através dos recursos de terceiros, recursos que podem não ser compreendidos. Assim, na teia complexa de interações sociais, as coisas se equiparam, e todos têm algo em especial a contribuir; a dependência se resolverá na interdependência (DURKHEIM, 1893)^{lv}. É sob este enfoque que vemos o trabalho em equipe, uma forma de complementação dos saberes e práticas através dos recursos de profissionais com diferentes talentos técnicos e pessoais.

A implementação do processo de trabalho interdisciplinar não é tarefa fácil, pois exige uma construção coletiva que esbarra em obstáculos de diversas ordens. Aí estão implicadas questões de base teórica, de diferentes formações, de autonomia, de relações de poder e *status* profissional, além é claro, das características pessoais de cada trabalhador.

Braz ^{lvi} em sua dissertação sobre a entrada da psicologia médica no hospital, aponta que existiu uma convocação para se ter um enfoque holístico no interior da medicina, que teve como um de seus desfechos a abertura para o trabalho de profissionais não médicos. Ela chama a atenção para aspectos econômicos e políticos deste processo:

“A Psicologia médica nascente, que enfatiza as relações médico-paciente, vai se abrindo a outras perspectivas, estudando e esmiuçando cada peculiaridade da personalidade do médico e do paciente. Conhecer para melhor intervir. Vai mais além ainda, descobre os problemas institucionais que interferem nesta relação e os conflitos existentes dentro da equipe de saúde. É preciso na nova ordem valorizar o trabalho dos enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos, pois, é caro e demorado formar médicos e eles custam muito mais no mercado. O médico precisa aprender a trabalhar em equipes multidisciplinares, pois descobriu-se que outros profissionais poderiam executar grande parte da tarefa do médico, mas isto estabeleceu um conflito imediato de difícil resolução, que é a questão do poder.” (p. 301)

Como estamos vendo a equipe de saúde como um grupo de profissionais que interagem e integram seus conhecimentos aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral aos pacientes, porém mantém-se a centralidade do médico, em torno da qual os outros trabalhadores se agregam. Peduzzi^{lvii} relata que na década de 1950 surge, nos Estados Unidos, a organização do trabalho de enfermagem em equipes lideradas por médicos. Estas propostas buscam alternativas para o crescente problema dos altos custos da atenção em saúde. Esta autora sintetiza a origem do trabalho em equipe lembrando que a VII Conferência Nacional de Saúde enfatizou a importância de substituir-se o trabalho independente e isolado de cada profissional em separado, pela equipe de saúde. Esta ênfase se fundamenta na noção de integralidade que exige a inclusão de um leque variado de profissionais que possam contribuir na construção de intervenções baseadas em saberes e práticas que ultrapassem o modelo biomédico, contemplando as múltiplas dimensões da saúde.

Apesar de haver consenso sobre a necessidade do trabalho em equipe, na realidade dos serviços o que encontra-se, nas palavras de Peluzzi: “[...] ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela [...]” (p. 273).

Calicchio e Carvalho^{xlvi}, ao analisarem o depoimento de profissionais de saúde mental a respeito do papel do terapeuta de família em equipe interdisciplinar de saúde mental, constataram que a construção do papel profissional interdisciplinar

é um processo conjunto que acontece no exercício diário do trabalho na equipe, esta idéia é também apresentada por Fortuna et al, (2005)^{lviii}. É a partir da disponibilidade interna do técnico que poderá acontecer esta passagem de especialista para profissional interdisciplinar de saúde. Um dos depoimentos daquela pesquisa alerta para o fato de que a cristalização no papel construído na graduação põe em risco a interdisciplinaridade:

“Eu acho que antes da pessoa ser terapeuta de família na equipe, ela é um profissional e a contribuição dela vai ser como a de todos os outros profissionais; independente de ser psicólogo, assistente social ou médico, de qual for a formação. Eu acho que, a contribuição, é ter disponibilidade para estar presente na equipe. Tanto nas reuniões para discutir os casos, e aí já tem uma contribuição enorme [...] uma coisa que eu acho importantíssima na equipe é uma versatilidade de todos. [...] São construções que são feitas junto.[...] Então é isso: tem uma parte da contribuição que é da pessoa, uma parte da contribuição que é do profissional que aquela pessoa é, tem uma parte que é da formação mesmo que a pessoa está fazendo e que portanto está trazendo aquelas questões, aquelas discussões, aqueles atendimentos para equipe. Agora acho importante a pessoa não se cristalizar neste papel ... (supervisor)” (p. 247).

Outro exemplo da dificuldade de concretizar-se o trabalho em equipe interdisciplinar é apresentado por Osório-Silva^{xxxviii} ao estudar a “Vida no Hospital”:

“No Serviço de cardiologia observado e em grande parte dos serviços hospitalares, a equipe multiprofissional, ou interdisciplinar, ou qualquer outra denominação similar, não existe; no máximo encontramos uma equipe bi-pessoal, composta de médicos e enfermeiras, com dificuldades de manter um trabalho articulado; os demais profissionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas [...] permanecem, quando existem, ligados a seus núcleos profissionais específicos” (p. 123).

Nesta perspectiva, o trabalho interdisciplinar exige um repensar constante, é um “produto” inacabado por excelência, atravessado pelas múltiplas visões que ele abarca e busca transcender. Segundo Romano^{lix}, para que o trabalho multiprofissional seja viável e facilitado, veja que a autora está falando de multiprofissional e não interdisciplinar, a presença de duas condições se faz

imprescindível: a possibilidade da “escuta do diferente” sem preconceitos e ter humildade, respeito e disponibilidade para experimentar limites e intervenções em suas idéias. Disto decorre a necessidade de delimitação do objeto e do método de estudo, já que a equipe se dá por integração de métodos e o desenvolvimento do fenômeno de integração dos saberes, num emaranhado de relações sociais, interpessoais, intraindivíduo, que estão imersas no meio ideológico, filosófico, afetivo, intelectual, ético e estético. E mais, permeado por outros grupos e instituições suprapessoais.

Como nos mostram Merhy e Franco^{lx} o trabalho de cada profissional, seja ele graduado, técnico ou auxiliar, dão sentido ao trabalho do outro na direção do objetivo do trabalho em saúde: ‘cuidar do usuário’. Desta forma, os diferentes trabalhos são sempre interdependentes, *“uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro [...] sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos”* (p.281). Para estes autores as relações são a fonte capaz de criar uma nova configuração do modelo de assistência à saúde.

A presença de diferenças ideológicas em relação ao indivíduo, à organicidade, à família e ao meio social traduzem-se na linguagem, no modelo teórico, no foco de intervenção e nas expectativas de tratamento pelos diversos profissionais que trabalham no hospital. Estas diferenças em um trabalho cooperativo são positivas e propiciam a construção de uma visão integrada do paciente em seu contexto e no crescimento e aprendizado para os membros da equipe. Já num ambiente competitivo e com disputa de poder resultam em prejuízo tanto para o cuidado, tornando-o no mínimo fragmentado, quanto para os profissionais que deixam de ter a oportunidade de aprimorarem seus conhecimentos através da troca e de criarem um clima de confiança.

O ambiente hospitalar é caracterizado pela especialização, como forma de divisão do trabalho, e pelo emprego de estratégias que provocam uma separação radical entre o trabalho de concepção (de instrumentos, rotinas, automatismos e padronização de condutas), e de operação. O primeiro é realizado por uma minoria pensante e o segundo por uma maioria alienada, executora das atividades desqualificadas e repetidas, nos melhores moldes da Administração Científica do Trabalho. Esta situação nos leva a pensar na impossibilidade da proposta de interdisciplinaridade no hospital.

Neste espaço complexo e contraditório de lutas, de interesses e prioridades, constata-se como os relacionamentos interprofissionais são ambíguos: assim como podem originar vivências de prazer no trabalho, podem também levar ao sofrimento mental patogênico. Não há melhor estratégia do que o gesto, o olhar ou o comentário de uma outra pessoa para estimular alguém a desabrochar e crescer ou, ao contrário, impedir a realidade de sua existência (CHANLAT, BÉDART, 1996)^{lxi}. Sendo um ato de cuidar, a assistência à saúde envolve grande dimensão relacional, em que os afetos⁶, desempenham função importante. Os trabalhadores além de mobilizar suas capacidades físicas, cognitivo-intelectuais, e seus conhecimentos formais, também investem os afetos, pois estes os constituem e atravessam as relações econômicas, salariais e de poder.

Este contexto é mais um motivo para defendermos a interdisciplinaridade como um ideal a alcançar no trabalho hospitalar, pois acreditamos que em uma equipe que discute, aborda os diferentes temas a partir do conhecimento e experiência de todos os trabalhadores e assume decisões e responsabilidades, baseadas no respeito e cooperação, estará possibilitando um trabalhar mais saudável para os próprios trabalhadores e um melhor resultado para os pacientes. Uma vez que, um trabalho humanizado implicará na prestação de uma assistência também mais humanizada.

Guattari^{lxii} enfatiza a necessidade de recriação do tecido social, no qual as relações tecem seus filamentos. Assim, poderemos reinventar todos os setores de convivência humana. Este autor salienta a importância do homem resgatar a solidariedade e o calor humano, necessários à sobrevivência da vida no planeta. É deste modo que entendemos o trabalho interdisciplinar, um “sistema aberto”, que necessita alimentar-se de um contínuo repensar de suas práticas, para desta forma seguir em direção ao seu maior sentido – uma visão mais abrangente e rica do ser humano e a busca de relações mais solidárias no mundo em que vivemos. Neste sentido, como diz Japiassú^l, a interdisciplinaridade é algo a ser buscado:

⁶ Termo que a psicanálise foi buscar à terminologia psicológica alemã e que exprime qualquer estado afetivo, penoso ou agradável, vago ou qualificado, quer se apresente sob a forma uma descarga maciça, quer como tonalidade geral.

“O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. Este pode ser caracterizado como o nível em que a colaboração entre as diversas disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz `as interações propriamente ditas, isto é, a uma certa reciprocidade nos intercâmbios, de tal forma que, no final do processo interativo, cada disciplina saia enriquecida” (p. 74).

Nós acrescentamos – inclusive no trabalho das equipes no hospital.

4. A TEORIA NA PRÁTICA NÃO É OUTRA

A psicodinâmica do trabalho tem como principal estratégia de pesquisa a criação de espaços de discussão, pois a observação por si só não dá conta de compreender as relações de trabalho, é necessário escutar aqueles que executam o trabalho. É preciso entender o trabalho e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável, também é necessário que se considere a qualidade das relações que ele propicia. Este foi um dos aspectos investigados neste trabalho.

Foram realizados 2 grupos focais, compostos por informantes estratégicos – aqueles que mais facilmente revelarão os segredos do grupo^{xvii}. A indicação destes sujeitos foi feita pelo Serviço de Saúde do Trabalhador da instituição, com base no critério de que em algum momento, de alguma forma, haviam problematizado a questão da ética nas relações de trabalho. Consideramos importante promover o encontro de diferentes categorias profissionais que atuavam diretamente na assistência ao paciente. Deste modo participaram do primeiro Grupo Focal 02 médicos, 02 enfermeiros, 02 técnicos de enfermagem, 01 assistente social e 02 psicólogos. No segundo grupo estavam presentes 02 médicos, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 assistente social e 01 psicólogo. Cada um dos grupos reuniu-se uma vez, por um período de três horas em sala adequada, na própria instituição. O perfil dos participantes encontra-se no anexo I.

Com o grupo reunido estimulamos os participantes a começarem a falar sobre seu trabalho e intervimos em alguns momentos, lançando temáticas que nos interessavam. A integralidade dos debates foram gravados e transcritos pela pesquisadora, que também coordenou a discussão. A assistente social do serviço de saúde do trabalhador atuou como observadora e relatora.

A discussão nos Grupos Focais teve como base um roteiro com sete questões-chave (Anexo II). Estas tiveram como foco a organização do processo de trabalho quanto às características das relações entre os trabalhadores na instituição (valores, preconceitos, crenças e violência); o significado da expressão “relações éticas no trabalho”; os fatores que interferem nestas relações (prejudiciais e facilitadores); as transformações dos sujeitos decorrentes da dimensão ética nas relações de trabalho; estratégias de defesa e de transformação da realidade e a influência da Política Nacional de Humanização na ética das relações entre os profissionais. A seguir descrevemos o roteiro seguido nesta parte da pesquisa e os resultados encontrados no campo:

Questão chave 1) O processo de trabalho no hospital

1. O processo de trabalho e o atendimento do paciente;
2. Pressões advindas das cobranças institucionais;
3. Participação dos trabalhadores nos espaços de discussão que a instituição oferece;
4. O sofrimento em relação ao trabalho cotidiano com pacientes crônicos .

Questão-chave 2) A multidisciplinaridade e as relações entre e intra- profissões

6. Entre os membros da equipe,
7. Entre as diferentes categorias profissionais;
8. Entre a chefia e os subordinados;
9. Entre a direção e os diversos trabalhadores;
10. Valores, preconceitos e crenças que permeiam essas relações.

4.1 Os avatares do processo de trabalho no hospital

Na instituição pesquisada a fragmentação do processo de trabalho no hospital está presente e reflete diretamente na qualidade do atendimento prestado ao paciente, coincidindo e reforçando as teorias analisadas neste estudo:

Méd 3: As vezes, na mesma instituição um fala uma coisa e o outro outra. O cara tá na mesma instituição e recebe orientações diferentes: “Tem que fazer isso”. O outro: “Não, tem que fazer aquilo”. E agora?

Psi 3: Que com certeza está prestando um atendimento de qualidade!

Méd 3: Tentando fazer o melhor!

Enf 3: Mas não conversaram sobre isso, quais são os caminhos, quais são as possibilidades, conversar com o cliente. O que que há?!

A conversa entre os entrevistados prossegue e verificamos que a mesma fragmentação e a falta de um modelo de trabalho em equipe acabam produzindo uma cena que poderíamos chamar de surreal. É como se os pacientes, ao serem admitidos para tratamento no hospital, entrassem numa esteira da linha de produção fordista, o paciente “passa” pelos diferentes setores e cada um “aperta o parafuso” que está sob sua responsabilidade:

Psi 3: Isso. Aí o que acaba acontecendo? A gente observa que aquele paciente, às vezes, é da psicologia, é da neurologia, é da nutrição, tem uma passagem por algum lugar (...), o mesmo paciente, passa por várias áreas.

Enf 3: E quantas dessas áreas se conversam?

Notamos que os profissionais têm uma visão crítica sobre o modo como se organiza e se processa o trabalho em um hospital, mas ao mesmo tempo, parece não perceberem que também fazem parte deste quadro “surreal”. Os outros agem assim – eles percebem, mas há como um processo de negação de sua própria atuação, também fragmentada. Eles não conseguem ver a si próprios como agentes que colaboram para manutenção deste tipo de situação. Não somente os pacientes saem prejudicados pela compartimentalização dos saberes, os profissionais principalmente, pois não sentem que a importância de seu saber é reconhecida.

Os entrevistados têm consciência que as relações e a sobrecarga do trabalho sofrem influências do atual modelo de assistência – que inclui o avanço tecnológico, a especialização, as exigências da Acreditação da Assistência e da PNH e, especificamente nesta instituição, a ênfase dada a pesquisa e ao ensino:

“Quer dizer, há 15 anos atrás o nosso perfil, o perfil da instituição, era um outro perfil. O perfil de hoje demanda muito desgaste de nós profissionais, né? Acho que todo mundo, independente do lugar de atuação, vivencia um desgaste muito grande que acaba extrapolando para as relações entre os colegas. Porque tem todo o aparato da tecnologia, de acreditar, hoje em dia tem o incentivo maciço do aperfeiçoamento, da capacitação do profissional, e incorre até no risco do profissional também virar um pouco essa coisa meio tecnológica nas relações. As relações, elas estão, como se fosse possível, se fragmentar, no trabalho é só colega né? Amizade só técnica e fora do trabalho tem a coisa relacional.” (Psi 1)

Outro aspecto evidenciado na nossa pesquisa de campo, que condiz com a teoria analisada, refere-se às dificuldades de participação dos profissionais de enfermagem nos diversos eventos coletivos, principalmente dos técnicos, tendo em vista a forma com que o trabalho é organizado. Porém, esta dificuldade também está presente em outras categorias. É interessante perceber que o método desta pesquisa, discussão em grupo, oportunizou a busca de estratégias para facilitar a participação de todos. Isto pode ser observado neste trecho da discussão:

Méd 3: A gente não desce, mas eu gostaria, você gostaria, você gostaria, todo mundo gostaria, mas porque que não desce? É porque falta até o próprio cara em serviço ter esse tipo de abertura. Por exemplo, eu vejo lá os residentes: ‘Ah! os residentes não vão.’ Lógico que não vão, não deixam descer! Não deixam descer, não deixam ir a lugar nenhum. Claro que não, a estrutura é montada nos residentes, eles não descem mesmo coitados!

Enf 3: É o que eu ia falar da enfermagem também. A enfermagem vai participar de alguma coisa? Como? Quem vai dar comida, quem vai trocar o soro, quem vai ... Como? Ela tem lá um grupo que é pequeno, limitado para atender!

Méd 3: Você pode fazer assim: nessa semana vai um, na outra semana vai outro, é criar estruturas para viabilizar.

Téc 3: Mas eu não posso, tem 60 lá no meu andar! Como é que eu vou largar a pneumo, a dermato, a alergia, a DIP sozinhas!

Enf 3: Atrasar o atendimento. Agora, será que a gente não poderia fazer uma agenda diferenciada, num dia que a gente tivesse uma atividade diferenciada, para que você pudesse ter uma mobilidade maior? Mas tem que descer”.

A “estrutura é toda montada em cima dos residentes” e das enfermeiras como se pode constatar. Este é o fato. Vemos uma atitude solidária do médico para com os profissionais que lidam com os pacientes de forma mais presente, ao defrontar-se com este tema fora do seu ambiente de trabalho. Pode-se inferir quase um sentimento de culpa pelo privilégio de poderem estar presentes tanto aos diferentes eventos coletivos quanto à discussão dos casos. São excluídos os outros profissionais e com isto também há exclusão de outros saberes tão importantes quanto os que advêm da medicina. O processo de trabalho é “montado” desta forma e parece algo inarredável, estático, o que causa sentimentos de revolta e impotência por parte dos outros profissionais denominados paramédicos, este termo já demonstra e reafirma a situação de estatus das diferentes profissões. Neste ato de exclusão, fica evidenciado o forte poder médico, a quem se outorga todo o saber sobre o corpo, aliás, o único saber que os médicos consideram importante. O resto é acessório e, muitas vezes, não bem vindo porque mexe com a estrutura corporativista de poder. Isto corporifica-se na luta atual da classe médica pela definição do que seja ato médico, e que é entendido, como qualquer ato que implique em diagnóstico ou terapia. A forma rigidamente hierarquizada, apesar de toda a evolução dos outros saberes, não tem mais a ritualização da entrada triunfal do médico, ao soar da campainha, mas, subsiste através da exclusão dos outros membros que compõem o que deveria ser uma equipe de saúde. A situação dos residentes a quem se deve a obrigação de ensinar e não de servir como mão de obra barata, merece atenção especial, pois sua formação deve incluir, não só a atenção e cuidado ao paciente, mas o aprender a ser profissional, os valores da instituição e da profissão, a relacionar-se com os demais trabalhadores e a construir um olhar integral da saúde e do ser humano. Só desta forma será possível transformar o quadro atual.

Um outro aspecto da questão da não participação dos trabalhadores nos espaços de discussão que a instituição oferece, que não a organização do trabalho e a urgência da realização de tarefas, surge ao iniciar-se a reflexão sobre os valores:

“Nós não estamos acostumados a parar prá pensar sobre o nosso lugar e os nossos valores. [...] no sentido de parar para pensar sobre o trabalho. Eu acho que o trabalhador também tem a noção de que parar é deixar de trabalhar, tá entendendo? Aqui a gente tá trabalhando, a gente parou com toda dificuldade, a Simone foi lá tentando conciliar a questão dos horários e tal, mas a gente também tem muito essa filosofia: ‘Pô vou ter que parar duas horas pra ficar lá de blá-blá-blá?!’ Acho que a gente também não se dá esse direito de estar parando prá falar das nossas relações, prá tentar, sei lá, construir novas estratégias de relacionamento, ou de condutas, de uma construção de uma nova ética. Não sei se isso existe, é muita pretensão, né!? Mas a gente também não se dá essa oportunidade. Então eu fiquei pensando nisso: Realmente falar nos nossos valores, nos valores relacionais assim a gente não tem essa prática, é muito mais difícil. Agora dos pacientes todo mundo sabe!” (Psi 1)

Este relato sintetiza para nós, o que há de mais perverso quando acima nos referimos sobre o poder médico. De fato o poder é tão internalizado, que mesmo com todas as pesquisas efetuadas sobre tal questão, mesmo com todo o problema que aparece e é diagnosticado é muito difícil para esta categoria mudar o padrão de comportamento. Eles não podem parar para participar de sessões clínicas, de sessões do Centro de Estudos ou mesmo de alguma palestra durante o expediente. É errado, se sentem culpados de parar e ficar de “blá blá blá”. Não vemos este tipo de fala nos médicos presentes. Quando eles param, alguém está lá no lugar deles cuidando dos pacientes. Afinal, não cabem a eles executar esses cuidados, devem pensar. A eles compete, no topo da cadeia hierárquica, decidir sobre a vida e morte de seus pacientes, ordenando aos outros profissionais a tarefa de cuidar dos afazeres em torno de uma ordem dada por eles. Não se trata aqui de tentar diminuir o poder que cabe ao médico, mas contemporizar que há outros saberes-poder que devem ser reconhecidos e valorizados. É preciso adotar uma postura que evidencie que a medicina não dá conta de todo os aspectos que envolvem a saúde.

4.2 O sentido do trabalho: implicações nos trabalhadores

Os profissionais entrevistados pertencem a uma instituição com um perfil de pacientes crônicos, tanto na pediatria quanto na neonatologia. Alguns com deformações físicas, a maioria dependente de tecnologia, com possibilidades mínimas de terem uma vida ativa no futuro, aqueles poucos que conseguirão ter futuro. Para os profissionais de saúde, lidar com essa realidade provoca intenso sofrimento, mesmo que eles não tenham consciência disto, pois o distanciamento e a negação são mecanismos de defesa psíquicos empregados comumente. Quando estas defesas falham outras possibilidades surgem. O adoecimento e a troca de local de trabalho são as mais frequentes. As relações nestes ambientes também são atravessadas pela sobrecarga psíquica advinda do prognóstico restrito dos pacientes, com prolongados períodos de internação. Nos dois grupos de trabalhadores estas situações foram discutidas:

Ass soc 2: [...] Eu acho que é o grande nó. Primeiro que nossos pacientes já são crônicos. Na enfermaria de Pediatria são 22 leitos, a internação é *extremamente* longa. Eu não sei como suportam, tem criança há 3 anos internada lá, não sei como conseguem suportar. Por isso que eu digo que nossas mães ou acompanhantes e pais também, são heróis, porque eu não sei como suportam. Nem eu também, aí eu me considero um pouquinho só heroína, porque eu também não sei como suportei 11 anos vendo 22 pessoas todos os dias e sendo as mesmas. Foi quando eu surtei, que eu falei para você. Surtei, o dia que eu entrei na enfermaria que eu olhei, eu falei : “Gente! Eu conheço desde que nasceu praticamente. Eu não acredito que está aqui, e está aqui há não sei quanto tempo!” Foi um dos motivos de eu ter saído, porque se não quem ia ficar doente era eu mesmo. Mas a questão maior das relações, para mim, durante esse tempo todo lá, sempre foi mais com a enfermagem. Porque a dificuldade de diálogo é muito maior, não só pela rotatividade, mas é muito pesado trabalhar na enfermaria de pediatria.

Téc 3 em paralelo: Nossa Senhora! Cansativo (pausa) desgastante ...

Ass soc 2 prossegue: É muito, mas muito pesado. É cansativo. Se a gente for olhar quantas pessoas estão em licença, quantas pessoas da enfermagem, é enorme! Aí eu me pergunto que trabalho de humanização pode ser feito com uma determinada categoria? Que eu sei o que é isso! Eu vi! É impressionante! Eu não estava mais trabalhando com a qualidade que eu trabalhava. Eu não conseguia mais ‘vestir a camisa’. Eu sempre vesti muito, mas não conseguia mais fazer isso. Então, para que eu não prejudicasse as pessoas, as crianças... Eu não vou dizer a você que eu não gosto de trabalhar ali. Não é isso, é porque é muito cansativo. Eu tinha que fazer uma escolha, ou eu trabalhava mal ou eu trabalhava em outro lugar, com uma qualidade melhor, ou eu ia ficar de licença, porque eu sabia que isso ia acontecer. E eu estava prejudicando a rotina. É o limite que a gente tem que respeitar, que é o seu limite. Eu me permiti. [...]

Pesq: O que tem de diferente na Enfermaria de Pediatria que a torna tão mais cansativa?

Ass soc 2: É a dor, *é a dor que causa você ver o tempo todo o sofrimento* daquelas crianças, daquelas mães. [...] Eu acho que é uma coisa que explica um pouco, porque o sofrimento, *dor* muito grande.

(as palavras grifadas foram soletradas pelo sujeito como forma de enfatizar a emoção)

Pesq: É porque é uma dor muito prolongada no tempo, sem muitas expectativas?

Ass soc 2: Não é que não tenha expectativa, elas têm expectativa, mas a gente não sabe qual o tempo disso. É longo. Tem uma criança internada há 3 anos lá dentro. Já tive uma há cinco. Lidar com isso...

Conversa ao fundo: Lidar com isso no dia a dia, nossa mãe!

Ass soc 2: Exatamente! Se as famílias não merecem isso, eu também não mereço! Eu sei que um dia vão embora, entendeu? Eu não sei de que maneira, se vai para um astral superior ou se vai para casa, mas eu sei que um dia vai terminar. Mas eu sei que eu vou continuar e eu sei também que eu saio daqui, eu saio vou para casa e durmo. Elas ficam, as famílias, as crianças ficam. A equipe, principalmente da enfermagem, ficam. Elas são rotativas, mas elas vêm isso, e em outros lugares também. Então você fica um tempo muito grande. Sair daqui pesada, isso é comum, para mim, acontecer.

Psi 3 em paralelo: O contato direto e permanente com esse tipo de situação é muito estresse.

Enf 3: É compreensível essa colocação dela da dificuldade com a enfermagem, porque a enfermagem, além de viver isso tudo, ela vive um problema maior, porque o assistente social, o médico, ele vai lá e sai. E, além de tudo, ela é a interface com todos os outros profissionais.

(O tempo todo persiste uma conversa ao fundo: É verdade! A enfermagem fica mais tempo exposta...)

Vemos, por este diálogo o quanto pesa trabalhar em um hospital no qual os pacientes, ou grande parte deles, não têm cura. Reinternações frequentes e prolongadas tiram o sentido do trabalho. Afinal, onde está o heroísmo da profissão? Onde está a gratificação por um trabalho bem feito? Não há gratificação, parecem dizer os profissionais, já que os doentes não se curam, ao contrário, ficam dependentes da tecnologia inventada para mantê-los vivos, não importa como. Investir até quando? Há um desejo, difícil de verbalizar de que, quem sabe, quando regressam ao trabalho as crianças já foram para um astral superior. As entrevistadas sabem que um dia seus pacientes irão embora. Para casa ou morrerão? Diz a participante: “*mas eu sei que um dia vai terminar*”. Mas de que adianta terminar para uma, se há outras na fila na mesma situação? O trabalho em hospital é desgastante, como vimos na literatura e nos achados do campo, mas pode, dependendo da instituição ou do lugar, chegar a ser patogênico tanto para a saúde mental quanto física. Aí entram as licenças médicas, até que se consiga uma solução.

Um dos médicos reflete sobre seu percurso profissional enfatizando a questão do sentido do trabalho como propulsor de movimento em busca de realização:

Méd 4: Eu acho que a gente tem que fazer uma reflexão pessoal sobre: “O que é que eu estou fazendo aqui e por que eu vim para cá?” [...] Em 1990 eu me dei conta de que eu não via razão para fazer aquele tipo de radiologia em câncer, porque era uma

radiologia de carimbar passaporte lá para cima, não é? Eu estava no Instituto Z carimbando passaporte: “Vai, vai, vai”. O que que é isso? Então a necessidade que eu senti naquele momento foi: Só existe uma razão para eu continuar fazendo radiologia. Eu preciso fazer diagnóstico precoce. Porque doença avançada é ruim para qualquer um. É ruim para o paciente, é ruim para a família, é ruim para o sistema.

Ass soc 2: É ruim para o médico.

Méd 4 continua: é ruim para todos. É exatamente entrar em campo já com 10 pontos contra você. Vai ter que empatar em 10? Não dá. [...]. Qual é o único lugar que eu vou me sentir tratando? Lidando com detecção precoce: mama. Acabei conseguindo vir para cá. Eu estou aqui há 10 anos e eu tenho consciência de que eu posso não ter recebido grandes mudanças do ponto de vista de equipamento, mas aquilo que eu comecei a fazer, ou a buscar, em 1996 eu continuo buscando e acreditando que eu estou no caminho. [...]

Mulher: Então é como se você tivesse satisfação no trabalho.

Médi 4 continua: [...] Agora, enquanto eu estiver aqui, eu quero fazer aquilo que eu acho importante, não o que alguém diz que é importante, ou que vai ser importante, para mim é o que eu estou fazendo. Então, se a gente não define, não se define em relação ao que faz, pelo menos uma vez na vida, você não sai do lugar, porque você não se dá conta do que você é! “Para onde você está indo? Para lugar nenhum!” Então essa constatação da identidade, da utilidade, da necessidade, eu acho que a gente tem que estar sempre atento para isso.

Enf 3: Eu acho isso é um ponto muito importante, porque a gente não percebe. Acho que fala um pouco também da satisfação com aquilo que se está fazendo. [...]

Nas falas deste médico fica evidente a importância do trabalho na construção da identidade, confirmando a proposição da psicodinâmica dejouriana. O sentido do trabalho confunde-se com o sentido da própria vida. Para ele a mudança de um hospital especializado só em câncer, para um em que há possibilidade de se fazer uma detecção precoce e assim evitar a ter que “*carimbar um passaporte lá para cima*” foi a concretização da possibilidade de gratificação. Para ele trouxe sentido para o trabalho. É quase impossível permanecer numa instituição ou serviço em que só se “carimbe para a morte”. Entretanto, sabemos que existem estratégias para aliviar aqueles que são obrigados a permanecer nestes locais. Uma delas apontada com frequência neste grupo, como também na nossa prática cotidiana é a transferência para lugares menos desgastantes e estressantes. Mas será só esta a solução? Por que se continuarmos a nos restringirmos a este tipo de intervenção quem irá cuidar destes pacientes? Iremos fazer um rodízio de trabalhadores que, qual soldados na guerra, quando são feridos ou mortos são substituídos por outros até o mesmo acontecer com estes, num círculo interminável? Caminharemos em nossa pesquisa na tentativa de buscarmos algumas soluções diferentes para este problema.

4.3 A (in)disciplinaridade no trabalho

A interdisciplinaridade supõe o reconhecimento do outro diferente de mim como tão importante quanto eu mesmo, pois se baseia na complementaridade dos saberes, inclusive os não acadêmicos. Sem esta atitude não será possível implementar a integralidade da atenção – um dos princípios do SUS. Observou-se no desenrolar da pesquisa o quanto a interdisciplinaridade é desejada pelos sujeitos que participaram dos grupos focais, mas também o quanto esta prática ainda está longe de ser posta em ação. Como vimos, nas falas anteriormente apresentadas, a instituição carece da troca de saberes que implica no requisito de reconhecer o outro como sujeito. Assim, ainda teremos um longo caminho a percorrer na direção do trabalho em equipe interdisciplinar. Os profissionais têm consciência e demonstram perceber estas nuances:

“O que eu estava pensando nessa questão assim: a gente que trabalha num instituto como o nosso, a gente vê muito a questão do cuidado. A enf 2 chegou a falar da questão da integralidade, essa interdisciplinaridade, a gente trabalha muito voltado para isso. Mas isso também significa você trabalhar com junção de diversas equipes. Se por um lado a gente tem o discurso da integralidade, por outro lado nós temos a dificuldade da relação entre as equipes, que é muito complicado. Tem umas superposições, as vezes, da própria prática, do atendimento. As vezes a gente vê disputas de categorias, disputas muito fortes, de categorias tipo serviço social e psicologia atendendo o mesmo paciente, no mesmo dia e exaurindo o paciente, porque já contou a vida dela para o serviço social. Quer dizer, a gente não tem uma cultura mesmo, uma organização nesse sentido, de estar configurando uma integralidade, né? Então eu acho que está a questão da ética, sim, permeando isso que a gente acha que seja integralidade.” (Psi 1)

“Eu acho que [a interdisciplinaridade] é um ponto de, de desejo até. A instituição deseja, de algum modo valoriza, todo mundo quer: Poxa, deve existir interdisciplinaridade!” (Psi 3)

“Onde eu trabalho, eu acho que a gente tem uma relação assim muito profissional, entendeu? Mas não é um trabalho, não sinto um trabalho integrado. Não é um trabalho interdisciplinar. Então quer dizer: tudo bem, a gente está aqui para trabalhar, a gente tem que imaginar que as pessoas não têm que se amar, nem necessariamente se adorarem, se beijarem todos os dias, se abraçarem, saírem daqui para uma rodinha de bate-papo como amigos, uma rodinha social” (Enf 2)

“Eu acho que uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui é dificuldade de se comunicar, mesmo; de um falar com o outro o que está achando, o que que poderia o outro escutar. [...]. Eu acho que as pessoas têm sua opinião e ficam com ela, vêm que ela tem uma opinião diferente e criticam a opinião dela, mas não chegam a ela e conversa: ‘Por que que você tem essa opinião e é diferente da minha?’ De repente se tivesse esse, essa possibilidade eu acho que as coisas... Porque eu estou vendo o seguinte: todo mundo está se juntando em grupos, aqui dentro, querendo mais ou menos a mesma coisa. Só que os grupos não estão se unindo e quando existe a possibilidade de se unir para conversar um quer mandar sobre o outro, no outro. Não quer escutar o outro”. (Méd 1)

Este extrato das conversas dos grupos aponta para uma necessidade/carência de diálogo, entretanto, é referida uma dificuldade expressa em que “*um quer mandar no outro*”. Apesar de verbalizar, não se assume que isto é uma questão de poder. O poder daquele que acha que detém o maior e mais importante conhecimento. Neste caso, não só o médico apresenta esta dificuldade em relação aos outros membros da equipe. A enfermagem também demonstra uma forte hierarquia. A enfermeira diplomada está mais próxima do médico porque detém um nível de escolaridade superior e enxerga as técnicas de enfermagem como aquelas que fazem o serviço “sujo”: banhar o doente, limpar seus excrementos, dar comida. Elas estão situadas, quase, no último grau de hierarquia no hospital. Abaixo delas só os profissionais da limpeza. Então o que as técnicas têm a oferecer? Por que trocar informações?

Um médico expressa seu incômodo com a não participação de outras especialidades na discussão de casos clínicos, associa este fato ao descrédito nas práticas democráticas. Como já foi detectado, em outros relatos, vários são os aspectos que desestimulam a participação, entre eles o fato de outras categorias não se sentirem ouvidas pelos médicos.

“Você marca uma reunião vem meia dúzia de pessoas. Eu estranho muito a sessão da obstetrícia não vem ninguém. Eu falei com o pessoal da enfermagem: Mas as enfermeiras, não vêm na sessão? E o Serviço Social? Porque é uma assistência multidisciplinar, cuidamos de todos juntos e na hora de discutir só os médicos discutem. Então é um pouco o que reforça esse papel. Eu sinto falta de que essa interdisciplinaridade seja demandada, porque se deixar um pouco cada um fazer o seu não rola essa liga que a gente espera que tenha entre os serviços. Se cada um só fizer, todo o mundo fizer o que tem que fazer mas não conversar com o outro não tem liga, fica tudo separadinho e funciona mal, né? Mesmo todo mundo fazendo o que tem que fazer se não trocar com o outro o negócio não funciona.” (Méd 2)

Há um diagnóstico: “*Mesmo todo mundo fazendo o que tem que fazer se não trocar com o outro o negócio não funciona*” Mas por que isto ocorre? No desenrolar da conversa o mesmo médico continua sua reflexão e é possível perceber a tensão existente entre diversas categorias profissionais e a questão do poder, assim como o movimento da psicologia, com avanços e retiradas para ocupar seu espaço. É interessante notar que a discussão evolui da busca de um meio para forçar o diálogo até a constatação de que para isso ocorra é necessário legitimar os sujeitos do

discurso. Como mostram Chanlat e Bédard^{lxi} é possível deixar de falar, mas não de dizer:

Médico2: Como é que a gente força o diálogo?

Eu tava pensando isso: como é que a gente, então, tem uma sessão só médica? E na verdade o cliente não tem só questões médicas. O pessoal setor de psicologia vai toda quarta-feira, tá lá, às vezes fala, dá palpite, não sei que... e às vezes as pessoas olham assim: 'Tá falando do que mesmo?' Mas eu acho que se a gente não pensa nessa possibilidade de que ou eu inscrevo meu espaço nessa discussão ou a gente não transforma. Porque essa coisa histórica do poder no hospital, ela precisa ser mexida. Como que mexe nisso? Acho que não tem receita certa, acho que a mobilidade vai ter que surgir.

Psi 2: Para a pessoa poder se sentir bem para falar num lugar tem que ser meio de acolhimento, de respeito, como ela falou. E isso aí, acho que ainda tá longe, tá muito longe né. As vezes você fala uma coisa que as pessoas..., já cansei de falar prá médico, mas ia todo mundo embora, ficava assim, três, quatro, que são alguns interessados nessa parte mais ligada à área psi, né, mas a grande maioria não: 'Não é nada disso que eu quero saber. Quero saber qual é o melhor remédio, qual é ... aí a gente ...

O que acontece é que você vai uma vez, duas vezes, três vezes, aí na quinta vez você já tá de saco cheio e acaba procurando seus pares, né? Pelo menos lá no setor o pessoal tá me entendendo, aí você cansa também. O que falta, eu acho, que é um pouco disso, um pouco de humildade, um pouco de acolhimento, de respeito.

Psi 1: Eu acho que é aquela coisa: Como forçar um diálogo? Acho que é quando legitimar ambas as partes, o que ouve e o que fala. Esse lugar tem que ser legitimado, realmente a gente tá aqui dentro do hospital, tem a questão da centralidade do médico, né? É num hospital, não é num consultório psicanalítico, por exemplo. Então como tem essa questão da centralidade, eu acho que forçar um diálogo é legitimar os dois lugares, né, prá poder haver o acolhimento. Para que aquele que é o diferente, dentro do campo, não se sinta intimidado. Nem é tímido, é intimidado pela ação do outro. Eu acho que isso favorece o diálogo, quando se tem lugar, quando se deixa falar. Mesmo com estranheza, porque eu acho que isso não difere das diversas categorias profissionais: o enfermeiro também deve achar estranho o que o fisioterapeuta fala, porque soa diferente na verdade, é o diferente. Então integrar, gostei dessa imagem da liga. Essa liga, ela é muito difícil realmente. Eu acho que essa liga é mais ou menos a ética aí.

Alguns conseguem enxergar o ponto mais sensível de nossa investigação, qual seja, se o profissional não está bem, se há dificuldades dentro das equipes, quem sofrerá é o paciente, que é a razão de ser de toda a estrutura montada.

"[...] assistência ao paciente, que é o produto final da nossa, do nosso interesse aqui é o paciente. Será que a gente não tem essa visão de que é o paciente?! Será que agente não tem essa visão de que se nós não nos entendermos quem vai sofrer com isso vai ser o paciente? Então, é difícil para caramba, têm pessoas que tem um ego enorme, não conseguem lidar com as outras, com a diferença, não conseguem lidar com seus subordinados, não conseguem lidar com pessoas acima delas, sabe? É difícil, mas eu vejo uma luz no fim do túnel. Esse trabalho que você tá fazendo agora, prá mim, eu adorei a idéia dela, em colocar em discussão isso. É uma coisa em que ninguém nunca pensa né? Ninguém nunca pensa ao que que leva, as conseqüências dessa relação complicada, conturbada.

Ninguém pensa que um funcionário pode somatizar mil coisas, né, lá fora, na vida dele, por conta de uma chefia dessa, ou por conta de um colega que não te dá apoio. Falta diálogo mesmo, falta entendimento, falta comunicação. Falta comunicação não, a comunicação, ela não é falta não. Ela é conturbada, ela é desordenada, sabe?” (Téc 2)

Ao serem questionados sobre a relação entre as diferentes categorias profissionais, após significativo silêncio, o tema foi aparecendo camuflado como dificuldades na comunicação. Pouco a pouco o grupo conseguiu explicitar os conflitos existentes entre médicos e enfermagem e entre as diversas especialidades médicas, bem como a superposição de algumas atividades da psicologia e do serviço social:

Médica 1: Eu continuo falando da falta de comunicação.

Téc 1: Só um lado fala e os outros...

Médica: E as vezes nem fala!

Téc 1: É já sabe como é que tem que funcionar, é assim e acabou! Pronto.

Ninguém é ouvido.

Enf 2: Lá no setor existe um conflito muito grande entre enfermagem e médicos. Conflito, o tempo todo conflito. A gente não se entende. Eu não vou dizer que seja com todos, mas com a grande maioria a gente não se entende. É sempre um probleminha aqui, um probleminha ali.

Méd 1: Mas eu acho que ali, eu já fiz parte daquele setor, agora de fora eu posso, apesar de que se tivesse dentro também falaria. Acho que o grande problema ali é o problema das vagas.

Enf 2: Não é só isso não, não é só isso não (desanimada)

Méd 1: Eu acho, acho que é uma das piores coisas. As vezes a gente vê leitos vazios e tem necessidade de internação

Enf 2: Mas isso vai ter sempre.

Méd 1 continua: e agente não consegue internar o paciente. [...] O pior de tudo a gente sabendo que tinha uma enfermaria vazia! E eu olhando a paciente, tendo que internar a mulher e não podendo internar a mulher e aí estourou na minha mão!

Enf 1: Sabe porque estava com a enfermaria vazia, fechada?

Méd 1: Eu sei, falta de pessoal de enfermagem.

Alguém: Pois é, muito complexo.

Méd 1: Agora você imagina: você vendo o leito vazio, você tendo que internar a mulher, a família em cima de você, isso a meia noite. A Pediatria falando não interna, a enfermagem dizendo não interna. O que eu faço com essa mulher? E o pior que nesse dia, acho que o colega estava de férias, eu estava sozinha e era meia noite!

Alguém: Ia apanhar sozinha!

(risos)

Médica 1 continua: Eu falei vou ligar para o diretor: “Pelo amor de Deus, vem aqui e fecha essa porta!”

Alguém: Tem que fechar essa porta.

Enf 1: porque o leito só não basta. Um leito não é só a cama, tem que ter essa compreensão.

(Vários falam ao mesmo tempo)

Médica 1: [...] Quando eu liguei para o diretor a mulher internou.

Téc 1: O que é isso ? (se não tem ninguém para cuidar) Então fica em casa, lá no leito, deita na caminha!

Alguém: Então ele que vá lá cuidar, dar todos os cuidados.

Téc 1: Sabe qual é a teoria do setor? Vamos diminuir o índice de mortalidade de todos os hospitais aí fora, vamos aumentar o nosso. Porque a demanda é maior do que se suporta, o tempo inteiro. Não interessa se tem vaga ou não tem vaga: “Ah eu não vou deixar essa criança morrer lá. Eu vou salvar essa criança!” E trazer para morrer aqui? Ora faça-me o favor, isso é ridículo. Não tem equipe, não tem material, não tem espaço físico, não tem nada. Mas: “eu quero dar a vaga, porque eu vou operar o resto que se ...”

[..]

Téc 1: É muita mediocridade do ser humano em achar que é tudo e não precisa...

Enf 2: Não sei, é muita confusão. E essa questão da enfermagem estar fechada, se a gente não batesse nessa tecla o tempo todo: “Não tem enfermagem. Não tem enfermagem.” Estaria aberta, funcionando, agora a qualidade sabe-se lá onde anda!

Téc 1: Até Por que quando tem alguma contaminação, algum problema é a mão da enfermagem que está suja, não deu assistência.

Enf 2: Depois que agente escuta: “Ah, vocês podem internar sim, porque não vai precisar, está tudo bem, não vai precisar nem de enfermagem aí.” Como que não vai precisar gente?

Téc 1: Interna em casa.

Enf 1: A gente tocou agora num ponto que eu acho que é uma das questões principais de conflito entre, principalmente, enfermagem e médico. Que é a questão leitos, de vagas. Isso eu vejo em todos, é uma coisa meio comum né. Na Neonatologia, Maternidade, UPG (unidade de pacientes graves), em todos os setores. Porque tem aquela questão assim, eu sei eu imagino, que quem dá a vaga é o médico, quando se pede.

Méd 1: Mas aqui não pede, o paciente chega.

Enf 1: No nosso caso não é assim, o pedido é feito via telefone. A criança não chega. O habitual é o pedido de vaga. Eu imagino o quão difícil deve ser você dizer: “Não, não temos vaga”. Eu imagino. E hoje eu tenho até essa vivência de um outro lado, que eu faço um grupo de pais de pacientes. E eu ouço o relato desses pais, da angústia deles, quando eles estão lá do outro lado com um bebê com má formação e que precisa de leito. Então assim, a gente precisa tornar essas experiências mais próximas de todos. Porque hoje, eu não sei se tem a solução, eu imagino algumas soluções, porque eu sou meio abusada e penso algumas coisas e eu falo também. Mas, embora as pessoas digam que eu só falo besteira. Mas eu acho que você tem que pensar em compartilhar mais, isso, essa vivência do que é dizer não, o que é para família estar procurando um leito, que é muito especial, específico, que é um leito de neonatologia cirúrgica, que é muito mais difícil. Então assim, eu hoje consigo ter essa visão da família, que é a que fica do outro lado, esperando o médico pedindo vaga em tudo que é lugar, e passando um dia, e tão falando para ele: “Cada dia que passa é pior para o seu bebê. Agora ele pode ter pneumonia e para operar vai ter que tratar primeiro a pneumonia...” Então eu acho que se essas informações fossem mais trabalhadas com todos os profissionais, que fosse mais dialogado, a família ter esse espaço com a enfermagem, os médicos ouvirem também o lado da enfermagem, o que a enfermagem sente quando entra mais uma criança. Não tem mais saturímetro, não tem respirador, não tem isso, não tem aquilo. Bem, colocamos todas as dificuldades, o que a gente pode fazer para resolver? Não é “ah, tem que dar vaga”. Se nós estamos com a capacidade saturada vamos juntar forças para gente discutir isso. Como a gente vai ampliar leito? Tem que ampliar.

Médica 1: Isso é lá em cima.

Enf 1 continua: Mas prá gente que tá sofrendo a gente precisa ir de cima para baixo! Efeito bidê. Efeito bidê.

(Risos)

Alguém: Essa foi boa!

Enf 1: Porque eu vejo assim. Quem tá sofrendo? É ele na cadeira dele? Não é. Então: se eu tô sofrendo com isso, eu pelo menos acho. Nossa capacidade já está saturada há muito tempo, a gente tem que ampliar. E o que a gente precisa para ampliar? Isso, isso, isso. Vamos para cima, vamos para cima, e vamos pressionar para ampliar. E botar a população nisso também, essas mesmas mães que sofreram com a falta de possibilidade de ter o filho internado aqui, com certeza vão querer se

mobilizar também e ir para rua! E sabe enfim, acho que falta muito essa coisa da mobilização também, de exercer cidadania, de exercer... né?

Médico 2: Essa coisa é entre os médicos também. Neonatologistas e obstetras caem no pau por conta dessa questão da vaga. Agora tem uma questão que você então entendeu, a responsabilidade do cara, diante da família, dizer: “Não, teve contração, não sei o que lá, não sei o que lá...” E o cara dizendo que vai te processar, que vai chamar a polícia, que vai te prender e você sabendo que do ponto de vista médico, que essa mulher precisa do cuidado e também entendendo o lado do colega. Eu acho que é isso, efeito bidê, uma nova terminologia; literalmente para remover a sujeira em volta da questão (*risos de todos*). É, nessas horas o difícil é conseguir a ética do coleguismo. Então vamos assinar todos juntos aqui, dizendo que estamos negando a vaga em conjunto. Aí começa assim: “Não!” Porque aí você começa a ver que a falta de vaga não era tão falta de vaga assim! E aí quando você começa... então vamos dividir a responsabilidade, isso é ético! Já que eu tenho o leito para mulher, mas eu não tenho o leito para o bebê, então do ponto de vista ético a gente não vai estar oferecendo o melhor cuidado para esse conjunto aqui. Vamos dividir eticamente essa responsabilidade? Então as vezes as pessoas não querem compartilhar. Isso é ético também, a ética da solidariedade, no sentido de que a sua condição ruim de trabalho é condição ruim para mim também.

Médica 1: Eu já tive um plantão que mandaram um .. como é o nome daquele negócio, ofício não, como é que é? Decisão judicial

Médico 2: Ordem Judicial

Ass Soc: Enquanto usuário até eu!

Enf 1; o profissional fica muito solitário na hora dessa decisão. Não pode ser uma decisão do profissional. Acho que tem que ser, a instituição tem que dar condições para o indivíduo: “Não, isso aqui vai ser dividido sim.” Não é você que tem que pedir para o seu colega assinar junto com você. Tem que ser uma coisa da instituição. Se chegar não tiver, aí é organização do trabalho, se chegar: Tem vaga para o bebê? Tem. Tem vaga para mamãe? Tem. Então interna. Se tem vaga para mãe e não tem para o bebê, isso é norma institucional. Não pode ser o cara exposto lá!

Enf 2: Mas não existe, ele fica exposto mesmo.

A questão das vagas pode ser vista como o símbolo da disputa entre médicos e enfermagem, pois o médico é o responsável por admitir ou negar a internação ao paciente, mas é a enfermagem que define a disponibilidade de leitos, que nas palavras de uma das enfermeiras não se trata de somente uma “caminha”. É neste momento que a enfermagem tem a oportunidade de exercer seu poder. Entretanto, no desenvolvimento do diálogo percebe-se a sensibilização das enfermeiras com a difícil posição dos médicos. Esta discussão nos remete a outro aspecto da questão médico X enfermagem: Esta discrepância de postura estaria pautada na diferença de valores/ missão de cada categoria, os médicos de salvar a qualquer custo e a enfermagem de cuidar para garantir o restabelecimento do paciente? A conversa possibilitou a explicitação do conflito e o caminho para o entendimento e busca de solução conjunta, no caso o “efeito bidê” – movimento das diversas categorias, incluindo os usuários de cima para baixo, na direção do poder, na direção das instâncias de decisões. De qualquer forma desejamos ressaltar a fala da enfermeira 2, que foi como que silenciada, ao reconhecer que o conflito entre a categoria médica e

a de enfermagem não se restringia ao problema das vagas. Ela reconhece que é algo mais complexo e em seu desânimo demonstra a falta de perspectiva para uma mudança. A psicóloga denuncia as disputas existentes entre outras categorias/equipes, inclusive da própria psicologia com o serviço social e percebe as conseqüências desta situação para o paciente. Reconhece as dificuldades do exercício da interdisciplinaridade e da implementação da integralidade no cuidado.

Finalizando este capítulo, podemos perceber o quanto é penoso trabalhar em um hospital de pacientes crônicos, como o processo de trabalho, com forte hierarquização e centralidade do poder médico, impede a construção de um saber interdisciplinar que ajudaria não só a equipe, como também o paciente. Também podemos apontar que a relação de poder não é questionada. É lamentada e naturalizada, vista como um fado, algo a que não se pode escapar. Depende mais da benevolência do médico do que da possibilidade de um reconhecimento das especificidades de cada saber. Tudo isto resulta em dificuldades que levam ao adoecimento dos profissionais, principalmente dos que detém menos poder, e às estratégias de defesa utilizadas para não adoecerem, mas não há planos para a salvação. Este é o diagnóstico do problema que nos interessou investigar.

Nos dois capítulos seguintes, abordaremos duas perspectivas que tentam dar solução aos problemas aqui apresentados. A primeira refere-se aos postulados pela Ética/Bioética, mas ainda pouco praticados e a segunda, seria a resposta das políticas públicas. Esta última constituiu-se na Política Nacional de Humanização, que tenta melhorar o atendimento prestado aos usuários através de estratégias que também levam em consideração as relações de trabalho, mas não a privilegiam ainda.

CAPÍTULO II

A DIMENSÃO ÉTICA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

1. A ÉTICA E A MORAL

A palavra ética é empregada em nosso cotidiano como equivalente ao termo moral. Porém a distinção de ambos, para alguns, é essencial, pois permite diferenciar tradições de argumentação racional daquelas de inspiração dogmática e situá-las em sistemas de valores distintos. Para outros, trata-se de uma distinção artificial, que nada acrescenta às discussões no âmbito da Filosofia, pois o essencial seria a compreensão da distinção das três áreas da ética – a ética aplicada, a ética normativa e a metaética^{lxiv}.

Como este trabalho não tem como objetivo o aprofundamento desta polêmica, optamos por apresentar a distinção de ética e moral, como também, apresentar determinados princípios que irão subsidiar a discussão do campo.

O modo mais genérico de definir ética é como sendo a “tematização⁷ do *ethos*”, onde a tematização consiste em um caráter reflexivo, pois é uma das formas pela qual o homem se auto-observa, numa operação de dirigir atenção às suas próprias ações^{lxv}. Nas palavras de Cortina e Martinez^{lxvi}, a Ética, enquanto Filosofia Moral, ao desdobrar os conceitos e argumentos pertinentes realizará sua função e “[...] *terá conseguido explicar o fenômeno moral, dar conta racionalmente da dimensão moral humana, de modo que teremos aumentado o nosso conhecimento sobre nós mesmos, e, portanto, alcançado um maior grau de liberdade*” (p. 9).

Em relação à palavra *ethos*, Schramm^{lxvii} esclarece, que este é um termo grego que possui três significados – guarita ou proteção, conjunto de hábitos ou costumes e caráter – que, de certa forma, hierarquizam o sentido geral de proteção:

“(a) o sentido primeiro e mais geral de ‘proteção’ dos seres vivos em seus ambientes (que os gregos indicavam com a palavra oikos, muito próxima da palavra ethos);

⁷ Converter algo em tema.

(b) o sentido intermediário de costumes de uma comunidade ou sociedade (que também tem o papel de proteger seus membros através de instituições capazes de regular as suas inter-relações em casos de conflitos);

(c) o sentido mais restrito de ‘comportamento’ individual (que é de fato a interiorização pessoal das boas maneiras de se relacionar corretamente com os seus semelhantes e com o mundo, chamadas também de ‘virtudes’ [arethai] e que, portanto, têm o papel de proteger o indivíduo contra seus ‘demônios’ (p.15).

A ética se define na relação com o outro, pois, só há questão ética na medida em que as ações de um podem afetar um outro. Schramm apresenta esta questão como instituinte da ética:

“[A] ética se ocupa, via de regra, da qualidade dos atos humanos que envolvem outros humanos, tomados como indivíduos ou como coletividades, razão pela qual só há, a rigor, ética quando existe uma estrutura do tipo eu-tu, como pretendia Martin-Buber (1974) ou eu-outro, como pretendia Emmanuel Lévinas (2001)” (p.16).

A moral existe para cumprir uma função social – regular as relações entre as pessoas. É composta por normas e regras que orientam ou pretendem orientar as ações, atitudes e comportamentos de um grupo social específico, bem como seus costumes e hábitos.

Para Vázquez^x a moral responde ao indivíduo o que fazer em cada situação. Diante de um problema prático-moral a pessoa buscará ajuda para resolvê-lo em uma norma que reconhece e aceita intimamente. Já o campo da ética é caracterizado por sua generalidade e nas questões éticas a solução é de caráter teórico. Por exemplo, ao definir o que é o bem, oferecerá parâmetros para prática moral - o que devemos ou não fazer diante de um problema moral que se apresente em nosso cotidiano. A ética é a reflexão sobre o comportamento prático e acontece na passagem da prática moral para teoria moral, coincidindo com o início do pensamento filosófico.

A ética tem como objeto a moral, termo que vem do latim *mos* ou *mores* que significam costume/costumes, no sentido de normas ou regras adquiridas por hábito^x. Assim, esta disciplina estuda e investiga os vários atos humanos conscientes e voluntários que afetam outros indivíduos, grupos sociais ou sociedades. Consideramos que as palavras, deste mesmo autor sintetizam sua concepção da relação entre ética e moral:

“Conquanto seja certo que toda moral supõe determinados princípios, normas ou regras de comportamento, não é a ética que os estabelece numa determinada comunidade. A ética depara com uma experiência histórico-social no terreno da moral, ou seja, com uma série de práticas morais já em vigor e, partindo delas, procura determinar a essência da moral, as fontes da avaliação moral, a natureza e a função dos juízos morais, os critérios de justificação destes juízos e o princípio que rege a mudança e a sucessão de diferentes sistemas morais.” (p.22)

No texto “A Dimensão Ética do Trabalho em Saúde”, Schramm^{lxviii} percorre outro trajeto para distinguir ética e moral, prioriza como foco a dimensão ética enquanto fundamento ontológico do ser humano:

“A hipótese aqui desenvolvida considera, ao contrário, a ‘dimensão ética’ enquanto princípio instituinte do indivíduo, seja como ‘moradia do ser’ (Martin Heidegger), seja como gênese ligada à experiência imaginária e interiorizada da transcendência do Outro, vivida por um sujeito concreto como vínculo e autonomia do seu fazer parte do mundo” (p.51)

O autor continua a desenvolver sua fundamentação, em outro texto, explicitando que se pode distinguir ética de moral ao considerarmos a “*ética enquanto princípio instituinte da própria vida humana e, de certa maneira da moral*”(p.52). A ética é que tornaria a vida humana possível individual, social e culturalmente, pois é ela que viabilizaria a existência de um sujeito inserido em um contexto natural e cultural:

*“[S]ujeito que se torna um ser para si – um ‘indivíduo’ – no reconhecimento da própria estruturação de ser para os outros seres – uma pessoa – ou seja, literalmente, ‘um rosto oferecido ao outro’. A fundamentação ética seria, então, uma estruturação que gera os atores de uma relação, uma obrigação mais do que uma interdição, e, enquanto obrigação de um para com o outro, ela constituiria uma **subjetividade**, um sub-jectum que, ao reconhecer-se nesta estruturação, tornar-se-ia um ‘indivíduo’ ético.”* (p.52 – grifo do autor)

Uma outra interessante distinção entre Moral e Ética é apresentada por Foucault^{lxix}, na qual a moral pode ser definida como um conjunto de regras e preceitos veiculados pelas instituições prescritoras, dentre elas a família, a escola e o trabalho, e a ética seria o comportamento real dos indivíduos em relação às regras, adotados após reflexão sobre os modos de viver. Assim, a ética estaria intrinsecamente ligada à constituição de um sujeito capaz de apropriar-se dos destinos de sua vida. A relação moral-ética, que se infere das definições de Foucault, assemelha-se à relação existente entre trabalho prescrito e trabalho real, que apresentamos no capítulo anterior.

Cortina e Martínez afirmam que a obtenção da moral, no sentido de busca da felicidade, não depende exclusivamente de nós. Não há dúvidas de que a felicidade é, em grande parte, uma questão pessoal, que cada um deve projetar de acordo com sua própria constituição natural, capacidades, desejos, contexto social e outras particularidades. Enfim, pode configurar-se de diferentes maneiras para cada pessoa. Em contrapartida, o dever representa aquilo que é exigível a todos, porque o não cumprimento torna impossível a convivência. Como se sabe, o homem é um ser que vive em sociedade e, portanto, tem que viabilizar a vida de forma a permitir a felicidade, e isto, só será possível na medida em que as ações forem pautadas em valores como a autonomia e a solidariedade.

A Ética, desde seu surgimento na Grécia, instituiu-se enquanto um saber normativo, um saber que fornece parâmetros para as ações, orienta, indiretamente, o comportamento dos seres humanos, pois na visão aristotélica a ética é um saber orientado para o esclarecimento da vida boa, que tem como fim a realização da felicidade individual e comunitária. É ela que estuda as correntes de determinação daquilo que é correto. Sua preocupação básica é estabelecer um critério (princípios, modos de ser, valores etc.) para distinguir as ações corretas e as incorretas. A

pergunta na atualidade seria de acordo com os autores: “*Quais deveres morais básicos têm de reger a vida dos homens para que seja possível uma convivência justa, em paz e em liberdade, dado o pluralismo existente quanto às maneiras de ser feliz?*” (p. 12).

As principais teorias da ética normativa são classificadas de acordo com o modo como fazem a distinção entre aquilo que é correto ou não. Costumam ser agrupadas como *éticas teleológicas* e *éticas deontológicas*. As *éticas teleológicas* determinam o que é correto de acordo com certa finalidade (*télos*) que se pretende atingir, pertencem a esta corrente a *ética consequencialista* e a *ética de virtudes*. Já as *éticas deontológicas* procuram determinar o que é correto, segundo as regras em que se fundamenta a ação. As principais correntes da ética deontológica são o *intuicionismo moral*, a *ética de Kant*, a *ética do discurso* e o *contratualismo moral*^{lxx}. Podemos, assim, concluir que a ética normativa trata de estabelecer, com fundamentação filosófica, regras ou códigos de comportamento ético.

Kant^{lxxi} sempre teve o objetivo de estudar separadamente os dois âmbitos da Ética, já definidos por Aristóteles: “*o âmbito teórico, correspondente ao que ocorre de fato no universo conforme sua própria dinâmica, e o âmbito do prático, correspondente ao que pode ocorrer por obra da vontade livre dos seres humanos*”(p.69). Este filósofo dedicou-se aos dois âmbitos e provocou uma verdadeira revolução copérnica na filosofia, pois sustentou, ao contrário do que se admitia anteriormente, que não é o sujeito que gira ao redor do objeto, pois o que o sujeito conhece é produto da sua consciência. É com base neste modelo epistemológico que se verifica a moral: o sujeito – sua consciência moral – dá a si mesmo a sua própria lei. Este pressuposto é o ponto de partida para a construção da Ética Kantiana.

É fato que o homem tem consciência de seus atos e do seu dever, sente-se responsável por suas decisões. Cortina e Martinez explicam o conceito de imperativo categórico como sendo certos comandos incondicionados que todos os seres humanos experimentam. São exortações que nos compelem a agir de determinada maneira, a cumprir um dever, um conjunto de regras, mesmo que não tenhamos vontade de cumpri-las. Os autores complementam:

“Tais imperativos não são ordens militares que nos mandam fazer algo ‘porque sim’, mas estão a serviço da preservação e da promoção daquilo que percebemos como um valor absoluto: as pessoas, incluindo a de si mesmo. [...] A razão que justifica esses comandos é a própria humanidade do sujeito ao qual obrigam, ou seja, devemos ou não devemos fazer algo porque é próprio dos seres humanos fazê-lo ou não”. (p.69 - grifos nossos)

A proposta kantiana é que ao analisarmos se uma lei ou ação é moral devemos verificar se estão em concordância com as formulações do imperativo universal do dever: *“Age como se a máxima de tua ação devesse tornar-se pela tua vontade lei universal da natureza”*^{lxxi} (p. 52) e o da sua representação ‘material’, *“Age de tal maneira que possas usar a humanidade, tanto em tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca simplesmente como meio”* (p. 59).

Ao refletirmos sobre se um comportamento ou atitude em nossas relações com o outro são éticos/morais teríamos que submetê-las ao crivo da universalidade e da premissa de que o ser humano deve ser tratado como um fim em si mesmo e de que devemos tratar o outro como gostaríamos de sermos tratados. Não deixando, conforme alerta Höffe^{lxxii} (2005), de mediar a máxima com as especificidades de cada situação, evitando o dogmatismo de normas sem cair no relativismo. Ele afirma que *“as máximas indicam apenas o plano geral; para ação concreta requerem-se, além disso, uma contextualização”* (p. 205).

Karl Marx detectou que a filosofia, até àqueles dias, só se havia interessado pela interpretação do mundo, sem se preocupar com sua transformação. Esta observação representa o deslocamento da ética do *locus* de mera interpretação do *ethos* para ética aplicada à realidade concreta⁷⁴.

2. A ÉTICA APLICADA ÀS RELAÇÕES HUMANAS

A Ética Aplicada pode ajudar a guiar a conduta dos homens em diferentes âmbitos da vida social: nas instituições, na política, na economia, na medicina, na

ecologia, na engenharia genética, etc. Entretanto, é preciso levar em conta que cada tipo de atividade tem suas próprias exigências morais e proporciona valores específicos. É por isso que a análise ética torna-se relevante quando pensamos o trabalho no hospital e o movimento de “humanização” da saúde.

A ética pode ser vista como o "saber prático", que tem a ver com a inter-relação dos atores sociais, cujo objetivo é dar conta da dialética existente no âmbito das implicações morais^{lxxiii}. Este campo do conhecimento busca entender e explicar as práticas morais, uma vez que a realidade é constituída de conflitos, mas não *se reduz* a eles, pois assim como são reais a inimizade e a guerra, também o são a amizade e a paz^{lxxiv}.

Dentre as Éticas aplicadas, destacamos aqui, alguns conceitos e princípios desenvolvidos pela bioética. Campo mais afeito aos conflitos relacionados ao desenvolvimento biotecnológico e à biomedicina, bem como às questões ligadas à manutenção e qualidade da vida e aos resultados das ações dos agentes morais na saúde dos sujeitos. Acreditamos que este conhecimento será útil na análise dos aspectos éticos ligados às relações de trabalho.

Potter^{lxxv}, que cunhou o termo Bioética no artigo *Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine* (1970), considerava que a sobrevivência da espécie humana dependia da construção de uma ética aplicada às situações da vida. Afirmava, ainda, que o mais importante para esta ciência não era o conhecimento rigoroso da técnica, mas sim um “*delicado respeito aos valores humanos*”^{lxxvi} (p.31). A proposta de Potter, de associar a biologia – em seu sentido amplo de bem estar dos seres humanos, dos animais não-humanos e do meio ambiente – à ética, aponta para uma amplitude deste campo, apesar de ter existido tentativa de reduzi-lo somente aos aspectos ligados à biomedicina. Tal posição, reducionista, acabou por não prevalecer. Deste modo, a Bioética tem-se preocupado com aspectos ligados não só aos avanços tecnológicos e aos conflitos que possam surgir a partir disto. Há também preocupação com as relações interpessoais, assim como com as questões da saúde pública, da desigualdade e dos direitos humanos (SCHRAMM, 2005; GARRAFA, 2002)^{lxxvii,lxxviii}.

Na Bioética existem várias correntes e dentre elas nos interessa o modelo ‘liberal autonomista’ de Engelhardt porque nos ajuda a pensar as relações entre grupos diferentes. No caso aqui pesquisado, esses diferentes grupos compõem a

equipe interdisciplinar ou multidisciplinar, pois, ao mesmo tempo, que se parte do pressuposto que são relações simétricas, nas quais existiria uma situação de interdependência e colaboração entre seus membros, ou seja, relações entre sujeitos igualmente autônomos, por outro, as equipes são compostas por diferentes categorias profissionais com seu *ethos* próprio.

Engelhardt^{lxxix} situa a Bioética contemporânea num contexto de ceticismo, perda de fé, pluralidade de sentimentos e de crenças morais e crescente desafio das políticas públicas. Este contexto torna o projeto filosófico de uma moralidade canônica essencial, que deveria unir os estranhos morais (membros de comunidades morais diversas), fadado ao fracasso, pois as diferentes moralidades presentes na atualidade exigem respeito e reconhecimento. Ele explica:

“O indivíduo encontra estranhos morais com os quais não comunga em suficientes princípios morais ou numa visão moral comum que baste para permitir a resolução de controvérsias morais por meio de argumentos racionais sadios ou um apelo à autoridade moral. Quando o indivíduo procura resolver racionalmente essas controvérsias, as discussões se prolongam sem conclusão final. O argumento racional não silencia as controvérsias morais quando o indivíduo encontra estranhos morais, pessoas de diferentes visões morais.” (p.34)

Ao falar de uma moralidade essencial o autor refere-se à possibilidade de uma orientação comum *“sobre o que é certo ou errado, bom ou mau, além da escassa exigência de que não se usem as pessoas sem sua autorização”* (p.32). Assim, ‘amigos morais’ são aqueles que compartilham uma ‘moralidade essencial’ e estão unidos por tradições e práticas morais comuns, bem como compartilham da mesma visão sobre o que seja uma ‘vida boa’.

A expressão ‘estranhos morais’ não significa que estes indivíduos ou grupos serão incompreensíveis uns aos outros, mas que possuem um escalonamento diferente dos valores morais. Os estranhos morais, em função da complexidade humana, até *“podem ser os melhores amigos afetivos”* (p.32).

A equipe profissional de saúde pode ser vista como sendo composta por “amigos morais” e “estranhos morais”. Isto porque, dentro de cada categoria

profissional (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros) eles se vêem como compartilhando dos mesmos ideais, cultura, conhecimento e linguagem. Entre as diversas categorias eles são estranhos morais já que em contato uma com as outras as diferenças aparecem e os conflitos emergem. São “estranhos morais”, pois existem diferentes concepções de mundo e de formação dentro de uma equipe. Porém, como demonstra Engelhardt, pertencer a comunidades morais diferentes não impede a colaboração entre os cidadãos de uma sociedade, eles podem discordar uns dos outros e serem parceiros em determinadas áreas ou projetos. Até porque um mesmo indivíduo pode participar de diferentes comunidades morais, às quais prestam fidelidade em diversos níveis de comprometimento moral.

Neste sentido, Braz^{lxxx} ressalta que:

“O pluralismo deve ser compreendido como a impossibilidade de compatibilizar as diferentes concepções de mundo e de se ter um julgamento imparcial sobre elas (...). Sendo assim, a ética possível e necessária se dá na relação entre “nós”, o grupo sociocultural a que se pertence, e os “outros”, aqueles que dele não fazem parte (Todorov, 1993). É importante apontar que o modo como se concebe estes “outros” regulará o tratamento a eles dispensado e ao “nós”, e tem a ver com questões relacionadas à convivência entre grupos diversos” (p. 46-47).

Importante notar que, neste contexto, assume importância a maneira como concebemos os outros. Aqui entram os pré-conceitos, pré-noções, estigmas pessoais e grupais que exigem o exercício da tolerância para que possa haver convivência entre diferentes. Se isto não ocorre, a “estranheza“, causada pela diferença, possibilita o estranho ser percebido como “coisa”, porque não ocorre uma identificação com ele (GOLDHAGEN, 1997)^{lxxxii}. Braz^{lxxxii} considera que este processo de “coisificação do ser humano” é mútuo, pois só é possível “coisificar” o outro se já estamos passando por este mesmo processo, no momento de exterminar, desconsiderar, desprezitar, ou não reconhecer o outro. A coisificação implica em não ver o outro em sua humanidade. Não há empatia, solidariedade e respeito. O outro é uma “coisa” que está ali para perturbar, impedir de se atingir os objetivos ou, então, é uma “coisa” para servir de meio para atingir a finalidade a que o agente se propõe. O indivíduo não é visto em sua singularidade e diferença e nem como alguém capaz de produzir o novo, de criar.

Ao pensarmos sobre este processo de coisificação na atenção à saúde não é possível deixar de lembrar o papel da tecnociência. Sem retirar seus méritos, a tecnologia acaba propiciando um distanciamento entre o profissional e o paciente, pois a relação intersubjetiva passa a ser mediada por um aparelho ou equipamento, que desvia o olhar do outro, dos sentimentos, da dor, da gratidão, do desespero e até mesmo da confiança. Então, surge imediatamente a questão: Será que os profissionais da saúde coisificam a si próprios para poder intervir nos pacientes e acabam transpondo este modelo de relação para as relações com outros profissionais? Deixam de olhar, de reconhecer o colega como um igual para evitar conflitos e acabam, ao mesmo tempo, evitando o encontro, o diálogo? Ou será que a tecnologia é a “carona” que se pega para poder manter afastado “os outros” diferentes? De qualquer modo, ao se olhar o outro, não como igual em humanidade, mas como um mero meio, podemos nos tornar “coisa” também, naquele instante, quando há intolerância ou porque não obedecem ou porque não escutam ou porque não sabem.

Na procura de soluções para viabilizar o encontro dos estranhos morais, Braz, sustenta a importância da visão da bioética, ao se distinguir da ética tradicional, por valorizar o contexto e a diversidade dos grupos sociais nas discussões éticas, ou seja, respeitar as diferenças sem cair no niilismo ou no relativismo. A autora prioriza o exercício de um diálogo multicultural que *“busca interpretar o contexto de cada cultura que tenha como objetivo vencer distancias entre o ‘nós’ e os ‘outros’ (p.48).* No mesmo texto ela prossegue chamando a atenção para a necessidade de aliar-se ações ao discurso para:

“[S]uperar o fosso que separa o ‘nós’, elite bem informada e economicamente privilegiada, dos ‘outros’ desmedrados, fragilizados, atingidos, sem conhecimento, sem poder, sem recursos. A coragem de deixar entrar os ‘outros’ em sua plenitude, com seu olhar que causa estranhamento, implica a possibilidade de uma escuta, de uma ação e de um voltar-se em direção aos desamparados. Sem isso as diferenças entre o ‘nós’ e os ‘outros’ inviabilizam a coexistência pacífica e a coesão social pela violência que engendram.” (p.:57)

O aspecto do desamparo ou de grupos menos favorecidos é importante, porque dentro de uma equipe há variados graus de diferenças étnicas, socioculturais, e econômicas. Para a bioética a defesa da tolerância é fundamental, pois convertê-la em um mecanismo ético e político de intervenção social capaz de provocar os limites

das estruturas de dominação e opressão significa promover a convivência entre as diferentes comunidades morais. Diante da impossibilidade de um absoluto moral, que acalme as diferenças, é inevitável a existência de conflitos. Daí a importância da tolerância em qualquer projeto filosófico que defenda o pluralismo, a diversidade e a democracia. (DINIZ, 2002)^{lxxxiii}.

A contemporaneidade, pós-modernidade (LYOTARD, 1994)^{lxxxiv}, hipermodernidade (LIPOVETSKY, 1993)^{lxxxv} ou modernidade tardia ou tardo modernidade (GIDDENS, 1991)^{lxxxvi}, que é nossa época, trouxe consigo o individualismo dos direitos e dos desejos: “o direito do sujeito ser absolutamente ele próprio, de fruir o máximo a vida” (p.9). A liberdade de escolha, sem restrições ou limites é a marca de nossa era – a era do “pós-dever”, na compreensão de Lipovetsky. Mas, ao mesmo tempo em que este autor decreta que na sociedade atual não há espaço para o auto-sacrifício nem para condutas baseadas em imperativos categóricos, ele propõe que:

“[Se] deve reafirmar a primazia do respeito pelo homem, denunciar as armadilhas do moralismo, promover éticas inteligentes nas empresas, bem como na relação com o ambiente, favorecer soluções de compromisso, assentes nos princípios humanistas de base, mas em consonância com as circunstâncias, com os interesses e as exigências de eficácia.” (p.25).

O respeito ao outro, fundamento ético inarredável, pode ser definido como o respeito à autonomia individual, como postulam Beauchamp e Childress^{lxxxvii}:

“Respeitar um agente autônomo é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. Esse respeito envolve a ação respeitosa, [...] Nessa concepção, o respeito implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas.” (ps.142 e 143)

Aqui devemos retomar Kant⁷³ que afirmava que a origem do respeito à autonomia está no reconhecimento do valor incondicional de todas as pessoas e de que todas são capazes de escolher seu próprio destino. Logo, tratar uma pessoa meramente como um meio, para atender quaisquer objetivos, é violar a autonomia.

Um aspecto a considerar no julgamento acerca da capacidade de autonomia do outro é o ato de qualificar ou desqualificar a pessoa para determinadas decisões ou ações. Uma decisão capaz é necessariamente uma decisão pela qual a pessoa possa se responsabilizar e deve ser uma premissa geral que adultos são capazes de tomar decisões. Esta capacidade é relativa e depende do conteúdo da decisão a ser tomada, trata-se de algo específico e não global.

Não podemos esquecer que muitas ações autônomas não poderiam ocorrer sem a cooperação de outros para realizá-la. Portanto, muitas de nossas decisões estão de alguma forma e/ou em algum grau submetidos a algo que nos escapa.

Outro valor a ser levado em conta é a justiça, que pode ser vista do ponto de vista formal a partir da teoria de justiça de Rawls^{lxxxviii}, na qual os iguais devem ser tratados de forma igual e os não-iguais devem ser tratados de modo não igual, privilegiando os menos afortunados. Nenhuma pessoa deveria ser tratada de modo não-igual, mesmo que seja diferente, sem que alguma diferença entre ela e as outras pessoas seja relevante e este tratamento não-igual e tenha como objetivo promover a equidade.

Sob o ponto de vista material, identificam-se propriedades ou critérios para que se realize uma distribuição justa, considerando as *necessidades fundamentais*⁸. Alguns princípios materiais foram propostos por diferentes autores, apresentaremos quatro, que nos parecem pertinentes a este estudo: 1. A cada um de acordo com sua necessidade; 2. A cada um de acordo com seu esforço; 3. A cada um de acordo com sua contribuição; 4. A cada um de acordo com seu merecimento. Estes princípios devem ser analisados e empregados de acordo com os diferentes contextos, pois não há um princípio único de justiça que seja capaz de resolver todos os problemas que se apresentam.

A justiça distributiva parte da premissa de ser necessário assegurar que o direito de cada sujeito autônomo esteja contemplado. O pressuposto ético do “respeito” é um valor universalmente aceito, e em situações concretas tem-se que ter sempre em mente que o “respeito ao outro” implica no conhecimento e na aceitação incondicional das especificidades e singularidades próprias dos sujeitos. Todos

⁸ Beauchamp e Childress (2002)^{lxxxvii} empregam esta expressão para designar as necessidades que caso não sejam satisfeitas provocarão lesão ou prejuízo fundamental para a pessoa.

devem ser tratados de forma equânime, de forma que não haja discriminação e nem exclusão.

Nossa pesquisa abarca essa reflexão: as relações no trabalho em hospital estão respeitando os valores éticos aqui destacados, tais como o respeito à autonomia – que pressupomos trazer em seu bojo a questão do respeito à dignidade do outro e seu reconhecimento – e o respeito às diferenças, base da justiça? O que significa perguntar: Nas relações de trabalho em hospital um homem vale tanto quanto outro homem, eles têm sua dignidade igualmente respeitada?

3. AS RELAÇÕES NO TRABALHO

A globalização da economia mundial, com o conseqüente deslocamento do mercado produtivo para os países onde a mão de obra é mais barata e farta, provocou grandes mudanças na regulação do mercado de trabalho. O Brasil vive um desemprego crônico e, portanto, uma conseqüente desvalorização do trabalhador, diminuição dos salários e o aumento da competição. Esta situação tem reflexos nas condutas humanas dentro das organizações produtivas (empresas privadas ou instituições públicas). Estas condutas estão diretamente ligadas à dimensão ética, pois toda prática humana se inscreve na dialética entre conflitos e cooperação, que molda as sociedades em um dado momento histórico.

Ao tentar compreender as condutas humanas que levam o trabalhador tanto a se submeter como a infligir sofrimento, isto é, a agir de modo não ético, para poder continuar participando do sistema neoliberal, Dejours^{lxxxix} concluiu que:

“O sofrimento aumenta porque os trabalhadores vão perdendo a esperança de que a condição que hoje lhes é dada possa amanhã melhorar. Os que trabalham vão cada vez mais se convencendo de que seus esforços, sua dedicação, sua boa vontade, seus sacrifícios pela empresa só acabam por agravar a situação. Quanto mais dão de si, mais são ‘improdutivos’, e quanto mais procedem mal para com seus companheiros de trabalho, mais eles os ameaçam, em razão mesmo de seus esforços e de seu sucesso. Assim, entre as pessoas comuns, a relação para com o trabalho vai-se dissociando paulatinamente da promessa de felicidade e segurança compartilhadas: para si mesmo, primeiramente, mas também para os colegas, os amigos e os próprios filhos.” (p. 17).

Dejours, nesta mesma obra, alerta para a importância de tomarmos consciência do sofrimento no trabalho e de analisarmos as estratégias de defesas que nos *“ajudam a fechar os olhos para aquilo que, no entanto, infelizmente intuímos”*⁹¹ (p.18). Algo daquilo que intuímos é a falta de ética expressa pela servidão ao trabalho, por medo de perdê-lo fazemos qualquer coisa para mantê-lo. É falta de ética ao infligirmos regras de convivência, de respeito ao outro, para se dar bem e agradar ao chefe. É falta de ética assistir calados as injustiças que se cometem com colegas. É falta de ética abusar do cargo ou da posição social para humilhar, desqualificar e não reconhecer o trabalho e a importância do outro. Fecham-se os olhos para os erros, o mal feito, os maltratos.

No processo de trabalho hospitalar, o sofrimento e suas respectivas defesas mostram-se em várias faces. A cultura do silêncio é uma delas. Com o desenvolvimento dos recursos terapêuticos a recusa do médico em falar com o doente sobre a sua doença e morte intensifica-se. Será produzida na sociedade a cultura de “poupar” e “aliviar” o doente das suas próprias notícias (PITTA, 1989)^{xc}. Mas este silêncio não poupa profissionais, ao contrário, os faz sofrer, pois não têm um espaço para refletir e discutir suas decisões – a equipe pode ser um fator protetor da saúde destes trabalhadores ao se constituir como um lugar de compartilhar sentimentos, dilemas éticos e dificuldades no lidar com o processo de morrer, porém, isto não acontece.

Um dos fatores que contribui para este isolamento é o clima de competição existente entre as categorias profissionais, ou saberes, que se agregam no processo de cuidado. Esta dimensão do corporativismo exige a preservação de linguagens próprias, preservando informações e conhecimentos específicos a salvo de “outros ouvidos”. A cristalização e encapsulamento destas “castas” profissionais acabam por configurar um imobilismo e um mutismo diante dos quais tanto a comunicação e o trabalho interdisciplinar, com a perspectiva da integralidade do cuidado, tornam-se quase impossíveis de serem conquistados¹¹. A cultura do silêncio, entretanto, é mais do que isso, inclui fingir que não se vê o que está moralmente errado em torno do trabalho.

Vieira (2004)^{xxxii} observaram em sua pesquisa que várias situações refletiam a forte hierarquização presente nos serviços de saúde. Situação permanentemente reforçada nas relações de trabalho, tanto nos canais formais de comunicação quanto nos informais, ou seja, “*em tudo o que se passa nas entrelinhas, nos comentários de fundo, nas respostas tangenciais, nos conluios e em outras formas de violência não declaradas. São pequenos incidentes que somados podem trazer desestabilização em termos de saúde mental*” (2004:146).

A violência nas relações é outro nome da falta de ética. Violência que pode se expressar de forma nua e crua ou através de fofocas, colocar o colega na “geladeira”, boicotar os esforços, passar por cima, se apropriar do trabalho alheio sem lhe conferir créditos.

Em trabalho sobre a violência presente nas relações de serviço em hospital Vieira e colaboradores (2004) apresentam a contribuição da ergonomia, através das

conclusões de Teiger. Ela assinala que os três maiores desafios inerentes ao trabalho hospitalar estão no fato de o objeto de trabalho ser uma pessoa, na diversidade de manifestações *contraintes* (pressões, exigências, constrangimentos) de tempo e na presença de diferentes profissionais que devem trabalhar em regime de cooperação. Estes pesquisadores observaram, também, quanto os diferentes laços e formas de relação interpessoal desenvolvidas nos locais de trabalho – entre grupos de pares, colegas, chefias e subalternos – desempenham um papel fundamental para a economia psicossomática e o bem estar das/os trabalhadoras/es e demonstram o valor da dinâmica intersubjetiva quando transcorrem em clima de confiança e coleguismo. Veremos, entretanto, nos resultados do campo, que mesmo sabendo-se que isto é o ideal, na prática ocorre o inverso.

Outro fator, já desenvolvido no capítulo I desta dissertação, relevante para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores da saúde é a intensidade de demandas e agressões psíquicas a que estão submetidos pela natureza do próprio trabalho. Esta situação favorece o surgimento das defesas do tipo alexítimico⁹. Vieira et al³⁶ (*ibidem*), consideram que, talvez, esta seja uma importante explicação para as observações e queixas tão freqüentes, por parte dos clientes e populações carentes, a respeito da frieza e da insensibilidade com que são atendidos. Vila e Rossi^{xci} também compreendem este processo de distanciamento como um mecanismo de defesa para evitar o sofrimento, pois os trabalhadores estão fragilizados por lidarem com a dor, a morte e a miséria (CASATE, CORREA, 2005)^{xcii}. E, acrescentamos, com a falta de ética dos colegas, com a insensibilidade dos gestores frente às necessidades deste trabalho peculiar, pelas exigências de se manter sempre sorrindo e de bom humor em nome de uma humanização no trato com os pacientes, sem que eles próprios, profissionais de saúde, sejam vistos em sua singularidade e respeitados em sua dignidade como pessoas.

A observação e o acompanhamento de profissionais que atuam em hospital levaram-nos a relacionar o agravamento deste quadro de “distanciamento” com as condições precárias de trabalho. Podemos ilustrar esta afirmação com o fato, que muitas vezes ocorre, no qual o profissional não tem equipamento ou informações

⁹ Referente à alexitimia, termo criado por Sífneos (do grego *a* que significa sem, *lexis* palavra e *thumus* que quer dizer ânimo ou afetividade) empregado para caracterizar a dificuldade de descrever as emoções ou mesmo de senti-las. Para maiores informações vide Silva e Caldeira. In: MELLO FILHO. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

suficientes para prestar o atendimento adequado e para proteger a si e a instituição acaba por passar a idéia de uma apatia ou descaso com o paciente. A repetição e freqüência desta situação intensificam o sofrimento e acabam tendo repercussões na saúde física e/ou psíquica do trabalhador.

Dejours⁹¹ chama a atenção sobre a questão da justiça/injustiça. Declara que o sofrimento do outro só desperta um movimento de solidariedade quando se tem a convicção de que ele é resultante de uma injustiça. O que impede o reconhecimento da injustiça é a postura de resignação diante de um “fenômeno” ou uma fatalidade sobre o qual não teríamos como exercer qualquer influência – a falta de leitos ou equipamentos nos hospitais e a crise do emprego, por exemplo. A dissociação entre adversidade e injustiça, sob o efeito da banalização, acaba promovendo atos que reforçam a exclusão e o sofrimento por parte daqueles que são vítimas deste processo de injustiça. Ao mesmo tempo esta adesão à causa economicista, que justifica, ou melhor, naturaliza o desemprego, as condições de trabalho perversas e a violência nas relações, funcionaria como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade, da própria colaboração e da própria responsabilidade no agravamento da adversidade. Dejours^{lxxxix} localiza a questão da justiça ou da injustiça no campo da ética e não da psicologia, pois implica, acima de tudo, a questão da responsabilidade pessoal. E complementamos, do respeito ao outro, de seu reconhecimento como pessoa.

Neste sentido Diniz^{xciii} afirma que a essência dos conflitos morais é o sofrimento, decorrente da não aceitação das diferenças, pois os temas sobre os quais a bioética se debruça estão embebidos na angústia da imoralidade, em sentimentos tão aviltantes quanto o da perda da dignidade. Desta forma, agora, nos deteremos a aprofundar as relações entre a ética e o trabalho.

O trabalhar implica em relacionar-se com outros humanos – colegas, clientes, chefias, parceiros, entre outros. É inerente ao humano a complexidade, a ambivalência e as diferenças. Sejam diferenças étnicas, religiosas, culturais, de crenças e valores, elas podem redundar em intolerância e serem motivo de discórdias, conflitos, lutas e até guerras. O encontro entre estranhos morais é o encontro de culturas distintas, cada qual com sua bagagem de valores e sua própria história. Como este encontro acontece no trabalho e quais são os fatores que o influenciam é são questões que pretendemos compreender.

Na interpretação de Sennett^{xciv}, Max Weber não considera que a ética do trabalho, configurada no homem motivado - aquele que prova seu valor moral pelo trabalho - pode resultar ou em felicidade ou em força psicológica, pois “*o homem motivado é demasiado oprimido pela importância que tem de atribuir ao trabalho*”⁹⁹ (p.126). Devemos também lembrar-nos da posição de Foucault^{xcv} de que a disciplina está relacionada com a autopunição.

Assim, talvez o enfraquecimento da velha ética do trabalho e, por conseguinte, do homem motivado seja necessário para poder-se implantar um processo de trabalho em equipe. Pois, poderíamos levantar a possibilidade de que o perfil do trabalhador motivado, que inclui uma auto-estima elevada, uma auto-imagem de trabalhador comprometido, responsável e ético, dificultaria para os colegas o colocar-se como igual. E estes poderiam não se sentir dignos de trabalhar estando no mesmo patamar que este colega idealizado, ou à vontade para revelarem-se como realmente são neste espaço, criando clima propício para a cultura do silêncio.

Para Sennett^{xciv} seria necessário substituir a ética do indivíduo pela ética de grupo, pois o trabalho em equipe enfatiza mais a responsividade mútua que a confirmação pessoal. Mas este autor não considera este tipo de trabalho uma solução, pois teria como uma de suas características a “*superficialidade degradante que assedia o moderno local de trabalho*” (p.127). Uma vez que este nível de relação permite que as pessoas evitem as questões difíceis, delicadas, pessoais ou que possam provocar ‘rachas’ no grupo. O autor está referindo-se, especialmente, às equipes que se formam para atividades específicas, no trabalho flexível, por um curto período, pois acredita que compromissos de lealdade e confiança exigem mais tempo para constituírem-se.

No período do Renascimento o homem passou a ser compreendido como um ser histórico, que se transforma ao longo do tempo. Assim, tornou-se um desafio disciplinar-se este homem em fluxo. O primeiro a tentar entender esse desafio foi o filósofo renascentista, como informa Sennett^{xciv} (p.121), Pico della Mirandola, em sua *Oração sobre a Dignidade do Homem*, apresentou o ‘*homo faber*’, ou seja, o ‘*homem como seu próprio criador*’. Este filósofo florentino afirmava que ‘*o homem é um animal de natureza diversa, multiforme e destrutível*’, e que nesta condição ‘*cabe [ao homem] ter o que preferir e ser o que quiser*’. Nossa dignidade depende de

moldarmos o mundo de novo, e não em mantê-lo como o herdamos. A grande missão do homem no mundo é a de transformá-lo, é a de criar novas possibilidades para a própria vida. É empregar sua potência para enfrentar o poder disciplinar.

Na perspectiva foucaultiana, as lutas contra as formas de dominação contemporâneas e a construção da resistência dependem de um trabalho de si sobre si, mais que de uma batalha contra uma disciplina localizada num espaço específico. Pois o poder deve ser entendido a partir de seu caráter relacional e só transformamos o mundo quando transformamos a nós mesmos. O poder é a força que constitui os sujeitos e que está presente em toda a sociedade, disseminado em todas as instituições (família, trabalho, escola, política, relações amorosas, etc.). Se o poder está em todo lugar, a possibilidade de resistência também está, uma vez que as relações de poder só se exercem entre sujeitos livres. Foucault busca esclarecer sua compreensão de poder:

“As relações de poder não são algo de mal em si mesmas, das quais devemos nos livrar, eu creio que não existem sociedades sem relações de poder, se nós as entendermos como estratégias pelas quais os indivíduos tentam se conduzir, determinar a conduta dos outros. O problema, portanto, não é de tentar dissolver as relações de poder em uma utopia de uma comunicação completamente transparente, mas fornecer regras de direito, técnicas de gestão e a moral, o ethos, as práticas de si, que permitirão, nos jogos de poder, jogar com um mínimo possível de dominação.” (FOUCAULT, 1994:727)^{lxix}

Portanto, o problema não é o poder em si, mas sim o abuso do poder. O abuso de poder pode ser definido como o ato ou efeito de impor a vontade de um sobre a de outro, causando dominação e submissão. Pode configurar-se através da coerção, que é o ato de induzir, pressionar ou compelir alguém a fazer algo pela força, intimidação ou ameaça^{xcvi}. Uma das formas mais comuns é o abuso de autoridade, que pode caracterizar-se como assédio moral. De modo geral, são atitudes que humilham, desqualificam e/ou rebaixam o subordinado com o objetivo de excluí-lo e/ou de auto valorizar-se. Não obstante, pode também ser horizontal - entre colegas de mesma hierarquia - ou mesmo "vertical ascendente" - quando tem origem num grupo de

subordinados e se dirige a seu superior direto. Portanto, não se limita a uma circunstância individual, pode assumir uma dimensão coletiva.

O assédio moral é descrito como a exposição repetitiva e prolongada dos trabalhadores/as a situações constrangedoras e humilhantes, no exercício de suas funções profissionais. Trata-se de uma forma de violência, explícita ou subliminar, que ocorre nas relações de trabalho, mais comumente nas assimétricas, nas quais predominam a desumanidade e a falta de ética, que desestabilizam a vítima psíquica e socialmente. Hirigoyen^{xcvii} alerta que os fatos isolados não parecem ser violentos, o acúmulo destes pequenos traumas é que produzem a agressão. Esta pesquisadora francesa destacou-se no estudo deste tema e definiu assédio moral como:

“[...] qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho.”(HIRIGOYEN 2002:17)^{xcvii}

No Brasil, a primeira a dedicar-se a pesquisar a humilhação vivida pelos trabalhadores foi a médica Margarida Barreto. Para ela a humilhação revela o microcosmo da dimensão ético-política da saúde dos trabalhadores e, como a saúde não se restringe somente a aspectos biopsicológicos é fundamental analisarmos esta dimensão. A autora considera que assediar significa um conjunto de atitudes que estabelecem um cerco com a finalidade de exercer domínio (BARRETO, 2003)^{xcviii}. Em sua pesquisa concluiu:

“A riqueza e a diversidade das histórias foram reveladoras de uma dimensão de saúde marcada por assimetria de poder e autoritarismo relacional, explícito na intencionalidade de desqualificar e desmoralizar, gerando um ambiente marcado pela degradação das condições de trabalho”(p.40).

Por se tratar de fenômeno comum no ambiente de trabalho, já são muitos os casos que chegam à Justiça do Trabalho. A teoria do assédio moral se baseia no direito à dignidade humana, assegurado no artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal^{xcix}. O direito à saúde especialmente à saúde mental, previsto pelo artigo 6º, e

o direito à honra, previsto no artigo 5º, inciso X, também da carta magna, respaldam a análise jurídica das situações de assédio moral.

A legislação pertinente do Estado do Rio de Janeiro relaciona circunstâncias e atitudes que caracterizam o assédio moral, tais como atribuir tarefas estranhas ou incompatíveis com o cargo, ou em condições e prazos inexecutáveis; designar funcionários qualificados ou especializados para funções corriqueiras; apropriar-se de idéias, propostas, projetos ou trabalhos; torturar psicologicamente, desprezar, ignorar ou humilhar o servidor, provocando seu isolamento, impedindo o contato com colegas e superiores hierárquicos; sonegar informações necessárias ao desempenho das funções ou relativas a sua vida funcional; e divulgar rumores e comentários maliciosos ou críticas reiteradas e subestimar esforços, afetando a saúde mental do trabalhador.

A essa lista, acrescentam-se, ainda, atitudes como a "inação compulsória" - quando a chefia deixa de repassar tarefas ao trabalhador, deixando-o propositadamente ocioso. Trata-se, portanto, de práticas que acabam por degradar as condições de trabalho, por meio de condutas negativas e antiéticas, acarretando prejuízos sociais, físicos, emocionais e práticos, para o trabalhador e para a organização.

Diante do quadro descrito das relações no trabalho urge que se implemente ações na busca de transformações. Nesta direção, consideramos que o aumento da liberdade e do respeito a autonomia possibilitam a construção de relações mais saudáveis e que atendam ao princípio da dignidade humana.

A ampliação do grau de liberdade, com que se vive a vida, depende da criação de uma estética da existência e da construção de estratégias que possam estabelecer formas mais recíprocas de posicionamento nos jogos de poder. Para tanto é necessário desnaturalizar as formas de dominação, reconhecendo que elas são históricas e contextuais. A abertura para a transformação está, então, no estranhamento e na desnaturalização das verdades que nos constituem¹⁰¹.

Nardi e Silva^c afirmam que a estética da existência preconizada por Foucault deve ser entendida como exercício de sensibilidade em relação ao mundo. Este é um dos elementos fundamentais para a prática reflexiva da liberdade, pois o julgamento resultante de processo reflexivo é intrinsecamente dinâmico e processual justamente

porque é desviado pela razão do outro. Desta forma a dimensão intersubjetiva da constituição da ética é ontogênica, pois não se pode pensar em si mesmo sem que estejamos de alguma forma nos pensando em relação ao outro.

4. O RECONHECIMENTO DO E NO TRABALHO

“A falta de respeito, embora seja menos agressiva que o insulto direto, pode assumir uma forma igualmente ofensiva. Nenhum insulto é feito ao outro, mas ele tão pouco recebe reconhecimento; ele não é visto – como um ser humano pleno, cuja presença tem importância” (Sennet, 2004:17).^{cii}

O reconhecimento tem papel extremamente importante na dinâmica psíquica do sujeito. Um dos pontos de destaque na Psicodinâmica do Trabalho é o papel do trabalho na construção do sujeito, pois o desenvolvimento da identidade e a transformação do sofrimento em prazer estão diretamente relacionados ao olhar do outro e aos mecanismos de reconhecimento decorrentes deste olhar (LANCMAN, 2004)^{ci}.

Sennet^{cii}, ao discorrer sobre a questão do respeito na sociedade moderna, discute o emprego de termos que aparentemente seriam sinônimos de respeito, mas, na verdade, referem-se a seus diferentes aspectos. Dentre eles figuram: *status*, prestígio, reconhecimento, honra e dignidade. O autor considera que prestígio e *status* não conseguem dar conta do conceito de respeito, pois *“falta algo nestes termos que transmita mutualidade, o que faz a palavra ‘reconhecimento’”*(p.73). Este autor apresenta a concepção de quatro filósofos sobre o reconhecimento:

“O filósofo Fitcher foi o primeiro a considerar o reconhecimento na linguagem jurídica, explorando como as leis podem ser contextualizadas de forma que as necessidades de estranhos, estrangeiros e migrantes sejam reconhecidas em uma constituição. Rousseau ampliou a discussão [...] considerando o reconhecimento mútuo como uma questão de comportamento social, tanto quanto de direito legal. Nos escritos de John Rawls, reconhecimento significa respeitar as necessidades daqueles que são heterogêneos; nos escritos de Jürgen Habermas, reconhecimento significa respeitar opiniões daqueles cujos interesses os levam a discordar.” (p.73)

Uma categoria fundamental na vida social, para Sennet, é a ‘honra’, porque sugere códigos de conduta e, num outro aspecto, indica um tipo de eliminação de fronteiras e distâncias sociais. Ele abraça a visão de Bourdieu sobre honra, a qual supõe que alguém honrado tem necessidade de outros para sua existência, pois é através dos olhos desses outros que se vê, a imagem que tem de si é indistinguível daquela apresentada a ele por outras pessoas.

No enfoque da Psicodinâmica do trabalho o reconhecimento abarca duas dimensões. A primeira refere-se à constatação da contribuição individual do trabalhador à organização do trabalho. Este movimento implica reconhecer a imperfeição do conhecimento e da técnica - as imperfeições da organização do trabalho prescrita - e a necessidade desta contribuição para fazer funcionar o processo de trabalho. A outra dimensão diz respeito ao reconhecimento no sentido de gratidão por aquela contribuição do trabalhador à organização do trabalho. Dejours afirma que esta face do reconhecimento raramente é encontrada na realidade do trabalho. Infelizmente constatamos a veracidade de tal fato no depoimento dos trabalhadores que participaram desta pesquisa.

O reconhecimento passa pela reconstrução rigorosa dos julgamentos de *utilidade* e de *estética* sobre o trabalho realizado. Os julgamentos de utilidade são os emitidos por superiores e/ou subordinados - linha vertical - e o de estética são proferidos pelos pares, membros da equipe ou da comunidade - linha horizontal. Estes julgamentos tratam do trabalho realizado e não da pessoa do trabalhador. Já o julgamento da qualidade do trabalho realizado inscreve-se na dimensão da personalidade, em termos de ganho no registro da identidade. Em outras palavras, a retribuição simbólica conferida pelo reconhecimento pode ganhar sentido em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo. Neste âmbito, a questão justiça/injustiça passa a ocupar um lugar central na dinâmica prazer/sofrimento, pois é em torno deste eixo que se desenvolve uma formulação em termos de contribuição/retribuição, que altera de forma significativa a relação entre o trabalhador e o trabalho^{ciii}.

O sofrimento é proveniente e consubstanciado em toda situação laboral, pois representa, antes de tudo, o enfrentamento do trabalhador com os constrangimentos sistêmicos e técnicos. Daí a importância do reconhecimento, pois é ele que dá acesso ao sentido do sofrimento no trabalho. Ao sentir-se premiado pelo reconhecimento,

quanto as suas expectativas de realização pessoal (edificação da identidade no campo social) o indivíduo pode transformar o sofrimento em prazer. Assim, a dinâmica do reconhecimento das contribuições para com a organização do trabalho compõe a problemática da saúde mental, uma vez que toda descompensação psicopatológica supõe uma hesitação ou uma crise de identidade.

É importante destacar que o próprio Dejours (2003b)^{lxxxix} apresenta outra espécie de sofrimento, aquele que surge quando o trabalhador nega o sofrimento e a injustiça que outros trabalhadores padecem no cotidiano do trabalho. Esta espécie de ‘consentimento’ (mesmo que seja apenas pelo silêncio ou passividade) faz sentir-se responsável pelo infortúnio dos outros e pode provocar mal-estar psicológico. É o sofrimento de *“perder a própria dignidade e trair seu ideal e seus valores. Trata-se portanto de um ‘sofrimento ético’.[...] É para fazer frente a esse sofrimento que recorre à racionalização da mentira e de atos moralmente repreensíveis.”* (p.72).

A luta contra a loucura passa simultaneamente, por um confronto do indivíduo com o real pelo reconhecimento de sua ação por outra pessoa. Quando um dos três componentes, o indivíduo, o real e o outro, se encontra isolado dos demais aparece o risco da alienação e da loucura. Se o indivíduo mantém uma relação com o real, através do trabalho, e este não é reconhecido pelo outro (pares, chefias e grupo social) ele está condenado à solidão. Existirá, também, a possibilidade de apresentar desequilíbrio em sua saúde psíquica. Isto pode vir a ser confundido com uma espécie de alienação mental, quando protestar ou reclamar o que considera como de direito – paranóia – ou acabar perdendo a confiança em si e a duvidar da realidade com a qual está confrontado, uma vez que ninguém a reconhece – depressão.

A conquista da identidade na dinâmica intersubjetiva do reconhecimento no trabalho diz respeito, essencialmente, à realização pessoal no campo das relações sociais. Esta relação é sempre mediada por uma ação sobre o real que mobiliza a atividade do trabalho. Como o reconhecimento implica julgamento dos pares, ele só é possível caso exista um coletivo ou uma comunidade de pares. Desta forma, o coletivo aparece como um elo de suma importância e ponto sensível da dinâmica intersubjetiva da identidade no trabalho.

A cooperação é indissociável da economia da identidade e da saúde mental no trabalho. A maioria das pessoas que gozam de saúde espera construir sua identidade no campo social por meio do trabalho. Esta esperança é tão importante que se traduz,

no plano ético, pela reivindicação de um direito à contribuição – contribuição nas responsabilidades da organização do trabalho. Assim, o problema prático consiste em não quebrar a mobilização genérica das subjetividades, oportunizando o direito à contribuição, e promovendo o reconhecimento, do outro e pelo outro. Uma série importante de pesquisas concluiu que se falta reconhecimento os indivíduos engajam-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental, com sérias conseqüências para a organização do trabalho.

As relações intersubjetivas é que delineiam o equilíbrio entre a dinâmica do reconhecimento e as estratégias defensivas contra o sofrimento. As estratégias defensivas são mecanismos que o trabalhador emprega para proteger-se do sofrimento, ao menos num primeiro momento. Elas levam à modificação, transformação e, em geral, a eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Estas estratégias podem ser individuais e/ou coletivas.

As estratégias coletivas de defesa implicam numa construção organizada e gerenciada coletivamente, pois funcionam como regras. Mas, ao mesmo tempo, que as estratégias defensivas são necessárias para a continuação do trabalho e à adaptação aos constrangimentos para evitar o adoecimento, elas também contribuem para estabilizar a relação objetiva com a organização do trabalho. O que termina por alimentar uma resistência à mudança, reforçando a acomodação .

A autonomia que reside no respeito pelos outros, deve ser livremente outorgada para que o modelo de atuação em equipe interdisciplinar possa concretizar-se. Para Sennet^{cii} a autonomia baseia-se na ligação promovida pelo sentimento de solidariedade, que supõe que aqueles sujeitos compartilham da sensação de que viveram a mesma experiência. Porém, a autonomia altera o caráter desta ligação, gradualmente os detalhes que tornam aquela experiência diferente para cada um dos sujeitos serão percebidos. Esta diferenciação ocorre sem que haja retração mental por nenhuma das pessoas envolvidas.

Ao perceber-se como alguém diferente do outro, passa-se, a saber, mais sobre quem se é como uma pessoa diferente. Diz Sennet: *“É este ritmo identificação e diferenciação que caracteriza o processo de autonomia, [...] um processo que constantemente tem que ser renovado”* (p. 145). Outro fato decorre deste: a aceitação de que compreender o outro não é possível. O autor exemplifica este processo com a situação presente no exercício da medicina e da educação:

“[N]ós outorgamos autonomia a professores e médicos quando aceitamos que eles sabem o que estão fazendo, mesmo que não compreendamos; a mesma autonomia deve ser outorgada ao aluno ou paciente, porque eles sabem coisas sobre aprender ou estar doente que podem não ser compreendidas por quem ensina ou trata deles” (p.145).

Outra questão importante é a passividade dos trabalhadores, Azevedo considera que se trata de uma contrapartida a um líder (chefia ou gerente) que desenvolveu uma postura autônoma, que sabe e pode gerir sozinho o trabalho. Seria um processo de “coisificação” dos subordinados, que estariam, nas palavras da autora,

“reduzidos ao estado de objetos passivos, dóceis e cúmplices, adeptos da cultura organizacional, fazendo-os participar como eco, bancando o papagaio, ao dizerem o que se quer ouvir. Trata-se, portanto, de manter os indivíduos em um estado de dependência e infantilização e, portanto, na condição de não-sujeitos” (p.354).

Os temas aqui desenvolvidos estão presentes no dia-a-dia dos trabalhadores de hospital que participaram desta pesquisa. Colaboram na configuração das relações no trabalho e nos movimentos de transformação dos modos de viver – processos de coisificação e/ou humanização.

5. A ÉTICA NA PRÁTICA: VIVENDO COM O NÃO RECONHECIMENTO

Os temas desenvolvidos neste capítulo foram abordados nos Grupos Focais sob a orientação das seguintes questões-chave do roteiro:

Questão-chave 3) O que os trabalhadores consideram que sejam relações éticas no trabalho?

- a) Cordialidade/educação/gentileza;
- b) Respeito;
- c) Colocar-se no lugar do outro e agir de acordo com o que ele gostaria;
- d) Agir como gostaria que agissem comigo.

Questão-chave 4) Quais são os fatores que interferem nas relações éticas no trabalho?

- a) Fatores que promovem ou favorecem a existência da ética;
- b) Fatores que acabam favorecendo ou provocando relações não éticas/anti-éticas;
- c) Como criar um ambiente promotor da ética no trabalho;
- d) Violência (organizacional, agressão física e/ou verbal, assédio moral e/ou sexual).

Questão-chave 5) A qualidade ética das relações no trabalho provocam transformações nos trabalhadores?

- a) Na saúde física e psíquica;
- b) Na motivação, compromisso e qualidade do desempenho;
- c) Nas atitudes/postura na relação com os outros profissionais e chefia;
- d) No humor e disposição para o trabalho.

Questão-chave 6) O que o trabalhador pode fazer para lidar com a situação?

- a) Estratégias de proteção;
- b) Estratégias para transformar a realidade.

5.1 Definindo a ética

Os trabalhadores apresentaram-se confusos a respeito da compreensão do que seja ética. Como vimos na literatura, aqui também este termo é usado como sinônimo de moral. Nas discussões ficou patente o quanto a pluralidade moral é motivo de questionamento e a busca por uma ética essencial, universal, é persistente:

Psi 2: O que que é ética? Porque, às vezes, o que é ético prá mim pode não ser prá você. A gente vê lá no nosso setor, que é pequenininho, a gente não tem nenhum desses problemas que vocês estavam falando, [...] Mas mesmo assim a gente tem coisas que algumas pessoas fazem que elas têm certeza de que tá fazendo o certo. Só é o subjetivo né? “Não mas isso todo mundo faz! Isso todo mundo faz, não tem nenhum problema.” E isso tá prejudicando quem tá do lado, mas a pessoa não tá nem enxergando. Então essa coisa da ética, que você toda hora tá falando, às vezes prá aquela pessoa aquilo é o ético, né? Aquilo é o ético. (...) Ah, aquilo que ela falou: ser respeitado, cuidar do outro como se fosse.... Essas coisas que a gente gostaria que fosse assim, mas eu acho que algumas vezes eu tô chateado com alguma coisa que aconteceu na minha casa e eu entro aqui e vou arrasando quem tá na frente, acontece com todo mundo, entendeu? Que tem essa coisa né! Que não tem jeito! Eu não sei te dizer assim, o que seria ético. Ah, então acho que você teria que respeitar, tem que cuidar do outro como se você tivesse cuidando de você, né! [...]

Neste depoimento observa-se que a psicóloga entende racionalmente a importância de agir moralmente e as implicações destas ações no outro, porém sua ação continua submetida aos impulsos do humor, do qual infelizmente é humanamente impossível escapar, o que não quer dizer não termos que respeitar o outro. Não se pode justificar maltratar o outro porque fui maltratado, mesmo que racionalmente consigamos entender. A definição desta participante do que seja ética está atrelada a possibilidade de universalização proposta por Kant em sua regra de ouro. Assim, mantém a compreensão de que o que é bom para mim é bom para o outro. Ao mesmo tempo, vemos uma concepção mais atual do que seja ética, isto é, o reconhecimento da existência de um outro que deseja, sente e pensa diferente de mim porque é dito *o que é ético para mim pode não ser para você*. Há um desmapeamento, dois mapas diferentes guiando o agir: aquilo que aprendi como sendo um princípio universal e o que se apresenta no mundo atual como ético, isto é, o respeitar o outro independentemente do que possa achar bom para mim, desde que não atinja terceiros.

Vemos, assim, no campo, a dificuldade em se conceituar a ética em função desse desmapeamento, dessa transformação do que se entende por ética.

Psi 1: Uma vez eu ouvi uma coisa bonita. Eu ouvi uma coisa muito legal: “Ser ético é estar o tempo todo se perguntando se está sendo ético o suficiente.” É meio complicado e simples ao mesmo tempo, né? Porque entra na questão da leitura do que é ser ético, aí entra a questão do que é prá mim para o outro não é, às vezes eu acho que estou sendo e na verdade posso não estar sendo. Porque a ética, ela te coloca em relação com o outro. Mas tirando o bonito, eu acho que ser ético dentro da relação de trabalho é eu estar atendendo aquilo que as minhas especificidades profissionais têm como demanda. Ou melhor, se eu estou ali atendendo ao profissional, lidando com meu colega de trabalho é a minha profissão que vai permear essas relações, se eu estou sendo o profissional suficientemente razoável ou o colega de trabalho suficientemente razoável. Ficou mais complicado, mas eu acho que é isso.

Méd 2: Acho que exercer a alteridade é um desafio da ética. Eu acho que é assim, se você tá o tempo todo exercendo alteridade: “Será que se eu estivesse no lugar dele como é que eu taria vendo?” Essa é uma boa maneira de você ver se você está sendo ético. Mas eu acho que tem uma coisa que nos une aqui: o fato de trabalharmos no hospital. Então assim: tem uma ética no trabalho da gente que é comum, que a gente tá aqui porque vai atender o paciente. Nosso trabalho final diz respeito ao cuidado do paciente, posso ser alguém que troca a lâmpada, mas isso faz parte de toda uma cadeia de serviços. Então a gente tem uma ética com esse compromisso, acho que essa ética é a central que nos une, todas as categorias aqui dentro. Então do ponto de vista da minha ética é a busca desse compromisso verdadeiro com essa questão. “Será que eu tô fazendo o melhor, isoladamente e em conjunto com as pessoas, para esse objetivo muito claro que a gente tem aqui, que é cuidar da saúde das pessoas?” Para mim isso é a tendência ética central, está permeada com essas outras éticas, da relação de trabalho com as outras todas categorias.

Enf 2: Eu acho também que é o fato da gente procurar agir dentro de um princípio que você não vai prejudicar o outro, que você vai sempre procurar respeitar, ouvir o outro, procurar fazer o melhor já que você é um profissional para cuidar da saúde. Então eu acho que, como o João falou, a gente tá perpassando por todo esse processo relacional, com o colega, com o paciente. Enfim, eu acho que tudo isso, todo esse processo, tem várias éticas dentro deles aí. É meio complicada essa questão da ética, mas ... conceituar, entendeu? Agente falar o conceito assim...

Téc 2: Acho que tem muito a ver com os nossos princípios de educação que você aprendeu dentro de casa, com que você conviveu a sua vida inteira e que você vai exercitar a sua profissão com dignidade. Acho que não tem ninguém que aja de má vontade que não sabe que tá fazendo de má vontade.

[..]

Enf 1: Na verdade eu fico pensando que ética para mim é um fundamento que eu uso na minha vida, que para alguns pode até parecer piegas, que é o princípio da ética cristã, que é amar o próximo como a ti mesmo. Eu acho que é daí que surge tudo, né? É você olhar o outro com esse olhar de esse é meu próximo, esse é meu próximo, esse é meu próximo. Então eu acho que isso é o fundamento que rege todas as relações, de trabalho, de família, de, enfim...

Ass Soc: Até você se ver no outro, quando eu me vejo nela eu não vou fazer uma coisa para agredi-la, que venha prejudicá-la ou que venha trazer qualquer problema a ela porque poderia ser eu. É você ter uma autocrítica, porque as pessoas criticam o tempo todo os outros, mas elas não são autocríticas, não se vêem: “Como está sendo a minha prática? Como está sendo a minha conduta? Como é que eu tô agindo com o outro?” É a partir daí que você vai criar essa ética. Até quando o João colocou existe a ética entre os pares, em algumas categorias, alguns pares são éticos entre si, então quando alguém fura ele está sendo antiético. Então a ética é muito subjetiva. O que eu entendo de ética, o que é para mim esta transparência, o que é para mim esse respeito? Isso acaba prejudicando um entendimento maior do que é uma ética. Então essa pessoa tá sendo anti-ética, será que ela não percebe isso? E quando você chegar para outro e disser: “Isso não é ético. Isso não é legal”. Aí começa aquele embate, isso não é legal.

A psicóloga, ao trazer a frase “bonita” traz a ética como processo de reflexão sobre o comportamento. Neste mesmo sentido a assistente social chama atenção para a autocrítica como análise reflexiva da própria conduta. É interessante notar como o espaço grupal proporciona este processo. Ao mesmo tempo os trabalhadores (psicóloga, enfermeira e médico) associam ética à competência técnica, nas palavras da primeira: ao desempenho “suficientemente razoável”. Eles também declaram que a ética implica em relação e preocupação com o outro, em alteridade. O médico chega a vislumbrar que se colocar no lugar do outro é buscar compreendê-lo a partir do referencial deste outro, iniciando uma ruptura com a regra de ouro Kantiana. Ele continua em sua livre associação e constata que seu objetivo de cuidar dos pacientes, que poderíamos denominar de sua escolha autônoma, depende do compromisso de outros para concretizar-se. Então conclui que há uma “tendência ética central” que depende de outras éticas, de outras categorias profissionais. Estaríamos diante da negociação com estranhos morais para viabilizar a execução de um projeto em comum? Cremos que sim.

A discussão se desenvolve em direção a pluralidade moral, ao relativismo ético e aos conflitos de interesses e valores dos diferentes grupos:

Méd 2: Têm muitas éticas. A ética, por exemplo, de não furar o esquema. O esquema tá todo arrumado, entendeu? E aí o cara fura o esquema da gente, isso é antiético.

Ass. Soc: Mas o nome disso é ética?

(O grupo ri)

Méd 2: Mas tem uma ética subentendida nessa história! Claro que tem uma ética! Não tem uma ética só para o bem, tem uma ética **para o mal**. Eu acho que tem uma ética, que não necessariamente ...

(O grupo todo fica mobilizado e se expressando)

Enf1 :Até os mafiosos têm uma ética!

Méd 2: Isso!

Enf 2: É lógico...

Téc 1: A deles, né?

Enf 1: A do grupo deles! A do grupo deles lá! Mas eu acho que a gente não tá falando dessa ética!

Méd 2: Mas eu ...

Méd 1: A gente tá falando da ética global, mas até essa (“do mal”) existe também.

Alguém: É existe também!

Enf 1: O emprego da palavra desta forma (*o grupo fica em silêncio*), eu acho que é um desvio, na minha forma de entender ética. Usar ética prá você dizer: “Ah, não pode furar o esquema!” Eu vejo um desvio aí.

Méd 1: Mas não deixa de ser uma ética (enquanto norma de conduta). É um desvio, mas não deixa de ser uma ética.

(Volta o burburinho)

Ass. Soc: Eu vejo um desvio.

Alguém: Muito complexo, gente!

Téc 2: Por exemplo, se aproveitar da sua posição, a pessoa tem um cargo importante e se aproveitar disso para fins próprios. Como os políticos fazem muito, né..

Téc 1: Isso aí é falta de ética total!

(risos)

Enf 1: Um princípio norteador seria: Estou causando mal a alguém? Se tá causando mal a alguém não é ético.

Ass Soc: Eu concordo com você!

Enf 1 continua: Mesmo se dentro de um grupo tem um acordo, a gente sabe que tem os acordos, mas alguém tá sendo prejudicado com isso? Ninguém tá prejudicado por isso? Nesses pequenos acordos alguém sempre sai prejudicado, alguém tá trabalhando mais para você não trabalhar, você vai sair mais cedo, alguém vai ficar mais, enfim... Eu acho que o princípio é esse: Tem alguém sendo prejudicado? Tem alguém sendo lesado? Então já não é ético.

Os acordos feitos entre categorias específicas são questionados. Mas cabe refletir: Será que outros grupos/categorias também não possuem acordos? Nesta instituição existe um acordo explícito sobre a redução efetiva da carga horária de 40 horas para 30 horas, tanto que no formulário de identificação do perfil dos participantes (anexo I) alguns informaram que sua carga horária é de 30 horas semanais. Neste aspecto, o acordo é para todos. E como fica o critério por eles levantado de que se prejudicar alguém não seria ético? Os pacientes não estão sendo prejudicados? A redução da carga horária não implica na redução do número de pacientes que serão atendidos pelo serviço? Será que só não é ético quando nós próprios não estamos sendo beneficiados com tais acordos? Cabe lembrar que para os utilitaristas uma ação é moralmente correta quando maximiza a felicidade ou o bem estar para o maior número de pessoas. Já para Kant ela é boa de acordo com suas motivações.

Assistimos aqui uma discussão em que a palavra ética é muito mal empregada, mas faz parte do senso comum. É a questão discutida em bioética sobre o “código de ética dos piratas”. Para os piratas havia um forte código que não podia ser rompido sob pena de punição. Entretanto, não se pode considerá-lo um código de ética, porque ele fere o que seja a definição de ética como conjunto de regras, condutas e atitudes que visam promover a convivência harmônica dos seres humanos, protegendo-os e regulando os casos de conflitos. O que podemos sintetizar como não fazer mal aos outros. Assim não se justifica usar a palavra ética para as

condutas corporativas esquecendo-se das ações que podem implicar em dano para outros.

5.2 O Estranho (Moral) e o Diferente

Nos encontros dos Grupos Focais, em várias oportunidades surgiu a questão do sentir-se estranho, do ser diferente e da dificuldade de lidar com tal situação e de, ao contrário, como é reconfortante e seguro estarmos entre iguais (amigos morais).

Psi 3: É, todo mundo está interessado é nisso, talvez de encontrar no dia-a-dia os próprios pares, outras pessoas que fazem a mesma coisa ou que ...

Méd 3: O volume de trabalho é grande, você fica absorvido! Eu acho que aí entra um pouco a discussão de tentar alguma forma de integrar. Eu acho que é uma visão interessante da instituição, tentar integrar.

(Todos falam ao mesmo tempo)

Psi 3: E cada setor tem sua forma de trabalho! Tem sua rotina, sua cultura de trabalho instituída, apesar de ser dentro da mesma instituição, mas cada um tem uma cultura, formado por aquele, aquelas pessoas, dentro daquele lugar, com aquelas pessoas. Às vezes, quando existe necessidade de partir daí para um outro, para uma outra coisa, de um determinado serviço ou setor, a gente encontra, às vezes, necessidade de entendimento para determinada coisa. Tipo: “Não, eu não posso ser atendido da maneira que eu desejo porque ali existe algo estabelecido, algo pronto, que vai marcando mesmo as diferenças.”

Ass Soc 3: Marcar território mesmo, né.

No outro grupo, constatam a pluralidade moral:

Méd2: Mas tem mais de uma ética aí.

Psi 2: Tem, tem ...

Méd 2 continua: Acho que tem a ética entre pares, claramente existe uma ética entre os médicos

Alguém : Individual também

Méd 2 continua: Não, tem uma ética individual, uma ética entre os pares e uma ética entre os não pares. E eu acho que, ouvindo vocês falando de trabalho multidisciplinar, eu acho que essa ética entre os pares, ela é esse desafio mesmo de, sabe se não fica tudo partido. E esse acho que é o desafio. Quando a Josefa falava que o gestor faz diferença, o chefe faz diferença, o chefe ele tem esse desafio ético de no trabalho conseguir fazer que essa liga possa acontecer.

Algumas falas demonstram que os trabalhadores conseguem perceber que este é um processo de naturalização, que deve ser revertido, nos moldes em que Foucault propôs:

“É como se fosse, como se fosse natural aquilo ali, aquela forma de se posicionar não ética fosse natural mesmo, por que: ‘Ah, eu me benefico também, se eu for mexer com isso o que vai acontecer com os meus

esquemas, meus isso, meus aquilo...’ Então as pessoas meio que se acomodam, de uma tal forma que parece que é uma cegueira generalizada, ninguém mais vê como as coisas deveriam ser e você começa a se sentir meio estranho no ninho.” (Enf 1)

“Essa coisa do isolamento que vira quase que uma alienação, por conta de uma geografia cheia de compartimentos, que aparentemente não são passíveis de um vazamento, de uma visão geral. Eu acho que é uma coisa que eu constato desde sempre. Na minha escola secundária era assim, nos primeiros empregos, né. Tudo há alguma coisa que faz com que haja a possibilidade do estranhamento, você vê o outro como um estranho e o estranho como ameaça.” (Méd 4)

“Várias coisas assim que me lembraram de coisas que têm a ver com a minha experiência né? Quando elas falaram da questão da tecnologia “A! “Porque a assistência está mais relacionada, nós da assistência estamos mais relacionados, mais próximos da tecnologia.” Aí o setor de psicologia tá mais, hé ... Por que que tem que ser isso ou aquilo? Não pode ser isso e aquilo? Isso é que eu não consigo entender, porque o que a gente aprendeu foi isso, o que eu aprendi, pelo menos, foi isso. Não precisa ser uma escolha, né? Por que que a gente precisa tá sempre escolhendo? Ou é a tecnologia ou são os valores, o cuidado. Então isso é um conflito muito grande que eu tenho e não consigo, às vezes, nem parceria para discutir essas coisas. Eu me sinto meio falando sozinha, né. Dentro da minha ilha né? Porque eu estou dentro (do setor), mas a minha ilha é mais ou menos assim.” (Enf 1)

Eis aqui retratada a vivência de estranhos morais. A sensação de ser visto como estranho, “como ameaça”, originando a vivência da solidão e do isolamento. Poderíamos dizer que ser estranho é a mesma coisa que ser diferente. Só posso dialogar, trocar experiências e construir projetos em comum quando eu vejo o outro como a mim mesmo (LÉVINAS, 1988)^{civ}. No caso em estudo, é com o diferente que tenho que trabalhar em equipe e, portanto, com o estranho moral. Isto não é uma tarefa fácil, mas é fundamental, pois é a diferença que dá sentido ao trabalho conjunto e possibilita a concretização da atenção integral.

O médico, em sua fala, demonstra sua percepção de que o isolamento pode ser o início de um processo de alienação mental. Daí a ênfase que a psicodinâmica do trabalho dá ao reconhecimento pelos pares no equilíbrio psíquico. Ao ser reconhecido pelo coletivo o isolamento torna-se impossível.

5.3 O descompromisso: enigma a ser decifrado

A instituição tem uma missão, com a qual todos os participantes da pesquisa sentem-se compromissados. Uma questão que está presente no dia-a-dia dos gestores é de como lidar com os trabalhadores que não estão comprometidos com o trabalho. Dentre os participantes vários já viveram o papel de gestor e outros experimentam as consequências desta postura dos colegas como sobrecarga de trabalho:

Médico 2: Eu sinto um pouco como se as pessoas não acreditassem mais nas práticas democráticas de trabalho. Como se estivessem um pouco cansadas, essa coisa assim: - “Ah! As pessoas não são muito comprometidas, aí não adianta fazer isso porque ninguém vai vir para discutir.” Mas quando você não faz aí você é acusado de autoritário e quando você é gestor você está dum lado e quando você tá no local você se vê no papel contrário. [...] Então eu sinto um troço assim: esse exercício, essa prática cansativa e muitas vezes desanimadora, mas que ela é a única maneira que eu conheço de agregar as pessoas e de você ter como rebater as críticas de uma maneira, sabe democrática; não todo mundo pode falar, todo mundo... e aí isto é uma forma de incentivar o diálogo. As pessoas perdem a primeira vez, perdem a segunda mas depois: puxa o cavalo passou e eu não montei, passou de novo e eu não montei agora eu vou, que essa é uma prática que eu sinto falta né?. E dessa maneira você consegue construir relações que são mais éticas no sentido de que você deu oportunidade de todo mundo se unir, não teve o ego, sabe teve também a troca, teve escuta e eu acho que isso facilita essa ética, que eu concordo com você, não pode ser uma ética lá fora e uma ética aqui dentro, mas essa democracia nessas relações eu acho que é uma coisa que falta.

Pesq: O que que você acha que acontece que as pessoas não comparecem às reuniões?

Médico2: Eu acho que uma questão ética, que é para mim muito forte, da ética do compromisso com o trabalho. Eu acho que essa é uma questão que interfere na relação ética que você tem com os colegas. Quando você trabalha com pessoas que têm compromissos éticos diferentes com o serviço isso interfere na relação, então isso acaba, isso gera grupos e gera conflitos. Se você tem um compromisso ético com o bem fazer, com o que eu entendo qual é a minha missão no trabalho, eu acho que isso faz diferença na maneira como eu encaro o compromisso ético do outro, se é um compromisso muito diferente isso tende a gerar algum tipo de conflito, né? Eu acho que isso é uma questão importante.

Pesq: Vocês falaram que a ética seria uma só, como são esses compromissos éticos diferentes?

Médico 2: Eu acho que têm pessoas que se sentem mais compromissadas com a missão do serviço, se é que está clara a missão do serviço. Eu acho que têm pessoas que se sentem mais dispostas, que dão mais, investem mais na qualidade do seu trabalho, se esforçam mais para fazer essa relação e chegar e dizer: Olha tem essa paciente assim, assim, como é que a gente vai fazer? E tá dentro da comunicação essa comunicação com os outros serviços, porque eu posso só ir lá ver, anotar na papeleta virar as costas e ir embora, ou eu posso ter o compromisso de achar assim: é bom dada a especificidade do caso, procurar o setor de psicologia e vou falar com o pessoal do setor de psicologia: Não sei se a agenda de vocês tá difícil, mas esse caso é uma caso que tem essas complicações, ou então chegar para enfermagem e dizer: Olha, essa pessoa não pode ficar assim. Quer dizer, isso pra mim é a diferença do compromisso ético com o trabalho. Você pode ir lá, ver o paciente, prescrever o exame. Virou as costas você não resolveu o problema. Acho que esse compromisso ético, para mim é esse compromisso que garante que a questão se move, que você dá um passo a frente.

Eis que o enigma aparece:

Psi 1: Eu sou um pouco pessimista sabe? Eu penso assim, no lugar de gestor atualmente, pela segunda vez, dizem que é errado, mas... (risos). Eu sou um pouco pessimista diante do vício, né? As pessoas falam essa história: Ah! Serviço Público... Existe o vício sim, a falta de compromisso. Eu acho que é uma coisa que

tá em relação à ética. Tem pessoas totalmente descompromissadas, que não adianta. Eu aprendi com a minha amiga Ana, até antes de ser chefe, que têm algumas coisas que são administráveis e outras que não são administráveis, que não adianta, que você não vai mudar o outro, que a subjetividade tá presente sim. Muitas vezes o sujeito se prevalece dessa subjetividade. Ah, não vai dá férias não? Não conte com esse indivíduo que ele não vai aparecer.

Méd 2: Mas qual é a resposta ética a esse dilema? Como é a gente lidar eticamente com a falta de compromisso? Porque esse é um enorme problema em todos os lugares. Então como que você consegue, assim, enfrentar, sendo gestor, enfrentar eticamente o descompromisso do funcionário?

Assistimos a uma espécie de anomia (DURKHEIM, 1973)^{cv}, entendida como estado de caos e ruptura, caracterizando um período de dissolução ou ausência das normas e regras sociais. Nesta situação a tendência é que cada um só considere a si mesmo como medida da ação. A origem deste estado de debilidade da coesão e harmonia social e da autoridade deve-se à divisão social do trabalho, pois a especialização e a fragmentação dos processos implicam na individualização e no isolamento do trabalhador, que não mais realiza o trabalho coletivamente e, portanto, perde a visão do todo. Esta individualização/especialização fragiliza o sentimento de solidariedade diminuindo a interação social necessária para o desenvolvimento e/ou manutenção do consenso e do sistema de normas comuns (QUINTANEIRO, BARBOSA, OLIVEIRA, 1996)^{cv}.

Ao falarem sobre os novos concursados que estão chegando à instituição revelam as preocupações e o desejo de despertar o compromisso com o trabalho, com a missão, nestes profissionais:

Enf 3: Estamos recebendo quantos profissionais novos na instituição?

Ass soc: 200

Enf 3: E a gente não está nem minimamente preparado para estar recebendo esse povo.

Méd 3: Eu falei isso lá no Departamento: ‘O departamento só tem duas situações, ou essa turma vai trazer muito benefício para o hospital ou vai ser muito ruim.’ Porque a forma que você absorve as pessoas na instituição é muito ruim. Aí você vê o quadro profissional do departamento, tem que receber essa turma e aproveitar essa turma assim e dizer: “ Olha faz com vontade mesmo! A gente gosta do que faz, ter essa indignação! Olha é um lugar que eu gosto de trabalhar!” Não é deixar acontecer como, por exemplo, aconteceu no Estado, todo mundo queria ser funcionário público, hoje em dia ninguém quer. Então eu não quero trabalhar num lugar assim. Eu quero ver esse gás, essa indignação. Você vê um paciente e dizer está errado esse paciente aí, ele não pode ficar no leito, na cama, não pode ficar no chão. Depois você acostuma num lugar desse e ainda vê o cara morrendo passando de frente. Isso não pode acontecer aqui. Esse orgulho é que tem que criar no pessoal que está entrando. Nós somos diferenciados nesse aspecto, te preocupa com o paciente mesmo.

O atendimento, ter aquela indignação de você ver: “Olha está errado, eu não vou deixar ficar errado”. Você não se conformar com coisas que você não concorda, ter cuidado com o paciente.

Enf 3: Compreender que fazer o melhor para o cliente é uma obrigação, é um dever nosso aqui.

Méd 3: Se a mãe chegou mais tarde, pô vamos lá, vamos ver, vamos funcionar, entendeu! A neném, por exemplo, esteve lá no berçário, morreu com uma intercorrência que não deveria ter acontecido. “Efeito adverso! Ah, acontece”. Não acontece não, vamos sentar, vamos reunir para ver o que aconteceu, sem dar pau em ninguém, pelo contrário, para você crescer. “Esse caso aconteceu gente por quê?” “Ah, de repente está errado alguma coisa”. Mas ter essa indignação, não ter esse conformismo de “Ah, tudo bem.”

(vários falam ao mesmo tempo)

Enf: 3: Para gente crescer, prá gente ...

Ass soc 2: Na realidade, isso que você está falando, eu acho que a gente precisa melhorar, porque a gente tem isso, eu acredito que a gente tem isso.

De onde vem este descompromisso? O que faz com que pessoas que escolheram trabalhar cuidando do outro agora não se importem mais com este outro? No caso descrito sobre a marcação de férias vê-se o individualismo em sua essência ou será que existem outras questões que neste instante não podemos perceber? O descompromisso é um sintoma da era do vazio que nos fala Lipovetsky ou é a anomia ou o resultado de um processo de desmotivação do trabalhador? Quantas vezes será que esta pessoa solicitou férias no período de janeiro e fevereiro e lhe foi negado. Será que a falta de compromisso foi uma reação a um sentimento de injustiça? Será que atitudes anteriores dos gestores respeitaram os princípios de cada um de acordo com sua necessidade e a cada um de acordo com sua contribuição e merecimento? Não temos como comprovar, mas com certeza um processo de decisão compartilhado com toda equipe, no qual a definição de critérios seja coletiva, provocaria mudanças nesta postura descompromissada, pois, assim o trabalhador é co-responsável pela decisão. A gestão de recursos humanos no serviço público tem que criar estratégias para intervir e transformar as situações em que o descompromisso acontece. O médico pergunta como o gestor pode lidar com isso, para nós não é uma questão que se limita ao gestor, é responsabilidade e implica todos. Pois o comportamento de um reverbera em todo o serviço prestado pela instituição, é um “efeito dominó”.

Seguindo em nossa análise, vemos a paixão com que um dos médicos fala do trabalho, da garra com que defende a necessidade de envolver-se com aquilo que se faz. A preocupação com os profissionais recém chegados é pertinente, pois

demonstra que sabem que é algo que acontece dentro da própria instituição, acontece no próprio trabalho, e que pode provocar o descompromisso.

Analisemos o contraponto do descompromisso – o compromisso. Para Sennet o compromisso está relacionado à “velha ética” do trabalho, que se fundamentava no uso disciplinado do tempo. Não importava ao trabalhador o horário de sua jornada, pois a ênfase era dada às ações voluntárias e atividades auto-impostas. O autor considera que o trabalho duro em nossa época é uma virtude. O que, de certa forma, hoje é definido pelas organizações como ‘compromisso’ com o trabalho. Esta atitude, característica da “velha ética” é motivo de orgulho para os que a adotam, porém, pode ser motivo de críticas e contestações por outros membros do grupo de trabalho:

Enf. 1: [...] Eu tento, assim, me manter; às vezes tem gente que fala: “Mas você faz 40 horas, o hospital todo faz 30!?” Eu não me preocupo com as horas que eu faço, eu gosto do que eu faço! Às vezes tem mês que até eu faço 30, acontece. Mas eu gosto do que eu faço aqui. O pessoal acha que você é idiota: ‘Ninguém aqui faz isso, porque você faz isso?’ Às vezes faço muito mais de 40. Eu sinto, às vezes tentando te desestimular, tentando te minar. Mas eu falo: “Não, eu tô bem assim, eu tô feliz assim, tô satisfeita com aquilo que eu faço. Por que eu vou deixar essas pessoas me mudar, né?” Por quê? Enfim, mas eu acho que é a gente encontrar prazer naquilo que você faz. E aí sim você consegue se dedicar, fazer o melhor dentro do seu possível para aquele cliente.

Como se constata, tanto o descompromisso quanto o compromisso, podem ser motivos de crítica dos colegas. Mas porque o compromisso, no grau apresentado pela enfermeira, pode ser visto como negativo? Será que é porque ao sermos comparados não nos sairemos tão bem quanto ela? E isto supõe que passarão a esperar e a exigir de nós o mesmo comportamento? Suponhamos que na definição do período de férias de cada membro do setor estamos concorrendo com alguém como esta enfermeira se apresenta. Se o critério para tomada de decisão for baseado nos princípios de justiça elencados acima, não é conveniente que tenhamos alguém assim no páreo. Então nos parece que a questão compromisso-descompromisso envolve o grau em que ocorrem e onde nos situamos nesta escala. Se incluirmos nesta discussão a cooperação estaremos a caminho da resolução do impasse, pois se o trabalho é resultado de esforços conjuntos da equipe e o reconhecimento é baseado em critérios negociados e justos, considerando as diferenças existentes entre os membros, os conflitos e disputas não terão lugar facilmente.

Esta discussão faz-nos lembrar de uma charada sobre comprometimento, que nos permitiremos contar para pautarmos nossa reflexão sobre o assunto: Qual a diferença entre a contribuição do porco e a da vaca para um café da manhã? A vaca colabora com o leite para fazer a manteiga, o queijo e outros laticínios e o porco se compromete, porque para fazer a lingüiça e o toucinho ele morre. Será esta a diferença entre compromisso e comprometimento? Os trabalhadores que adoecem em função das angústias e sofrimento vividos no trabalho estão assumindo o papel do porco? E as organizações valorizam a vaca ou exigem o sacrifício dos trabalhadores tal como no caso do porco? Sendo a segunda opção uma possibilidade, como seria feita a substituição do trabalhador-porco? Através do exército reserva produzido pela atual política neoliberal?

5.4 (In)Justiça como estratégia de gestão

O sentimento de injustiça vivido pelos trabalhadores é uma constante, tanto em relação às atitudes das chefias, quanto em relação à valorização das atividades que realizam. Os trabalhadores sentem que existem diferenças na forma como a instituição lida com as diversas categorias profissionais no que se refere aos direitos e às obrigações:

Méd 2: Mas você não acha que é uma questão do valor, do valor Ético? [...] O valor da equidade? Eu acho que direitos diferentes, para profissionais diferentes acaba criando uma questão ética entre as categorias. E mesmo entre a mesma categoria você vê que tem gente que tem direitos diferentes. Então você vê que é um problema que acaba tendo uma repercussão ética.

Méd 1: Eu acho que as pessoas, as chefias podem até achar que as pessoas não são iguais, mas pelo menos que ache que as pessoas são tão necessárias quanto

Alguém completa : quanto elas são.

Méd 1continua: elas são.

(Muitos falam ao mesmo tempo)

Téc 1:Cada um no seu posto, mas com a sua importância devida.

Enf 1: Ele achar não!

Méd 1: Ele tem que saber!

Enf 1 :A gente não pode partir de um pressuposto que ainda é anticonstitucional, você tratar alguém diferente dos outros aqui dentro de uma instituição.

(Todos falam ao mesmo tempo até que a Psi 1 consegue colocar-se sob a atenção do grupo como um todo.)

Psi 1: Eu acho que quando a gente tá falando de igualdade, o papel difícil do gestor, porque a gente tá falando essa coisa da gerência, desde o gestor no sentido mais

amplo [...] Tanto para o lado daquele que tá trabalhando quanto para o que tá na gestão mais próxima, né? [...] Como a enf 1 tava falando tem coisas que você pode compartilhar com o grupo, outras você não pode compartilhar. Então você ter esse bom senso, que nem sempre é tão bom porque não pode ser bom para todos, é um desafio, um desafio muito difícil mesmo.

Em outro momento:

Téc 2: Eu acho que a ética vai mais ou menos por aí. A pessoa que é chefe, lá no setor Y, eu tive vários exemplos de falta de ética. Porque assim, a promoção dos funcionários: então os grupinhos que eram mais chegados à chefe recebiam promoção. E o restante? Isso é falta de ética, no meu entender. Porque se todos merecem ...

Méd 2: Tem que ter transparência

Téc 2 continua: Então: não existe a transparência. A escala é feita por esse grupinho, escala de serviço, sabe? Esse tipo de coisa é que não dá.

Psi2: É, sem transparência sem ética.

Téc 2 continua: tem certas coisinhas que a gente precisa identificar pra ver que realmente isso é falta de ética.

Não há como saber se de fato houve ou não injustiça quando da promoção dos funcionários. O fato é que esses funcionários vivem e ou repetem em suas falas algo, no mínimo, reprovável no comportamento dos dirigentes dos serviços públicos, isto é, uma política clientelista e fisiológica em que o mote é: ‘para os amigos tudo, para os inimigos a lei.’ Esta questão é por demais importante e está muito presente na carreira do servidor público já que os cargos de chefia são exercidos por apadrinhados políticos e quem carrega o piano são os funcionários de carreira e isto não é reconhecido na hora da promoção. O amigo do chefe, com certeza, será promovido, já os outros estarão na dependência de critérios nem sempre transparentes.

5.5 Respeito à Autonomia:

Durante as discussões criou-se um movimento de reflexão que possibilitou a percepção do processo histórico-cultural de construção de verdades e a desnaturalização das mesmas, conforme salientado por Foucault^{xcv}:

Médico 4: Às vezes eu fico achando que a gente ainda está sofrendo as conseqüências dos anos, que já se fazem distantes, mais de 20 anos, 21 anos, que a chamada Revolução acabou, mas parece que ficou alguma coisa dentro da gente que passou por aquele tempo já como adulto e que ainda guarda de alguma maneira certos cacoetes defensivos daquele período. Então, às vezes eu me vejo, quando vou em busca de uma ajuda, uma colaboração, uma resposta e a pessoa tem aquela atitude defensiva, como se houvesse uma ameaça, e na verdade eu só estou perguntando alguma coisa. É como se houvesse aquela coisa externa, ameaçadora.

(O médico 3 serve biscoitos)

Eu, às vezes quando vejo esse tipo de dificuldade, que ainda parece até comum, eu sempre me pergunto até que ponto isso ainda não é aquele intuito autoritário que a gente ainda está digerindo até hoje.

Enf 3: Eu acho isso bacana porque é esse exercício que a gente tem que fazer é justamente compreender um pouco, porque não adianta a gente criar

Téc 3, ao fundo: inimizadas. Não, vai piorar.

Enf 3 continua: uma pinimba com alguém. Tentar compreender um pouco. Ou a pessoa tem uma necessidade muito grande de exercer o poder ou de sei lá de que e aí a gente deixa então ela exercer um pouquinho ali, depois a gente vai de novo né? Tentando, eu acho que desse jeito a gente vai aos poucos se aproximando. Eu acho que essa é a busca que a gente tem que fazer, de buscar aproximação, de ter um entendimento melhor, enquanto colega, enquanto pessoa.

Ao discorrer sobre a fragmentação das funções no atendimento ao paciente, o que provoca “um jogo de empurra”, os participantes do Grupo Focal refletem sobre o papel da ética na busca de solução para este impasse:

Méd 3: Mas falta o quê? Falta uma ética.

As Soc 2: Só para completar o raciocínio. Entra a cultura da própria pessoa, entra a cultura dos valores dela, que são, que algumas pessoas têm uma resistência imensa de se livrar disso. Então quando você tenta dialogar com um ou outro profissional você vai colocar: “Sabe por quê?” “ Ah, porque não faz.” “Mas porque que não faz? Você conhece, você ouviu a história?” Quando você vai ouvir a história é a pior possível e imaginável, e aí como lidar com isso? Isso aconteceu comigo, eu falei: “Eu não assino em baixo. Se você quer desvincular paciente daqui, que é uma criança, você desvincula, mas eu não. E escreve que você vai fazer isso, porque eu também vou escrever que isso ocorre.”

Como a autonomia pode acontecer num processo de trabalho no qual cada profissional tem responsabilidades específicas sobre determinada ‘parte’ do paciente? Quem pode decidir o que fazer com o paciente inteiro, como no caso de alta hospitalar? Parece que só ao médico é permitido responsabilizar-se por esta escolha. Consideramos injusto com o médico que ao tratar do paciente diferentes profissionais sejam demandados, mas na hora de definir se o mesmo está em condições de saúde que viabilize a alta ele seja o único a responsabilizar-se por esta decisão e suas conseqüências. Sem falar do absurdo de não se levar em conta a opinião dos demais especialistas que acompanharam o caso, isto caracteriza o desrespeito ao agente autônomo, pois não reconhece o direito daquele profissional de pensar de maneira diferente. Somente o trabalho em equipe pode ajudar nesta

situação, pois como vimos a autonomia deve ter como parceira a solidariedade, que na maioria das vezes está limitada por fatores externos ao indivíduo.

5.6 As Relações, o Poder e o Abuso

As constatações de Osório-Silva (1994)^{xi} sobre o silêncio como forma de poder das categorias pôde ser verificado também através desta pesquisa, no momento em que um dos médicos ressent-se da participação de outras categorias profissionais na sessão clínica semanal do departamento ao qual pertence. Observa-se a existência de uma estratégia institucional para evitar o reconhecimento do saber que não o do médico. A enfermagem percebe o desrespeito/não reconhecimento, de forma geral, por parte da classe médica e o “silêncio-ausência” é empregado como estratégia para marcar posição:

Enf 1: “E essa coisa da participação eu vejo muito que é mais ou menos democrático, que é assim, você convida, é aberto para todos. Sabe, essa coisa da participação. É aberto para todos, todos estão convidados, mas eu só me sinto efetivamente convidada quando eu estou envolvida naquilo, se eu não tiver envolvida naquele trabalho, se aquilo vem: tem sessão toda quinta no departamento X. E aí o que se vai discutir lá? O que que tá sendo discutido?”

Téc 1: O que que eu posso dizer nessa sessão?

Enf1 continua: E eu? O que que eu digo lá? Eu sei do caso que tá sendo discutido para eu também me preparar para eu poder dizer o que eu sei sobre ele? Ou eu vou prá lá prá ficar ouvindo e se eu abrir a boca de repente podem até me dar uma rasteira? Porque isso é assim, não é que... Tá entendendo o que eu tô falando? Então assim, a democracia é assim meio que ...

Téc1: Não é muito clara.

Enf1: Não é exercida como ela deveria, porque democracia implica também em participação, você se sentir dentro da coisa para você conseguir contribuir, porque se não você vai prá lá como ouvinte, um observador só, e eu [isto] não sou. Então eu não quero isso, entende? [...] E eu acho que essa prática de construir junto é que a gente não tá sabendo construir aqui. Acho que tá faltando muito isso, um pouco de humildade, porque para você ouvir o outro e achar que o outro tem algo a dizer que contribui, que vale para você, você tem que ter um pouco de humildade, né? Sair do seu ‘Óh já sei tudo! O que essa menina aí vai querer falar prá mim?’

Como os autores apresentados neste estudo afirmaram, o respeito e o reconhecimento são fatores importantes na dinâmica das relações no trabalho. Em muitos momentos os trabalhadores mencionaram o quão pouco vivenciam estes sentimentos e as implicações desta falta. A questão do desrespeito aparece já no início da discussão:

Pesq: Como são as relações no trabalho aqui, nos setores de vocês. O que vocês acham dessas relações?

Téc 1 : Do meu ponto de vista, se ninguém quer começar a falar, deixam muito a desejar.

Pesq: Como assim, você esperava que fosse como, e não é?

Téc 1: Esperava que as pessoas se respeitassem mais. Não se sobrepujassem além do que devem, não se achassem assim tão donos do mundo e de toda a razão. Acho que isso é horrível num ambiente de trabalho. Quem diz que está sempre com a razão e os outros, eles ... Tem algumas pessoas que não erram – se enganam, os outros erram. É desagradabilíssimo você trabalhar num ambiente assim que tem uma pessoa que domina tudo e todos, sem dar ouvidos a opinião das outras pessoas que estão envolvidas no mesmo trabalho.

Pesq: É uma pessoa só que tem esta postura?

Téc 1 : Não. Uma prioritariamente, mas de modo geral tem outras também que têm a mesma conduta.

A própria noção de melhoria da qualidade do serviço está atrelada à educação no trato diário como expressão de respeito. A possibilidade de ser ouvido é apresentada como forma de ser reconhecido como uma pessoa digna de atenção, merecedora de respeito:

Pesq: Então me diz uma coisa: todo mundo estava querendo a mesma coisa. Mas que coisa é essa que todo mundo está querendo, para você?

Méd 1 Melhoria de qualidade no serviço.

Pesq: E essa melhoria da qualidade do serviço inclui o que para você?

Méd. 1 Eu acho que tem que haver respeito e educação. Eu acho que as pessoas não estão sendo educadas, não só na parte de educação, educação ...

Téc 1 complementa: Princípios né, coisas que você tem de família...

Méd 1: Exatamente. Mas também a própria educação na formação do profissional. Acho que isso tá faltando. [...] Já chegam os profissionais prontos aqui. Como poderíamos modificar, sensibilizar essas pessoas para que eles se tornassem mais educados e tivessem mais respeito com os outros?

Téc 1: Eu acho que todas as pessoas conseguem, éh ... respeitar o outro. Acho que, não sei na minha cabeça a coisa é assim, não sei se eu tô...acho que quando as pessoas conseguem escutar o outro de repente chega a um senso comum mais fácil, não sei na minha cabeça isso funciona.

Pesq: Você se sente respeitada quando? O que significa para você ser respeitada?

Téc 1: Não, não é questão de se sentir respeitada, não é nada. É dar bom dia, entendeu? Não é ... É dar Bom dia, perguntar como vai? Está tendo alguma dificuldade no seu, no seu atendimento? É isso. Não é nada desse lance de respeito hierarquicamente falando.

Em outro momento:

Enf 1: [...] respeitar as pessoas e ouvir as pessoas, acho que a principal forma de você mostrar que respeita o outro é ouvindo essa pessoa. Ver o que que ela, o que que ela é, quando você ouve uma pessoa você tá dizendo a ela que você reconhece que ela é uma pessoa, que ela tem vontades, tem desejos, que ela sabe o que é a vida para ela.

O papel da chefia ou líder de equipe na configuração das relações entre os profissionais, criando um clima de respeito ou, ao contrário, de desrespeito também foi discutido pelo grupo pesquisado:

Méd 1: É o único grupo que até hoje todo mundo é amigo, mas existia sabe, você via... o chefe, no caso, sabia se colocar como chefe, mas ao mesmo tempo se colocar amigo de todos. Eu não sei qual é a química que ele fez que ele conseguiu isso. Não sei se acontece a mesma coisa com o Carlinho (outro médico que trabalhou no mesmo lugar), mas eu quando encontro as pessoas de lá da clínica é como se a gente tivesse se visto ontem. Coisa que não acontece em até outros hospitais militares que também trabalhei. E eu passo e a pessoa ... como eu canso de falar que aqui canso de cumprimentar parede. Né, aqui, isso acontece!

Pesq: Você acha que esse clima que foi criado neste hospital tem haver com estilo do gestor, com o perfil do chefe?

Médica 1: Com certeza, com certeza. Foi a química que ele soube usar e realmente funcionou.

Enf 1: Como eu sou do mesmo Departamento da téc 1, eu acho que, eu ia colocar exatamente isso, eu acho que isso é meio contagioso, né? A a a forma como o líder, ele conduz a a o o trabalho de equipe, aquilo meio que contamina as pessoas. E sempre a gente vê que o exemplo ruim sempre parece que fala mais alto né, mesmo a gente tentando contaminar de outra forma parece que é mais difícil.

Em relação a afirmação de Azevedo^{xiii} de que a postura do gestor pode provocar a “coisificação” dos trabalhadores, remetendo-os a condição de não-sujeitos, encontramos diversas situações nos relatos dos participantes da pesquisa que corroboram com esta idéia desenvolvida pela autora:

Enf 1: [...] eu sinto muito isso que ela fala: a falta de diálogo mesmo, de ouvir né, ouvir o que o outro acha que você pensa. Vem tudo muito pronto, muito pacote, parece que é um bando de robôs...

Alguém completa: trabalhando numa fábrica...

Enf 1: E eu não sou robô eu sei qual é a minha missão como profissional e eu não quero ser robô, repetir tarefas não é essa a minha missão de vida. [...] Talvez, aí eu falo a questão da liderança por isso, quando a gente entrou a gente tinha uma outra liderança e acho que a diferença era essa: de ouvir mais, de deixar o trabalho em equipe aparecer mais, deixar o personalismo de lado né, acho que tem muito isso. Alguns egos são muito exacerbados.

No comentário a seguir, pode-se observar a diferença existente nas relações com aqueles que não conquistaram lugar de destaque e privilégios na instituição, ou com as categorias profissionais de nível médio. Esta distinção, tendo em vista o perfil da instituição, está relacionado com o saber-poder:

“Então isso parece um pouco, faz parte dessa coisa do cara vaidoso que então já não fala muito com o outro porque acha que o outro é menos e isso acho que atrapalha as relações. E eu acho que um pouco também é do ser humano e acho que aqui fica mais por que tem esse efeito do hospital que é muito esquisito...” (Psi 2)

5.7 Relações Pessoais X Relações Profissionais

Nos diálogos que aconteceram sobre as relações que se estabelecem nas equipes ficou patente a insatisfação, a decepção e a frustração dos trabalhadores com este aspecto do cotidiano do trabalho. Trata-se de uma questão paradoxal. Pois quando as relações não chegam a se constituir relações de amizade não dão o suporte necessário para desenvolver-se o grau de respeito, confiança e camaradagem necessários para a realização das atividades em clima que propicie a cooperação, o prazer e o reconhecimento do trabalho – o que contribuiria para minimizar o desgaste psíquico inerente à função de cuidar. Porém, ao serem estabelecidos estes laços de amizade, com alto grau de intimidade, as relações de trabalho são atravessadas por supostos compromissos de cumplicidade e apoio mútuo, fazendo com que as posições técnicas sofram estas influências. Estes dois aspectos, aparentemente antagônicos, serão apresentados a seguir:

Enf 2: [...] Agora não é aquela relação de trabalho como se deseja, né, uma relação interdisciplinar, uma relação respeitosa, não é isso. Eu sinto que não tem essa relação. Agora, aí para uma relação de amizade já é uma coisa muito mais, entendeu...

Enf 1 interrompe: Se não é respeitosa então não é tão profissional assim.

Enf 2: Não, estou dizendo profissional no sentido de chegarmos e trabalharmos entendeu? Não tem assim essa ...

Enf 1: Cada um por si cumprindo sua função, como se fosse uma ilha...

Enf 2: É cada um cumprindo a sua função...

Enf 2: Eu vejo assim entendeu? Eu já estou aqui há 20 anos. Eu acho que quando eu cheguei já era assim, não sinto mudança, não sinto mudança. Os grupos ainda existem, os grupinhos, tá. Posso falar pelo meu grupo de trabalho, por exemplo: somos quatro que trabalhamos, dividimos tudo, dividimos as tristezas, alegrias, os aborrecimentos, tudo. Somos amigas extra trabalho, entendeu? Mas a gente não observa isso assim, nós não somos um grupo, entendeu? Nós não trocamos, não sentimos que somos pares, entendeu? Não sinto isso.

Em outro momento aparece a dificuldade quando existe a relação de amizade pessoal:

“[...] trabalhamos juntas há 20 anos, todo mundo sabe da vida de todo mundo, é um pouco diferente porque a gente até se conhece fora daqui, conhece filho, todo mundo já casou, já separou, já casou de novo; não sei o que ... Então acaba que confunde um pouco o pessoal com o profissional. Eu acho que isso aí entra num outro, que às vezes né, embola, então você briga com uma pessoa, discute, a pessoa leva isso para uma coisa muito pessoal: - “Ah, você é minha amiga, você não poderia ter falado isso para mim”. Então eu acho que às vezes embola um pouquinho lá com a gente. O que a gente sente de problemas, quer dizer lá a gente tem milhões de problemas, mas fora esses, que acho são normais em todos os ambientes de trabalho, a gente tem dificuldades nas outras áreas.”(Psi 2)

No outro Grupo o tema aparece nos mesmos termos:

Méd 4: A gente tem dificuldade de distinguir o que é pessoal do que é profissional. Isso aí é um cacoete nosso que teria que fazer muito esforço..

Enf 3: Eu acho que isso é um ranço do serviço público...

Méd 3: Parece que a pessoa é uma dentro e outra fora da instituição Isso é incrível, uma coisa meio doida...

Enf 3: Mas eu acho muito difícil desvincular o pessoal do profissional. Bom seria se a gente pudesse compatibilizar as duas coisas de uma forma positiva. De uma forma compreensiva, tolerante para com o outro, para com o colega, né?! Eu acho que isso ajudaria bastante, se tivesse essa dinâmica entre nós!

Méd 3: É verdade, eu acho isso, como você falou ...

Psi 3: É o que a gente estava falando: é o desejado. É o desejado, todo mundo quer isso. A gente está aqui conversando e acaba que o assunto culmina para isso. Mas aí passar do desejo para a realização a gente não consegue realizar.

Ao refletirmos sobre esse paradoxo buscamos apoio nas colocações de Sennett sobre a relação entre os domínios público e privado. A dimensão pública, relacionada à cultura, é vista como artificial, ligada às convenções e à etiqueta, palco de encenação de farsas. Já no âmbito do privado as pessoas se sentiriam livres para revelarem-se, para exporem suas fragilidades, seus desejos e suas necessidades. O âmbito da intimidade estabelece um grau de verdade entre as pessoas que se torna impróprio na relação com as instituições. É provável que a explicação da dificuldade que os trabalhadores encontram em estabelecer o equilíbrio ideal entre amizade e relação profissional esteja nesta oposição entre os domínios público e privado.

A questão da necessidade de haver um relacionamento pessoal, para conseguir efetivar ou ao menos facilitar, a cooperação entre os setores, foi identificada.

[...] Para você conseguir um objetivo nosso, a gente vai ao setor uma vez e não consegue. É como ele falou, melhor você conhecer um colega e falar, do que ir naquele setor para conseguir. É um pouco complicado aqui, ao menos na minha área, a enfermagem. (Téc 3)

Conversar, falta o diálogo entre si, né? O conhecimento, que é muito difícil. Às vezes ela trabalha naquele setor e eu não sabia. Me dou com ela, mas não sei onde ela trabalha. A vejo no estacionamento, no refeitório, mas eu preciso do setor dela, mas eu não sabia, aí quando eu vou lá, está a Ana lá. Ana é você? Sou eu! Aí ela vai e me ajuda. (Téc 3)

Constatou-se que não há um espaço institucional para a troca, para discussão e renormatizações da organização do trabalho. A existência deste espaço viabilizaria um processo contínuo do cuidado do paciente, propiciando a diminuição ou, até

mesmo, a eliminação das interrupções ou mudanças bruscas no seu atendimento, mesmo quando o tratamento envolva diferentes setores. Para tentar superar esta ruptura existente, como vimos nas falas acima, o trabalhador lança mão das amizades pessoais, ou seja, emprega o “quebra galho” ou o famoso “jeitinho brasileiro”. No dizer de Dejours, são estratégias para tentar sobrepor as dificuldades impostas por este arranjo formal da organização do trabalho, sem as quais seria impossível realizar a tarefa prescrita.

5.8 Estratégias de Proteção

As relações não interdisciplinares são corporativas, cada categoria em seu nicho e cada um, individualmente, sendo afetado em sua saúde, tentando, de uma forma desesperada, se transformar para não adoecer, como bem relatado por nossa participante:

“Eu acho que tem situações que a gente acaba tendo que optar pela proteção mesmo, não tendo outra opção, né? A gente até tenta, a minha experiência é de já ter tentado algumas vezes o diálogo, tentar expressar minha insatisfação, mas ao ver que após várias tentativas, ver que não era uma questão administrável, como alguém disse aqui, tem questões que são outras não. Eu, pelo menos, parti para uma solução mesmo de defesa, de proteção a minha saúde, porque eu me senti doente. Eu sinto que minha saúde foi muito afetada, eu me sinto muito afetada por relações assim. Isso é uma coisa pessoal, minha. Não consigo viver bem onde eu vejo que as relações são muito conflituosas. Eu tento agir, mas eu não consigo ficar ali. Então minha estratégia, que eu uso na minha vida é focar a minha missão. É tipo assim: levantar todo dia para vir trabalhar e repetir para mim mesma o que eu tô vindo fazer aqui, porque é importante eu estar aqui ... [começou a chorar]. (Enf 1)

Há uma tentativa pessoal de legitimar-se no trabalho, porém, esta auto-legitimação está mais a serviço de uma defesa psicológica do que propriamente da possibilidade de legitimação, a qual só pode advir do outro. A pessoa tenta enfocar o seu trabalho, mas trabalho não é só executar a tarefa, é preciso o reconhecimento do outro – seja o paciente, a chefia ou os pares – de que seu desempenho é tão importante quanto qualquer outro. Sua fragilidade fica exposta no choro. Ela não está convencida e não consegue escapar como a psicóloga, que pode simplesmente

desistir de participar ou de ir ao setor e nada acontecerá. A enfermeira está pregada ao chão, não tem mobilidade e não consegue se impor. Aí só resta o adoecimento.

Uma das trabalhadoras ao relatar as estratégias que empregou para lidar com o sofrimento originado pelas relações de trabalho não éticas descreve este processo de busca de sua própria transformação e, porque não dizer, re-criação:

“Eu passei por várias fases. A fase do queixume dos colegas, me reunia na cozinha e conversava sobre o assunto, falava e tal, se queixava entre nós. Isso não resolvia, a gente continuava com as mesmas coisas. Depois disso eu parti para conversar com as pessoas mais superiores a mim e que também não resolvia. E aí depois eu passei a fazer o seguinte: um trabalho comigo mesma, eu fui buscar fora daqui, fui buscar Yôga, fui buscar, fazer uma faculdade para sair daquele marasmo porque eu achava que aquela categoria era problemática . Então eu falei: “Vou fazer uma faculdade para ver se eu consigo sair desse meio, e tentei fazer. Mas não é só nesse meio que existe este tipo de situação. E aí fui buscar mesmo a parte pessoal da coisa e tentei modificar a mim mesma. Comecei a me modificar enquanto pessoa e como que eu levo essas questões, como é que eu levo junto com as minhas chefias.” (Téc 2)

O sentimento de que não daremos conta de tantos temas que se inter-relacionam e interpenetram nos invade. O discurso dos trabalhadores nos mobiliza a pensar. Aqui transcreveremos as falas que expressam a questão que motivou esta pesquisa – a dinâmica das relações éticas no trabalho e suas implicações nos modos de ser e trabalhar dos trabalhadores:

“Eu acho que quando as relações não são éticas causa generalizadamente uma insatisfação na equipe. Às vezes você fica insatisfeito, mas também não toma nenhuma providência, outras pessoas ficam insatisfeitas e tentam mostrar e às vezes cansam de mostrar sua insatisfação. Acho que cada pessoa vivencia essa situação de maneira diferente, mas na maioria das vezes você acaba se frustrando, largando de mão e dizendo: eu vou fazer minha parte e o resto que continue andando sozinho. Porque não dá, você fica batendo, dando murro em ponta de faca e você acaba se desgastando e você chega a conclusão de que eu vim aqui para fazer o meu melhor para o

paciente, atender o meu cliente da melhor maneira que eu puder e o resto aí que ande do jeito que tiver que andar. Porque eu não vou mais ficar me envolvendo, me aborrecendo, me estressando e me indispondo, porque acaba percebendo que não surte efeito. [...]então você acaba ficando desgastado e mais desgastado e mais desgastado até que você cansa e vem fazer só sua parte e não tenta mais se envolver, [...] Eu tenho um monte de “esculhambose”, [...] mas eu não sei se isso tá relacionado. Talvez, as pessoas que investem mais em pesquisar mais essas coisas dizem que a gente somatiza muito e acaba absorvendo, as insatisfações acabam se exteriorizando em forma de doença. Talvez, eu não sei... “ (Téc 1)

CAPÍTULO III

HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL: RESPOSTA AOS PROBLEMAS ÉTICOS?

1. O CONTEXTO

Nos Capítulos anteriores acompanhamos de que forma o processo de trabalho num hospital pode acarretar sofrimento e adoecimento para os profissionais de saúde, bem como a presença de problemas éticos relacionados à falta de respeito à dignidade de cada membro da equipe, revelada através da ausência de reconhecimento do papel exercido por cada um na organização do trabalho. Estes problemas interferem no cuidado prestado aos pacientes, seja pelo distanciamento, seja pelas licenças de saúde que terminam por sobrecarregar a equipe, seja pelo pouco envolvimento, já que o doente acaba não sendo responsabilidade de ninguém, ficando diluído em posturas técnicas. Estes problemas, muitos deles graves, afetam a relação profissional de saúde/paciente, não só no que diz respeito ao atendimento técnico, mas também às questões atinentes à falta de um atendimento “humanizado”. Esta Situação levou o Ministério da Saúde a lançar em 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)^{cvii} e, em 2004, substituí-lo pela Política Nacional de Humanização (PNH)^{xiv}, com o objetivo de melhorar a atenção das pessoas que necessitam de cuidados em saúde. Seria uma resposta aos problemas anteriores?

Neste capítulo vamos destacar e analisar a Política Nacional de Humanização que aparece como a grande resposta para uma melhoria do atendimento ao paciente, seu maior objetivo. No entanto, acreditamos que se não houver um enfoque e uma intervenção mais acurada em relação às pessoas, que cuidam e tratam dos pacientes, muito pouco será conseguido.

Como muitos autores têm demonstrado o termo humanização vem sendo empregado com diferentes sentidos (DESLANDES, 2004a)^{cviii}. (BENEVIDES, 2005B)^{cix}. Neste estudo optaremos por desvendá-lo acompanhando suas reconfigurações em diversos contextos e momentos históricos, desde seu surgimento no Brasil, com os movimentos feministas (anos 60) até os dias atuais, com a Política Nacional de Humanização (PNH). O recorte para análise da Humanização, aqui

realizado, insere-se no campo da Saúde do Trabalhador: Quais as propostas e ações da Humanização quando o foco é o trabalhador, e a organização/processos de trabalho no hospital?

2. A HUMANIZAÇÃO COMO CONCEITO POLISSÊMICO

A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) é a primeira fonte dos princípios da humanização, pois se funda na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos. A aplicação do termo humanização no âmbito da saúde teve início nos movimentos feministas, na década de 60, como uma reivindicação no campo da atenção à saúde da mulher¹¹⁰, por isso os primeiros movimentos ocorreram na humanização do parto.

A concepção de humanizar passou por grandes transformações, basta lembrarmos que nos primeiros anos do século XX o uso do fórceps e da narcose eram práticas consideradas de humanização do parto, pois as empregavam com o objetivo de minimizar a dor. O uso irracional de tecnologia acabou impedindo a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Esta situação provocou, há cerca de 25 anos, o surgimento de um movimento internacional que busca priorizar o uso da tecnologia adequada e a qualidade da interação entre parturiente e cuidadores⁸⁵. No Brasil este movimento foi chamado de humanização do parto.

A partir deste contexto, diferentes sentidos configuraram-se para o termo humanização. De acordo com Diniz, no movimento de humanização do parto e nascimento forjou-se a acepção do termo associada ao fortalecimento da legitimidade científica através da medicina baseada em evidências, numa estratégia para superar o emprego de intervenções tecnológicas acríticas e iatrogênicas. Outro aspecto que tomou vulto foi o reconhecimento de direitos. Essa concepção está atrelada às idéias de humanismo e de direitos humanos, enfatizando a autonomia das usuárias em decidir sobre os procedimentos aos quais desejam ser submetidas. Hoje, o princípio bioético da autonomia abarca todos os campos da assistência à saúde. Para Vaitsman e Andrade^{cx} o núcleo do conceito de humanização é a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais.

Casate e Corrêa^{xcii} verificaram que nos artigos produzidos nas décadas de 50, 60 e 70, a humanização, enquanto valorização da “essência humana”, é entendida como contraposição ao “sistema tecnológico dominante”, o qual seria um mediador das relações, que as transformariam em frias e distantes. Não obstante, também era cogitada a possibilidade de conciliação entre ambas as posições. Constataram, ainda, que nesse mesmo período a humanização era identificada aos valores caritativos e religiosos, bem como às questões ligadas a estrutura física do ambiente de trabalho.

Em pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de uma UTI, Villa e Rossi encontraram a humanização do cuidado relacionada com o significado de “*amar ao próximo como a si mesmo*” representando o ato de se colocar no lugar do paciente e tratá-lo como gostaria de ser tratado. O ambiente humanizado e a noção de que o paciente é um ser humano com necessidades e sentimentos, que precisa não apenas de cuidados físicos, mas igualmente de cuidados psicossocioespirituais também foi associado, pelos entrevistados, ao conceito de cuidado humanizado.

Há também a vertente que entende a Humanização enquanto uma estratégia política de oposição à violência sofrida pelos usuários, seja física ou psíquica que se expressa nos “maus tratos”, seja simbólica, que se apresenta na dor provocada pelos trabalhadores de saúde ao não compreenderem suas demandas e expectativas. A humanização facilitaria a abordagem dessa questão junto aos profissionais. Entretanto, Deslandes ressalta que estes maus tratos são confirmados apenas timidamente pela literatura e que, portanto, não é possível afirmar o quanto essas ações são “usuais ou corriqueiras”.

A autora também menciona a existência de manifestações de violência nas quais o usuário é o agressor, e que, muitas vezes, elas seriam resultantes do desespero provocado pela dificuldade de ser atendido. Porém, infelizmente, não foi trazido a tona um outro aspecto dessa questão: o não reconhecimento dos profissionais como vítimas desse mesmo processo de não reconhecimento e da falta de compreensão do seu status de sujeito de demandas e expectativas, que sofre ao não ter condições de prestar um bom atendimento.

Os trabalhadores, como vimos anteriormente, estão vivenciando o mesmo processo de violência e desumanização que os pacientes. Neste sentido, compreendemos que tanto o reconhecimento dos usuários quanto o reconhecimento

dos trabalhadores como sujeitos de direitos, dignos de respeito e capazes de manter relações simétricas e democráticas é pré-condição para humanizar-se a assistência.

Verifica-se que a humanização, mesmo sendo um termo com diferentes significados e acepções, que podem ser antagônicos ou complementares, engloba alguns aspectos comuns que estão presentes na percepção dos profissionais e gestores. São aqueles que se referem, principalmente, às relações pessoais, bem como à melhoria da qualidade da assistência ^{cxi,cxii} (BENEVIDES, PASSOS, 2005a,b; DESLANDES, 2004^{cviii}; 2005^{xl}; PUCCINI, CECÍLIO, 2004)^{cxii} através da articulação dos avanços tecnológicos com o acolhimento. ^{cix, cxiii} (BENEVIDES, PASSOS, 2005a,b; LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005)^{cxiii}.

A relevância do aspecto relacional implica na exigência de ampliar/transformar os processos de comunicação existentes nas instituições, tanto entre profissionais e usuários quanto entre as instâncias organizacionais. Esse tema foi priorizado no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (BRASIL, 2000)^{cvii} e, também, na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a)^{xvi}. Tais documentos propõem a criação de espaços de discussão e troca para viabilizar a democratização da gestão e a concretização do modelo de trabalho em equipe.

Alguns estudos vislumbram o processo de trabalho em equipe como um ideal de integração, instrumento de inovação e criatividade (BENEVIDES, PASSOS, 2005b^{cxii}; PUCCINI, CECÍLIO, 2004^{cxii}; OLIVEIRA, LANDRONI, SILVA, 2005^{xii}; DIAS, 2005^{xxxix}; AZEVEDO, 2002)^{cxiii}. Em nossa opinião, o processo de trabalho em equipe também seria uma forma de contribuir para o homem aumentar sua potência, em termos Espinozianos, e sua saúde e seu prazer ao trabalhar.

A associação da humanização, à melhoria das condições de trabalho e à valorização dos profissionais, também está presente no ideário dos trabalhadores. Não nos deteremos nestes temas no momento, pois logo iremos dedicar-nos especialmente a eles. Porém, adiantaremos que Deslandes (2005)^{xl}, em pesquisa junto aos gestores de saúde, percebeu que o sentido menos evocado de humanização da assistência foi aquele associado às condições de trabalho dos profissionais. Apenas dois gestores fizeram tal relação e implantaram ações neste sentido, como a oferta de lanches aos auxiliares de enfermagem que moravam distante do hospital e a garantia de atendimento prioritário dos funcionários e seus familiares como forma de

valorização. A outra iniciativa relacionava-se à criação de espaços de escuta de queixas e demandas.

Não podemos deixar de registrar que o termo humanização encontra resistências, tendo Deslandes (2004b)^{cviii} questionado se a partir da existência de uma proposta de Humanização “*subentende-se que a prática de saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos?*” (p.8). Já Puccini e Cecílio (2004) afirmam que o movimento de humanização expressa a estranheza do homem diante de seu mundo e também perguntam: “[...] *já sendo as ações humanas (boas ou más) pertencentes ao homem, por que então humanizá-las?*” (p.1346).

A idealização do humano que se configura no termo humanização é demarcada por Benevides e Passos (2005a)^{cxvi} que se posicionam contra essa idealização e propõem o desafio de redefinir criticamente este conceito. Apostam na capacidade de normatização do vivo a partir da experiência concreta, considerando o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Dessa forma, a desidealização do homem implicaria na compreensão da humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de, coletivamente, transformarem realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Bernardes e Guareschi (2004)^{cxvii} apresentam a proposta de trabalhar a partir do princípio “*a humanização deles [pacientes] será a humanização nossa*” (p. 87), pois humanizar o paciente é humanizar a si mesmo, é experimentar a si mesmo de outro modo, agindo sobre si, cuidando da própria vida para reconhecer-se como ser humano singular. Acreditamos que a Humanização da Assistência só será possível através desse processo de retroalimentação, no qual usuários e trabalhadores, “humanizam-se” mutuamente. Aqui, entendemos humanizar como o movimento de reconhecimento de si e do outro como alguém capaz de ações e sentimentos bons ou maus, mas que está em busca da “*aquisição de valores que levam ao refinamento da consciência moral, da sensibilidade ao sofrimento alheio, da compaixão, da capacidade empática, da tolerância ao sentimento de culpa e à consciência da finitude e fragilidade humanas*” (ZUZMAN,1998: 946)^{cxviii}

3. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A partir de 2004, as ações do governo federal que dizem respeito ao processo de humanização da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) obtiveram o *status* de política pública. No entender daqueles que a conceberam, política pública significa acontecer de forma transversal e ser disseminada globalmente no âmbito do SUS, não se restringindo às ações ou programas específicos. O termo público é associado à produção de grupalidade e ação coletiva, na busca da afirmação de uma Política Nacional de Humanização (PNH) independente da política de um determinado governo.

Na avaliação das dificuldades encontradas no percurso de implementação do SUS constatou-se a existência de problemas em relação ao acesso; à desvalorização dos trabalhadores de saúde, refletida inclusive na expressiva precarização dos vínculos trabalhistas; ao baixo investimento na educação permanente dos profissionais de saúde; a verticalização e centralização da gestão, desapropriando o trabalhador de seu próprio trabalho, e à fragilidade do vínculo com os usuários, uma vez que os serviços e os trabalhadores não estão preparados para lidar com a dimensão subjetiva que toda e qualquer prática de saúde exige (BRASIL, 2006).^{cxvi}

A PNH foi concebida como um dispositivo de fortalecimento e de implementação dos princípios do SUS, e desde sua criação observam-se transformações no seu discurso. Em 2004, no documento “*A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*”, o termo humanizar é assim definido:

“Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho.” (BRASIL, 2004a:6)^{xvi}

Já na 3ª edição do “Documento Base”, em 2006, o conceito modificou-se:

“Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e

gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.” (BRASIL, 2006:1)^{cxvi}

Constata-se que em 2004 o foco era o resultado – ofertar atendimento de qualidade – já em 2006 percebe-se a priorização do processo – valorização dos diferentes sujeitos – sem a qual não será possível alcançar-se o resultado desejado. Os próprios consultores da PNH reconhecem a tensão existente entre duas diferentes concepções de humanização: aquela que visa tanto objetivos como resultados e a outra que problematiza os processos de produção de saúde e de sujeitos buscando a alteração de modelos de atenção e gestão. Hoje a PNH fundamenta-se nesta segunda concepção.

Outro pressuposto desta política é a compreensão de que a humanidade não é um ideal a ser alcançado, ela é construída nas práticas do cotidiano, pois a essência do humano é a capacidade de criar, de “renormalizar”.

Esta capacidade de “renormalização” é vivida pela equipe responsável pela PNH e pode ser identificada nas pequenas diferenças encontradas em cada novo documento publicado ou na nova apresentação dos consultores, como já demonstrado acima.

A PNH adota dois princípios básicos, os quais se desdobram em diversos princípios norteadores. São eles: A transversalidade, isto é, o aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, ampliando a grupalidade e promovendo mudanças nos processos de produção de saúde e de sujeitos, a partir de uma dinâmica de comunicação multivetorizada e da inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão.

Os resultados que a PNH espera alcançar incluem dois eixos, um que tem como foco o usuário e, outro que se debruça sobre a gestão. O primeiro busca a redução das filas e do tempo de espera; a identificação dos profissionais responsáveis pelo cuidado de determinado usuário; a garantia dos direitos dos usuários previstos em legislação e a ampliação de sua participação nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral. O segundo eixo visa os seguintes resultados: garantia da gestão participativa aos trabalhadores e usuários das unidades de saúde;

investimento em educação permanente dos trabalhadores e “*na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários*” (BRASIL, 2006:4)^{cxvi} e a implementação de atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores de saúde.

Para a viabilização dos princípios e consecução destes resultados foram desenvolvidos, paulatinamente, dispositivos ou “modos de fazer” que estão sendo implementados nas instituições de saúde do país de acordo com as especificidades, interesses e possibilidades de cada uma. Dentre estas tecnologias tem-se o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); o acolhimento com classificação de risco; as equipes de referência e de apoio matricial; o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde coletiva; os projetos de construção coletiva da ambiência; a visita aberta; o colegiado de gestão; os contratos de gestão; o sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde (gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação); o Programa de Formação em Saúde e Trabalho, que inclui a Comunidade Ampliada de Pesquisa; e o Programa de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde.

Veremos que a construção da PNH não ocorreu de forma linear, sendo inicialmente priorizado o eixo da relação com o usuário e sua dimensão subjetiva. A partir de 2005 passamos a observar maior investimento nos aspectos relacionados à gestão do trabalho e à valorização do trabalhador, que em alguns momentos anteriores chegou a ser visto como responsável exclusivo pela baixa qualidade do atendimento prestado à população.

4. O TRABALHADOR E O TRABALHO NA HUMANIZAÇÃO

Antes de iniciarmos a discussão sobre Humanização e Trabalho precisamos entender quem é este trabalhador na ótica dos projetos e estudos sobre a humanização. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi desenvolvido a partir da constatação de que o maior fator de insatisfação dos usuários do sistema de saúde era o relacionamento com os profissionais de saúde:

“O Ministro da Saúde José Serra, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área da saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde”. (BRASIL, 2000:1- grifos nossos)^{cvii}

Consideramos que este quadro determinou uma imagem negativa desses trabalhadores. Assim, não é de estranhar-se que em uma análise superficial o trabalhador fosse o maior, se não o único, a responder pelas mazelas do sistema de saúde.

Puccini e Cecílio (2004)^{cxii} lembram mais um aspecto na configuração deste contexto – a influência da Gestão pela Qualidade Total sobre os modelos gerenciais, que, concebida como resposta para dificuldades das empresas privadas, era transposta de forma acrítica para o setor público. A Qualidade Total considerava que não se tinha o êxito almejado na satisfação das necessidades do cliente/consumidor porque outros interesses, principalmente dos trabalhadores, *“impregnavam negativamente produtos e serviços”* (p.1343). Eles não trabalhavam adequadamente, nem priorizavam o fazer com qualidade. Ao que parece, estamos diante da concepção de homem outrora propagada pela teoria X, teoria de administração que considera que o homem tem aversão ao trabalho e deseja evitar responsabilidades, portanto os trabalhadores teriam de ser dirigidos e controlados para garantir-se a produção.

O equívoco inicial foi não compreender que o trabalhador deveria ser conquistado como aliado, e não como algo que deveria ser “consertado”. Vários estudos reconheceram que os profissionais mantêm uma relação distanciada com os pacientes. Esta postura seria uma consequência do desgaste provocado pelo próprio objeto e pela organização do trabalho, uma vez que lidar com o sofrimento e com a morte, sem condições de atender minimamente a demanda, produz grande sofrimento ao trabalhador.

A análise da Política Nacional de Humanização bem como a leitura dos artigos de Deslandes (2004a)^{cviii} e de Benevides e Passos (2005a, b)^{cxix, cxi} nos informam que uma das preocupações da PNH refere-se às condições precárias de trabalho. Estes autores explicitam que a melhoria dessas condições para os

trabalhadores e gestores é uma direção desta política. O que se evidencia é que esta melhoria dá maior relevância à infra-estrutura e recursos tecnológicos, mesmo reconhecendo que é necessário cuidar dos próprios profissionais da saúde para que a humanização seja implementada. Em documentos atuais esta postura não mais se configura. Hoje, segundo o Coordenador Nacional da PNH, em palestra proferida no INCA em 24/11/2006, os principais dispositivos¹⁰ são: o Programa de Formação em Saúde e Trabalho, Atividades de Qualidade de Vida para os profissionais de Saúde e o processo de co-gestão, que inclui a gestão colegiada e a gerência de portas abertas.

Dentre os princípios norteadores da PNH destacaremos cinco, presentes desde 2004, e um sexto incluído posteriormente, para pautarmos nosso processo de reflexão: 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS; 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade¹¹ e a grupalidade; 3) construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede SUS; 4) corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 5) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente; 6) valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Verificou-se que os profissionais de saúde exercem as práticas de cuidado excessivamente centradas em um enfoque biomédico (OLIVEIRA, et al, 2005)^{xii}, e com uma postura autoritária, na qual o paciente não é reconhecido como sujeito, e sua subjetividade, sua cultura e autonomia não são levadas em conta. A necessidade de reverter este quadro acabou fazendo com que fossem priorizadas as ações da Humanização que pudessem fazer com que os trabalhadores revissem suas atitudes e concepções.

¹⁰ No glossário do HumanizaSUS o termo 'dispositivo' significa "*um arranjo de elementos, que podem ser concretos [...] e/ou imateriais [...] mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo.*" (BRASIL, 2006:10)

¹¹ No glossário do HumanizaSUS 'transversalidade' significa a possibilidade de conexão/confronto com outros grupos ou no próprio grupo, indicando abertura à alteridade, estimulando a diferenciação dos grupos e das subjetividades. Neste processo o aumento da comunicação em rede exerce importante papel (BRASIL, 2006).

Para Campos^{cxvii} (2005) a Humanização, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas, para tanto depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Um dos caminhos que deve estar presente para alcançar-se essa mudança é o da formação, é *“prioritário que os currículos incluam conteúdos relativos aos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde”* (CASATE e CORREA, 2005:110)^{xcii}.

A importância da capacitação e do treinamento, que visam conscientizar acerca da humanização das práticas de saúde, é destacada por Oliveira et al (2005)^{xiii}. Entretanto, consideram que um resultado efetivo parece depender de questionamentos, debates, conflitos e consensos que podem ser tanto melhor compreendidos e trabalhados quanto mais se basearem no fazer cotidiano, nos afetos, diálogos e ações que se efetuam nesse rico espaço de encontros. Essa posição é reiterada nos resultados da pesquisa de Vila e Rossi que concluíram que *“[a]pesar dos profissionais terem consciência da necessidade do cuidado humano, o cuidado técnico impera no ambiente cultural da UTI”* (2002:141)^{xciii}.

Como podemos perceber, então, a formação e capacitação dos profissionais aparecem como o “remédio para todos os males”. Campos (2005)^{cxviii}, desenvolvendo esse tema, nos alerta para o risco de cairmos em explicações simplistas que apresentariam como solução *“a catequese ou sensibilização dos trabalhadores de saúde para que adotassem posturas e comportamentos ‘cuidadores’”* (p. 398).

A noção de que não há como humanizar o atendimento sem transformar a realidade do trabalho em saúde aparece no trabalho de Benevides e Passos ao afirmarem *“que não há como mudar os modos de atender a população sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação”* (2005a: 392)^{cxix}. Eles assumem como um importante desafio a alteração dos modos de fazer e de produzir no campo da saúde, enfrentando o *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo.

A Humanização preconiza a autonomia e o protagonismo dos atores envolvidos na produção da saúde, porém Benevides e Passos apontam que os próprios trabalhadores apresentam-se *“passivos no exercício de seu mandato social”* (2005b:566)^{cx}. Acreditamos que precisamos entender melhor como os trabalhadores chegaram a esta passividade, pois várias teorias, com as quais concordamos e cujos

conceitos fundamentam a própria PNH, vêem o trabalhador como um ser intrinsecamente criativo e transformador.

A ergologia apresenta o trabalhador como gestor de seu trabalho, atuando criativamente diante das variabilidades. Como vimos com Dejours, o trabalhador está sempre criando estratégias, tomando iniciativas e decisões para conseguir dar conta do trabalho. Então o que está acontecendo para que os trabalhadores apresentem-se passivos? Merhy (2006)^{lx}, ao desenvolver o conceito de trabalho vivo em ato, nos ajuda a responder esta questão. Ele afirma que o contexto organizacional pode afetar essa potência de criar e agir. Alerta que esta potência pode ser capturada pelas forças instituídas. Dejours, nesta mesma direção, diz que a questão é descobrirmos como fazer para que a mobilização espontânea da subjetividade não seja bloqueada no trabalho.

Assim, quando vivenciarmos o dia-a-dia de um serviço de saúde e a sensação de uma passividade reinante invadir-nos, devemos entendê-la como um sintoma e buscar compreender os fatores que a estão causando. Estes fatores é que devem ser o foco das ações do HumanizaSUS.

Em Grupo de Escuta que realizamos com trabalhadores de saúde verificamos que eles próprios vêm-se como impotentes e passivos diante da cultura e das exigências institucionais. Sentem-se enfraquecidos e, por vezes, chegam a adoecer diante desse quadro. Percebem a situação de trabalho como desumanizante. Casate e Correa (2005)^{xcii} associam a desumanização às condições de trabalho que acabam por mecanizar o processo, limitando a possibilidade dos trabalhadores serem críticos e sensíveis. As práticas e modelos desumanizantes são consequência da precariedade dessas condições, pois acabam por provocar falhas, estresse e defesas psíquicas dos profissionais (DESLANDES, 2005)^{xl}.

Cabe a nós lembrar que as propriedades e características humanas incluem aquelas que, em determinadas situações, são vistas como negativas e, portanto, proscritas do âmbito do humano e incluídas no desumano. Como bem frisam Casate e Corrêa ao explicarem sua compreensão de ser humano:

“Ser humano”, entretanto, não é algo idealizado. Como humanos, podemos constituir ações ‘humanizantes’ que consideram o outro em seus direitos, em

sua integralidade; enfim, em sua dignidade e, ao mesmo tempo, somos capazes também de constituir ações ‘desumanizantes’ que ‘coisificam’ o outro ou nós mesmos” (2005:110)^{xcii}.

Na revisão da literatura realizada por Casate e Corrêa (2005)^{xcii}, ao ser enfatizado o trabalhador como elemento fundamental para humanização, foi considerado “*como necessário desenvolver afetividade, sensibilidade e abertura para o diálogo*” (p.109). Elas também registraram que em artigos das décadas de 60, 70 e início de 80 era dado destaque às características de cunho caritativo que o trabalhador de saúde deveria possuir: doçura, gentileza, desprendimento e compaixão.

Para contribuir na consolidação dos princípios norteadores que dizem respeito à construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e à co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção o HumanizaSUS elaborou a cartilha “*Gestão e Formação nos Processos de Trabalho*” (BRASIL, 2004)^{cxviii} com o objetivo de qualificar os trabalhadores.

Nesta cartilha estão definidos os conceitos de trabalho, prescrição e organização do trabalho, aplicados ao contexto da PNH. Pode-se apreender nesta leitura que as teorias que lhe dão suporte são a Psicodinâmica do Trabalho, a Ergonomia Francofônica e a Ergologia e que o conceito de saúde adotado baseia-se no pensamento de Canguilhem. Este autor entende saúde como a capacidade do ser humano de se adaptar ao meio e as suas exigências, de tolerar a infração das normas habituais e de instituir novas normas. Portanto: “*Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico*” (CANGUILHEM, 1995:160)^{xxxiv}.

Assim, a PNH entende trabalho não só como aquilo que é efetivamente realizado, mas também o esforço que o trabalhador empreende nas atividades do dia-a-dia para conseguir dar conta do que foi acordado com os gestores e colegas. Neste movimento de dar conta os trabalhadores são convocados a criar, a improvisar ações, a inventar o melhor modo de fazer, pois as regras prescritas não conseguem prever todas as possibilidades e variações do cotidiano (BRASIL, 2004b)^{cxviii}.

Um aspecto ressaltado neste documento é a organização do trabalho como “*uma forma específica de agir, de se relacionar com os colegas e o estabelecimento*

de regras específicas na divisão de tarefas” (BRASIL, 2004b:6)^{cxviii}. Isto implica na regulação da atividade a partir da interação entre os trabalhadores, que realizam um conjunto de atividades simultâneas, com características diferentes e que exigem saberes e experiências específicas. *“Portanto, o trabalhador é gestor e produtor de saberes e novidades. **Trabalhar é gerir, é gerir junto com os outros**”*. (BRASIL, 2004b:7 – grifos do original)^{cxviii}.

Dentre os objetivos do processo de Formação no Trabalho estão os de compreender as situações do cotidiano profissional e de os próprios trabalhadores perceberem-se como produtores de conhecimento, através da experimentação e da problematização.

A partir da concepção da psicodinâmica do trabalho, de que o trabalho nunca é neutro em relação a saúde; da compreensão de que *“saúde é a capacidade dos humanos em produzir novas normas (ser normativo) frente às diversidades que se lhe apresentam no mundo”* (BRASIL, 2004b:8)^{cxviii} e da necessidade de construir novas relações entre os trabalhadores, que abranjam os saberes científico e prático (experiência), a PNH propôs o dispositivo da “Comunidade Ampliada de Pesquisa” (CAP):

“É uma estratégia que se consolida no esforço coletivo, a partir da compreensão do mundo do trabalho e como este pode tornar-se tanto um espaço de criação e de promoção de saúde (autonomia e protagonismo), quanto um espaço de embotamento, riscos e sofrimento. As problematizações e intercâmbio de saberes e experiências a partir do próprio trabalho emergem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo, e também analisando os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento.”^{cxix} (BRASIL, 2006:11)^{cxix}

Este modelo de trabalho foi originalmente implementado por Oddone, na Itália, nos anos 60, visando a intervenção no interior das fábricas, a contestação da situação de nocividade ambiental e a realização de negociações para a efetivação das mudanças necessárias – trata-se de uma forma específica de pesquisa-ação. Oddone^{iv} explica o funcionamento da então chamada Comunidade Alargada de Pesquisa:

“o grupo operário interessado ladeado pela equipe de técnicos [especialistas], participa ativamente como sujeito, através da ‘validação consensual’ e do ‘não delegar’, na solução dos problemas de nocividade ambiental que os modos de produção determinam [...]” (1986:28)^{iv}

No Brasil, a metodologia é empregada no Programa em Saúde, Gênero e Trabalho, realizado por pesquisadores da FIOCRUZ e das Universidades do Estado do Rio de Janeiro, Federal da Paraíba e Federal do Espírito Santo, em escolas públicas, desde 2000.

Diante desta breve apresentação e análise da PNH conclui-se que seus mentores estão embasados de um diagnóstico adequado da situação do processo de trabalho em saúde, conforme a literatura e os achados desta pesquisa. A partir deste diagnóstico ela propõe dispositivos que objetivam intervir e transformar a realidade atual da assistência. O que veremos agora é como estão sendo vivenciadas estas ações no dia-a-dia do hospital que foi campo de nosso estudo.

5. A Teoria na Prática Ainda é Outra: Casa de Ferreiro Espeto de Pau

Diante do que aqui apresentamos das propostas da PNH, no que diz respeito às transformações do processo de trabalho em saúde e à valorização dos trabalhadores, temos que reconhecer que a implementação destas propostas seria uma grande contribuição para o desenvolvimento de uma postura ética nas relações de trabalho.

Como podemos verificar, tanto através dos diálogos entre os trabalhadores como nas teorias que subsidiam o campo da Saúde do Trabalhador, a ética nas relações é fator decisivo na saúde do trabalhador, na qualidade de vida dentro e fora do ambiente do trabalho.

Porém, durante nossa pesquisa verificamos que as propostas e os dispositivos da PNH ainda não se tornaram uma realidade no cotidiano dos trabalhadores, apesar de estarmos num hospital especializado em saúde da mulher e da criança, área na

qual se iniciou o movimento da humanização. Talvez por isso mesmo, pois a proposta inicial estava voltada exclusivamente para a melhoria do atendimento prestado, com ênfase nos direitos dos usuários e no emprego de tecnologia. Existem ações, mas voltadas para o bem estar dos pacientes e acompanhantes, ainda no modelo de programas e projetos isolados.

No âmbito da gestão a instituição funciona com o modelo de colegiados, mas os trabalhadores não se sentem participantes legitimados, mesmo sendo o diretor da instituição e alguns gerentes escolhidos através de eleição. O órgão responsável pela Saúde dos Trabalhadores, na percepção destes trabalhadores, não consegue realizar ações efetivas e o serviço de recursos humanos não é visto como uma instância preocupada com as questões relativas a melhoria do processo de trabalho e a conseqüente satisfação e saúde dos trabalhadores.

Os temas que guiaram a discussão sobre a humanização do trabalho durante a pesquisa foram:

Questão-chave 7) A visão do contexto da Política de Humanização influenciando na qualidade e na ética das relações no trabalho:

- a) Valorização da ética;
- b) A proposta do trabalho em equipe;
- c) A realidade do trabalho em equipe;
- d) A autonomia dos profissionais;
- e) O que entendem por trabalho humanizado;
- f) O que poderia ser feito para tornar o trabalho mais humanizado.

Este roteiro visou atender ao quadro teórico desenvolvido. A seguir, apresentaremos alguns trechos das discussões travadas no grupo.

5.1 Como vai a PNH?

Quando o tema sobre a Política Nacional de Humanização apareceu, ocorreu uma grande mobilização no grupo, talvez pelo desejo de que esta se concretize em contraposição a frustração de suas expectativas:

Enf 2: A Política Nacional de Humanização não conseguiu, efetivamente, chegar neste Instituto.

(risos, muitos falam ao mesmo tempo)

Téc ou méd 1: Não vamos falar só desse Instituto Eu acho que não consegui chegar a lugar nenhum!

Enf 1: Iniciativas isoladas!

Enf 1: Eu vejo iniciativas isoladas de alguns grupos, de algumas pessoas individualizadas mesmo. Mas, isso **como política, na instituição? Passou longe, realmente está pedindo vaga lá fora!** Porque quando você fala em política de humanização, primeiro que você não está falando de um lado só da história, porque você tem que ver todos os lados. **Como é que você pode falar em humanização se você está vendo relações tão perversas de trabalho?** Se as pessoas estão se matando, vou falar né, porque é... Então é difícil, é complicado, então eu acho que a gente tem que fazer um saneamento básico aí para gente poder, sabe, começar a discutir a humanização da assistência. Vamos humanizar primeiro nossas relações de trabalho. Primeiro não, pode ser junto! Não precisa ser um primeiro e o outro depois. Mas vamos também discutir isso, vamos tentar ter condições melhores de trabalho, estarmos mais felizes trabalhando, prá gente poder também tratar melhor as pessoas! (grifos da pesquisadora)

Há um diagnóstico, expresso nesta fala, de que, por enquanto, a PNH está só no discurso. Ainda não são sentidos, na prática, os efeitos das ações preconizadas. Para os participantes deste grupo a questão passa primeiro pela melhoria das relações éticas no trabalho, que deveriam preceder a implantação da política ou, pelo menos, vir junto.

5.2 O sentido da humanização para os profissionais

Os profissionais de saúde entendem a humanização nos dois sentidos: o atual, isto é, percebem-na envolvendo tanto profissionais quanto os pacientes e o antigo, no qual o paciente é a única finalidade.

[...] essa questão da Humanização, é o que também é preconizado dentro da assistência, que a gente tem que dar sempre um tratamento humanizado ao paciente, né, com o paciente tem todo um lado que você tem que estar atenta, a ouvir, a atender as particularidades, ter um atendimento mais individual. Mas é assim, falando popularmente: é casa de ferreiro espeto de pau, né!? Porque a gente tá esfaqueando o colega e sendo bondoso com o paciente, então isso daí traz uma ambigüidade muito grande. (Psi 1)

Talvez, pelo fato de ser uma pessoa da área “psi”, a entrevistada coloca a importância dos dois lados do problema: os profissionais e as relações de trabalho éticas e os pacientes.

No outro Grupo Focal pode perceber-se a dificuldade dos próprios trabalhadores de pensar a humanização voltada para o trabalhador e seu processo de trabalho. Isto pode ser resultante de um processo de humanização que privilegiava o aspecto da relação com o paciente, no qual o significado de humanizar era limitado a atender melhor o usuário, sendo sensível às suas necessidades, diferenças e desejos:

Enf 3: Eu acho que o trabalho humanizado não é uma coisa difícil, desde que você se coloque naquele lugar. Eu acho que olhar para aquele que você está cuidando como se fosse um dos seus ali, eu acho que isso é humanidade, você não está vendo ele como objeto de trabalho, como uma coisa.

De algum modo, através desta fala, podemos observar que há uma incorporação do discurso da humanização, pelo menos no sentido de entender a importância de acolher o paciente, nem que seja no nível teórico. A prática já é outra coisa.

5.3 Trabalho Desumanizado-Atendimento Humanizado: Como?

Como vimos, existem questões que extrapolam o âmbito da responsabilidade do trabalhador, questões de nível macro e micro. Esta realidade complexa, que dificulta os processos de mudança, é identificada pelos trabalhadores, mas eles não desanimam por isso. Acreditam que muitas iniciativas locais podem contribuir para a melhoria das relações e para a humanização do trabalho.

“E aí as questões da humanização, que foi possível ver dentro do campo, é que existe sim as iniciativas, agora tem a situação dos limites. Estes limites estão pautados na questão da estruturação física do hospital, na falta de recursos humanos, na falta de recursos materiais, na falta de infra-estrutura, que seria esse saneamento, que acabam sendo obstáculos severos para que o trabalhador possa estar exercendo uma prática humanizada em relação ao usuário. Isso foi uma das coisas. E uma outra importantíssima, que foi possível estar avaliando, é a questão desse discurso que a gente tem em relação ao usuário, mas que a gente não vivencia em relação ao colega de trabalho. As pessoas colocam muito explicitamente isso: “O que que adianta ser, tratar o usuário de forma humanizada se o meu gestor não está me dando condições para trabalhar, está agindo de forma desumanizada também?” Então isso dificulta as relações, as relações se tornam desumanizadas. Como que a gente consegue fazer isso [mudar] eu, sinceramente, ainda, não descobri. Eu vou ter que fazer outra tese! Como é que a gente consegue receber toda uma carga de desumanização e ainda oferecer um tratamento humanizado para o paciente? Deve ter uma mágica aí nesse meio. Mas assim, dentro de muito esforço né? Porque para poder driblar todos os obstáculos que tem pela frente...” (Psic 1)

“Eu acho que não dá para falar de humanização, tudo que foi falado aqui, é tudo muito importante. Todas essas questões mais pessoais, essas questões mais superficiais da coisa, mas acho que a gente tem que ter um diagnóstico do que causa essa falta de humanização. Que eu acho que vem lá de cima, vem do Congresso, vem lá de cima, porque nós somos servidores públicos. Falta mesmo essa base que ela falou aqui, essa estruturação e isso a gente tem pressa desse diálogo, tem que ter essa participação, tem que ter essa cobrança dos que respondem por isso. Por que as portas se fecham para os pacientes, se isso aqui é um hospital de referência nacional? Porque é um hospital que tem o respeito da sociedade, mas que no fundo, no fundo, está vazio porque não tem enfermagem, falta um montão de gente, porque o fulaninho não vem e bate cartão ali e sai por a outra porta. É isso que tem que ser visto, a estrutura, o X da questão, o diagnóstico principal. Acho que é essa a questão, porque você desestrutura todas as relações nesse sentido, você não tem a base para você funcionar né? O funcionário está cheio de vontade, cheio de tesão, mas cadê? Cadê o pessoal? E a CPMF da vida que a gente paga e não tem o retorno disso? Então tem questões muito mais profundas do que se está mostrando aqui. Agora, é claro, se não tiver isso a gente não vai chegar a lugar nenhum. A gente tem que dialogar mesmo, a gente tem que colocar as coisas e a partir daí a gente tem que começar a cobrar e buscar as soluções juntos. A união não faz a força? Eu acho que é por aí.” (Téc 2)

Existe uma inferência de que, de fato, existe um processo de desumanização dentro dos hospitais. Isto é reconhecido, entretanto, esta desumanização teria muitas causas que deveriam ser levadas em consideração e entre elas destaca-se a importância de se combinar outras políticas para que a humanização aconteça. Não se sabe ao certo se primeiro há que se “humanizar” as relações de trabalho ou então, inicialmente, deve-se dar condições de trabalho para que este lado mais sensível possa emergir. Condição de trabalho, na fala desta última participante, tem a ver com o destino dos recursos financeiros prometidos para o setor saúde. O uso de impostos que, na sua idealização, deveriam ir para a saúde, acabaram por serem desviados para outras finalidades. Há uma revolta por acreditarem que mais recursos humanos e de infra-estrutura são uma saída para o problema. É como se dissessem: primeiro o pão, depois pensamos na felicidade. Numa primeira leitura pode parecer que este discurso encobre a verdadeira dificuldade que passa pela falta de reconhecimento no trabalho, pela falta de respeito e confiança que deveriam nortear as relações humanas e pela prioridade que se deve dar ao paciente. Porém, aprofundando nossa reflexão, podemos constatar que esta falta de condições de trabalho é resultante do escasso investimento financeiro do poder público e isto é a forma concreta do não reconhecimento do trabalho em saúde e, portanto, daqueles que o executam: os trabalhadores. Seguindo nesta lógica, vemos que a indignação dos profissionais com esta situação também ocorre porque ela evidencia o não reconhecimento do cidadão-paciente como sujeito de direitos, como alguém que merece ser tratado com dignidade e respeito pelo Estado. Pois, neste processo o paciente é a finalidade de todo o trabalho no setor saúde. Sem ele não haveria emprego para estas pessoas. É claro que julgamos fundamental a melhoria das condições, mas não se pode ficar restrito a isto. Outras questões também importam.

5.4 O Papel da Gestão

Uma destas questões é a do poder hierárquico e da competência dos gestores, vistas como fatores básicos para a humanização do trabalho. Isto porque as decisões, aparentemente administrativas, provocam alterações nas relações entre os trabalhadores e no desenvolvimento das atividades, que podem ter implicações na

saúde. É algo que extrapola o modelo de gestão, pois, a princípio, esta seria uma instituição com um modelo democrático e participativo. Afirmamos a princípio porque foi observado que existe um conselho deliberativo, composto pelo diretor, os vice-diretores e pelas chefias de departamentos. A direção geral e algumas chefias de departamentos e serviços são eleitas, outras não. Qual o critério existente para esta diferença? Na teoria o Conselho Deliberativo seria uma instância que representasse os interesses dos trabalhadores de cada departamento/serviço/seção, entretanto, antes de se reunir deveria haver uma reunião de toda a equipe em que todos pudessem ser ouvidos. O representante levaria as propostas. Na prática, assiste-se ao representante, no caso a chefia, comparecer às reuniões com a sua visão, sem consultar seus pares. No máximo, são ouvidos “os amigos” do chefe. Também há setores não representados ou pouco representados porque não constam da composição do Conselho Deliberativo. O poder não partilhado ou melhor, a falta de poder de algumas categorias que nunca são ouvidas, podem levar à situações desgastantes e até dramáticas, como podemos ver no diálogo a seguir:

Pesq: Deixa eu perguntar uma coisa. Na fala da Maria isso veio um pouco. Como é que vocês vêm a questão da direção, não é? A relação da direção com os trabalhadores, a postura ética da direção, vocês acham que acaba influenciando na relação entre os colegas de trabalho, da equipe?

Alguém pergunta: Como assim? Direção do hospital?

Pesq: É, direção do hospital.

(silêncio)

Téc 2: Acho que interfere sim. Inclusive teve um episódio que ocorreu na Pediatria, foi à época do contrato, que não tinha funcionário para poder tocar a pediatria. E para abrir uma UI (unidade intermediária), então tinha que ter funcionários. A direção bancou que ia contratar funcionários para fazer que aquele setor funcionasse, para abrir a UI para fazer a coisa funcionar. Só que esse contrato foi um contrato que o RH (serviço de recursos humanos) entrou em choque com a direção e a direção mandou assinar, que tinha que assinar, tinha que fazer. E acontece que sobrou para quem? Sobrou para equipe mais baixa que seria o pessoal da enfermagem, que tava ali diretamente com o paciente. Ficava três, quatro meses sem receber. E a gente que era, nós éramos poucos estafes, num desgaste imenso, psicológico, emocional de todo o tipo. Somatizações de tudo quanto é ordem, sabe? Isso foi terrível. Então a direção influencia enormemente nessas coisas. A contratação de pessoal que é de assistência não pode ser de qualquer forma: ou você fecha ou você vai ter que negociar isso no Ministério da Saúde ou de qualquer outra forma, mas eu acho que dessa forma não dá. Então, isso teve uma grande influência na gente, em toda equipe. Houve gente que saiu do cargo de uma forma assim, bem horrorosa, saiu de férias no mês que voltou não estava mais na chefia, sabe? Então várias coisinhas têm os seus detalhes... A direção influencia sim, enormemente.

Psi 1: Não são nem detalhes! Eu vejo essa questão assim: tomadas de decisões que são realizadas pela direção. Até assim, quando se tem um discurso de uma gestão participativa e tal, tem que haver uma transparência nos processos que levam à tomada de decisões. Porque eles vão estar atuando dentro de micro núcleos. Então não adianta porque vai afetar a todos. Os exemplos sempre são favoráveis nesse

sentido né? O meu setor tá vivendo uma situação que dá para ilustrar bem essa questão das tomadas de decisões, da falta de transparência, da falta de participação mais efetiva dos trabalhadores em relação à direção. Não digo assim, não estou falando propriamente da figura, da pessoa, que está na direção nesse momento. Eu estou falando do papel. Então, o que que acontece? [...] a gente tem uma questão, também, de estrangulamento de espaço físico. A gente tem a questão dos saberes, mas não dá para reinventar a roda. Não tem como instalar fisicamente estes saberes e, agora, com a vinda da, que é muito bem vinda, a Pesquisa Clínica, a gente sabe da importância da pesquisa clínica para a instituição, nós, no meu setor, estamos sendo sumariamente despejadas para dar um lugar ao espaço físico da pesquisa clínica. Entendeu? Então assim, retratando como estamos: estamos vivendo uma situação de extrema pressão, de um desgaste enorme, estamos assim, vou falar aqui em off, internamente vivenciando conflitos, porque a pressão é muito grande e fica difícil conciliar todas as opiniões, todas as estratégias que a gente deve ter: Ou vai permanecer ou vai bater o pé? Enfim estamos sem um lugar para ir trabalhar, por enquanto. É claro que essa é uma situação passageira. Espero né? Que vá haver uma solução mais lá na frente. Mas teve todo um processo até chegar nesse momento, que nós não fizemos parte desse processo. Nós fomos assim, presenteados com a solução final: “Vai ser sim, vai ser aqui, vocês vão sair daqui.” Não sabemos para onde vamos e estamos num embate, não é embate, mas numa mediação constante com a direção. Aí entra uma questão de desqualificação, sentimos sim, enquanto profissionais, desqualificados na nossa categoria: “porque nós, não eles?” Não é que tenham que ser eles, sejam que eles forem. Mas enfim, temos uma questão concreta, de espaço físico, [...]. Então isso tá gerando no grupo tensões, não só tensões internas, nas pessoas, como na própria prática do serviço. Porque a gente não sabia se fechava o nosso curso, porque a gente não sabe onde vai ter salas para as alunas funcionarem. Então fica a coisa muito quebrada, dá um choque, a gente fica vivenciando um choque. Então para mim não há como não co-responsabilizar a direção, no sentido dos efeitos que as tomadas de decisões possam ter nos trabalhadores.

Psi 2: É, porque a direção vai ditar políticas para o hospital que a gente tá trabalhando, o lugar que a gente tá trabalhando. Então, essa história da gestão participativa que é uma política da Fundação muito falada, mas que ela não está sendo posta na prática, na prática ela não está existindo, né.

Enf2: Exatamente!

A “direção” aparece como uma entidade, sem nomes, e, portanto, ela deve se referir ao Conselho Deliberativo, que, em princípio, determina o que deve ser feito. Nestas falas ficam patentes o não reconhecimento, traduzido pelo termo “desqualificação” e os efeitos da não participação do coletivo nas decisões, aparentemente, de responsabilidade da gestão. Os trabalhadores sofrem, os pacientes sofrem, os alunos sofrem, a imagem da instituição sofre, com o desrespeito da gestão pelo outro. A sensação é de que alguns grupos de trabalhadores são considerados menos importantes. O atendimento médico e a pesquisa são as prioridades. Mas como ficam os aspectos psicológicos e sociais, não só dos pacientes, mas também da equipe? E os técnicos/as de enfermagem, quem os/as representa, de fato?

Um dos princípios adotados pela PNH, a gestão participativa, tomou forma nesta instituição com processo de eleição/escolha das chefias. Este processo é também questionado e relacionado com o bem estar dos trabalhadores. Outro aspecto

interessante é a consciência dos trabalhadores de que este assunto é muito delicado e de que há riscos em falar-se sobre isto:

Enf 2: Lá no Departamento de Y, a gente, eu não vou dizer está vivendo, mas viveu, também um problema bastante desagradável, que é a questão da mudança da chefia de Departamento. A gente sabe que aqui no Instituto existe um (pausa) exercício de ser um processo eleitoral. O chefe, a gente sabe que existe até uma lista tríplice que o diretor pode escolher. Mas tem que se abrir um processo eleitoral. E a gente foi simplesmente, hé...notificados que a partir de outubro fulano vai assumir a chefia do Departamento. Então não houve, houve sim, uma reunião que eles chamam de CD (Conselho Deliberativo) interno, onde participaram os chefes de serviços, a nossa chefe de enfermagem participou desse CD, mas já com tudo assim no esquema. Quer dizer, engolir goela a dentro e pronto e acabou. Isso veio de cima para baixo, óbvio. Ninguém aqui é bobinho, é tolinho, de saber que não veio de cima para baixo. E o que me espantou mais ainda é que antes de tudo acontecer a gente teve uma conversa, a gente tinha um candidato entendeu? E essa pessoa, este candidato não foi nem cotado para isso: “É fulana que a gente quer e acabou.” E aí nós estávamos conversando com outras colegas, a gente tinha que parar com esse negócio, tinha que fazer uma revolução aqui dentro: “Não vamos aceitar isso. Tudo bem, esta pessoa quer ser candidato, mas nós temos também outros candidatos. Então todo mundo vai ter que se mobilizar para que se abra um processo eleitoral. Porque o certo é isso.

Méd 1: E o que que falaram de não haver o processo eleitoral?

Enf 2: Falaram que isso já tinha sido conversado com o diretor e tal... e que foi um consenso. É mentira, não houve consenso nenhum.

Téc 1: Pelo menos não com a equipe, né?

Enf 2: Não, um consenso entre eles lá. Entra quem quiser. Então, quer dizer, é muita coisa irritante. Eu sinto assim, que a gente não caminha nunca para frente aqui, a gente tá sempre andando para atrás. É tão desagradável isso gente, vocês não imaginam! Eu não estava sabendo de nada, quando eu soube eu simplesmente fiquei com tanta raiva, mas tanta raiva, que eu disse: “Não, eu tenho que parar para pensar. Não adianta que eu não vou conseguir me sentir bem. Eu vou ter que tocar mesmo, tal, como você falou: chegar fazer meu trabalho...” Mas é muito desagradável, você já está aqui há 20 anos, você tem uma postura profissional, você tem idéias, então você não tem condições de se colocar, de falar o que você pensa enfim... E aí acabou, não vai ter processo eleitoral nenhum, fim de papo. Dia 1º de outubro nós teremos um chefe novo, que ninguém opinou. É desagradável. Isso aí tem que falar porque eu não ia conseguir sair daqui sem falar.

Ass. Soc: Estava engasgado né?

Enf 2: Isso aí foi duro viu, muito duro mesmo e claro, evidente que isso veio de cima para baixo. A gente teve que engolir, até quando eu não sei, mas...

Enf 1 : Assim como a gente está vivenciando isso a gente vê outra situação, o Departamento Z por exemplo, é (pausa)

Psi 2 completa: Vitalício!

(risadas)

Enf 1 continua: ninguém questiona. Quando eu voltei, que eu fiquei n anos fora, eu perguntei: “Gente, quando é que tem eleição aqui?” Primeiro foi um silêncio sepulcral, depois olharam para mim como se dissessem: “Como é que você tem coragem de falar isso, assim em voz alta aqui? Alguém pode ouvir!” Aí eu fiquei assim meio sem entender, fiquei bem né... E era aquilo mesmo, é tabu, não se fala nisso.

Alguém: Está querendo promover um motim. Despejar o dono do hospital!

Enf 1 continua: [É como se pensassem:] “Por quê? Você está querendo ser a chefe?” A coisa vai para esse lado mesmo, né Eu também acho que tem a ver com direção isso! Porque não questiona esse modelo?

Téc 1: Se duvidar ele bate continência!

Alguém sugere: Vamos mudar o rumo da prosa...

A questão do poder fica mais clara a partir deste diálogo. Na teoria há um processo eleitoral, na prática houve um arranjo em que determinado candidato é escolhido por um consenso dos pares, no caso, médicos e chefia de enfermagem, deixando de lado um outro, que poderia ganhar a eleição e talvez atuar de modo melhor. Esta possibilidade surge na medida em que haveria um compromisso prévio de garantirem-se algumas reivindicações dos profissionais que o elegeram. Na prática este é um problema que merece maiores reflexões, porque muitas vezes os candidatos eleitos são populistas e clientelistas pouco se importando com a eficácia da gestão ou com a participação dos trabalhadores. Na realidade, o serviço público de um modo geral, tem uma gestão autoritária e pouco participativa, talvez, herança dos tempos da ditadura em que a nomeação era um fato a não ser questionado. Também nos parece que o líder populista ou ditador, mesmo que eleito, pode não preencher os requisitos para o cargo, qual seja, além de portar uma autoridade pelo saber próprio de sua profissão, deve também ter conhecimentos de administrar a coisa pública. Não basta a simpatia e as promessas. É preciso competência dos gestores para garantir um bom funcionamento do serviço público. Percebe-se, deste modo, uma urgência de refletir-se sobre o perfil dos candidatos gestores e o papel das gerências e chefias e propor ações para melhorar o atual estado:

Psi 3: Eu acho assim, é uma deficiência tão grande. Porque geralmente os chefes aqui do instituto, eles viram chefe como? Ou eles são eleitos ...

Méd 4: ou por designação.

Psi 3 continua: e no normal não porque se apresentaram como bons chefes, mas sim porque são competentes naquilo que eles fazem, são profissionais competentes naquilo que eles fazem, tecnicamente. Então eles são eleitos chefes, então eles saem de uma condição e entram em outra condição. E no mínimo deveria haver um preparo, o uso de uma técnica. Até porque quem fica subordinado àquela chefia demanda justamente isso, de um gerenciamento, uma coisa dessa natureza, para poder reconhecer o funcionário da maneira que ele é. Mas o chefe também quer? Que aquele paciente seja bem atendido, que a pessoa seja capaz de tratar bem aquele paciente, que a pessoa seja capaz disso, capaz daquilo, capaz daquilo outro ... Então o que vai acontecendo? Vai se criando um nível de insatisfação, uma demanda de necessidades que vai atravessando todo mundo e ninguém pode parar, porque o paciente está lá. A instituição tem que continuar. Então, eu acho que a humanização passa muito por essa via. Quando eu falei no começo da mudança institucional, da mudança do perfil, da velocidade da mudança e tudo mais ...

Em outros momentos este assunto retorna, tal é sua importância:

Téc 2: Mas se quem tiver dirigindo conseguir visualizar a coisa de cima e conseguir contemplar todos de uma maneira negociada fica menos difícil. Fica menos

traumático. [...] Eu acho isso um absurdo, eu acho que as pessoas que chefiam os setores, elas têm que entender que chefiar não é impor. Chefiar não é impor, chefiar é entendimento, é diálogo, é tolerância. É isso. Para mim, no meu caso, eu vejo assim.

Enf 2: Chefiar é organizar.

Téc 2: É organizar, mas não é só isso.

Téc 1: Tornar o ambiente harmonioso para funcionar.

Enf 1: Primeiro, para se organizar precisa ser harmonioso para transmitir isso para equipe. Se é uma chefia que ele mesmo não possui esses valores, né, de igualdade. Esse valor prá mim, é primordial, básico se eu não considero a pessoa que trabalha comigo um igual

Enf 2 complementa: Não tem equipe né?

Enf 1 continua: [...] Acho que aí entra a questão, que você [pesquisadora] tinha me falado, dos valores, né? Que o primeiro valor é esse: é você considerar o outro como igual, se você não pensa assim, você já tem que começar a repensar você mesma, né? Outros valores que são fundamentais, cuidar do outro como você gostaria de ser cuidado, é você se colocar no lugar do outro, acho que isso numa chefia, é muito difícil tá nesse lugar, é muito difícil... [...] é um lugar solitário, é um lugar que você tem que harmonizar, tem que ouvir todos, tem que ter sabedoria para negociar coisas que, às vezes, você não pode compartilhar com o grupo – uma questão pessoal de uma pessoa. E você tem que manter aquilo, ué. Eu tô mantendo porque eu entendo que aquilo é importante prá aquela pessoa e não pode ser compartilhado com o grupo.

Enf 2: Eu concordo com tudo que foi falado aqui. Mas eu acho que ser gestor, ser gerente é difícil numa instituição como essa, com tantos conflitos, como você colocou. Apesar de todas as negociações que se faça, a gente sabe que nunca se consegue agradar todo mundo. Nunca, nenhum gestor, nem gerente, nem líder. A gente sabe que líder não existe aquele que nasce líder. Ele tem que aprender, tem que se capacitar. Prá ser gestor, prá ser gerente, prá ser líder, tudo ele tem que se capacitar. Ele tem que ter sim maturidade, sabedoria, saber negociar, mas é muito difícil. É muito difícil porque a gente trabalha com o humano e o humano é muito complexo, a subjetividade é uma coisa muito difícil da gente lidar no dia-a-dia. Então, eu sinceramente, acho que ser gerente, gestor, líder aqui? Eu sinceramente corro.

(Vários concordam e riem.)

Enf 1: Eu falo que nunca mais, minha experiência...

Enf 2 continua: Porque quem já foi já sentiu na pele e sabe como é que é. Então é interessante, seria muito bom que quem é subordinado seja líder um dia e vice-versa. Que troquem os papéis, porque o papel, é como você falou: o gerente, o líder, ele é solitário desde da hora que entra à hora que sai, porque nem tudo ele pode compartilhar. Muitas coisas ele tem que ficar, engolir. E não tem jeito. É difícil, não é tão fácil assim, é complicado. Concordo que ele tem que saber que somos todos iguais, mas gente a prática é que diz.

Méd 2: É difícil ser gestor, mas a ética da transparência facilita. Primeiro, que eu acho, que o gestor não tem que agradar necessariamente, já que são tantos sujeitos diferentes, né? Se você for chefiar só sujeitos, você tá lascado! Você se perde num mar de subjetividade. Aquele sujeito tem que caber na fantasia de funcionário, se não tanta subjetividade pode inviabilizar o funcionamento. Mas eu acho que essa coisa da transparência ela facilita. É uma maneira das pessoas não estarem se sentindo preteridas, ou sabe, se sentindo menos importante. Eu acho que tem um caminho muito diferente, pelo exercício mesmo do diálogo, de chamar à responsabilidade, de convocar para participação ética. É difícil, isso concordo[...].

A insatisfação com o descompasso de algumas chefias chega a um grau tão elevado que os trabalhadores, mesmo reconhecendo a dificuldade de ocupar o lugar de chefe, tornam-se intransigentes, tendendo a identificarem-se com as práticas

autoritárias, na busca de soluções. Uma outra questão abordada, nas falas destacadas abaixo, é a importância dada à formação e treinamento, bem como as dificuldades encontradas quando, após participarem de cursos, retornam ao setor de trabalho e os demais membros da equipe e chefia não partilham dos novos valores adquiridos:

Téc 1: Só que eu acho que alguns cursos, até participei de alguns deles, que estavam voltados para humanização da assistência, excelência do atendimento, essas coisas..., todo mundo sabe que tem. Mas as pessoas que estão diretamente envolvidas, que lideram as equipes, não passam nem na porta! Então você vai lá, você ouve, você aprende, você até se entusiasma e se anima. Só que você chega no dia seguinte, vai trabalhar no seu setor, na sua realidade, onde quem manda é o dono do quintal e isso não interessa!

Psi 2: Quem já pensa assim é que vai procurar [os cursos], não é isso que você está querendo dizer?

Psi 1: Não atinge todos os níveis!

Téc 1.: Já que o negócio é ditadura não vamos ditar só de lá para cá, vamos ditar para eles também: “Vocês estão intimidados a participar do curso.” Porque a gente vive sofrendo uma ditadura – a ordem de despejo, a chefia imposta – isso para mim é ditadura, estão determinando o que vai ser feito e acabou, um abraço! Então que seja determinado para essas chefias, essas pessoas retrógradas, que trazem sempre para trás a evolução do processo, que intimem, que elas tem que participar. Elas são chefias, não querem estar lá ocupando o posto de chefia, o status de poderoso e de tal? Tem que participar, você tem que fazer parte desse processo, você tem que conhecer esse processo. Não adianta só uma minoria interessada, que está remando com a mãozinha, enquanto quem está com o remo lá na frente, não quer saber de se atualizar, de se integralizar, de conhecer, de vislumbrar de coisas novas. Não basta só a minoria insatisfeita participar. Se existe uma chefia, se eles querem o estatus da chefia, se eles gostam tanto desse apogeu, que eles também sejam obrigados a conhecer, pelo menos conhecer o que está se propondo. O que não é a realidade, pelo menos no meu setor não é.

5.5 O que fazer para Humanizar o Trabalho?

Uma das questões levantadas por esta pesquisa é quais as estratégias que podem ser realizadas para promover-se a humanização do trabalho no hospital. Na opinião dos trabalhadores ouvidos a ação priorizada deve ser “cuidar dos cuidadores” e a principal estratégia é a promoção do diálogo, em todas as direções – vertical, entre os diversos níveis de chefia e entre estas e seus subordinados; horizontal, entre as diferentes categorias profissionais; e diagonal, entre as categorias e as chefias. Enfim, de forma transversal. Só assim será possível *pensar-se com* sobre o processo de trabalho e construir-se um clima propício para o desenvolvimento da ética, da saúde e do prazer no trabalho. Esta seria a receita, a mágica, para alcançar-se o resultado tão desejado: melhoria da qualidade da atenção.

Ass soc 2: Eu cheguei ao ponto de querer atender 22 leitos todos os dias e eu consegui fazer os 22 leitos todos dias, não me pergunta como. Trabalhando ainda no CTI, tá? Mas teve uma hora que eu falei: ‘Não. Vou atender de acordo com o que der para atender.’ Aí tudo bem! O que der para fazer. E você vê aquilo ali, elas [enfermagem] tem contato todos os dias e o tempo todo. E tem muitas que escutam muita coisa e às vezes não falam para a assistente social não. Eu sei disso. Então cuidar do profissional para que a gente possa dar uma humanização, para que a gente possa melhorar a nossa ética, para que gente tenha qualidade é extremamente importante cuidar do profissional.

Psi 3: Cuidar de quem cuida.

Ass soc: Cuidar de quem cuida. Porque com certeza a gente vai dar melhor qualidade, vai assistir ao paciente que vem para cá.

Pesq: Então assim, pegando esse gancho do “Cuidar de quem cuida”, existem várias formas de cuidar, então eu queria que vocês pensassem que estratégias, que ações, vocês acham que podemos fazer, que poderiam promover uma maior satisfação no trabalho, a diminuição do desgaste, a melhoria dessas relações.

Méd 3: Primeira coisa é espaço para ouvi-los.

Enf 3: É isso que eu falo, a resposta disto vai estar dentro de cada local específico. Não dá para gente fazer algo generalizado. Vamos fazer um trabalho no hospital todo! Não dá. Tem que ser trabalhado setor a setor.

Pesq: Quero encerrar agora com essa questão da humanização. Como é um trabalho humanizado para vocês?

Méd 2: Eu acho que não tem a ver, vai ser difícil você estar feliz e ser, ter um contato, você estar o tempo todo feliz e trabalhando com a clientela se você tem condição ruim de trabalho. Mas assim, a clientela não tem culpa disso, então o profissional vai ter que fazer um esforço muito grande para manter a sua ética apesar das condições de trabalho dele não favorecerem. Mas assim esse termo humanização... então, ar condicionado, parede, flor no vaso, não sei o que..., o ambiente de trabalho é importante, condições de trabalho é importante. Mas, eu acho que o mais importante é a relação entre as pessoas. Para mim ela é estruturante na questão do trabalho. Então assim, não consigo pensar novamente essa questão da humanização, se a gente não passa por essas práticas, por essa ética da relação, que é essa coisa da transparência, dos direitos iguais, do compromisso com o mesmo objetivo, que é o que une as pessoas. Porque o termo humanização, na verdade, a gente pode falar de vários aspectos da humanização. Mas eu acho que o que é estruturante, quando você tem um grupo de pessoas que têm formações distintas, *back grounds* distintos, subjetividades, né. Como você consegue unir este grupo e fazer eles trabalharem em conjunto? Gastando tanto tempo no seu trabalho, que é importante ter um trabalho para poder ser feliz na vida, né? Como que você humaniza isso? Tentar botar essas relações nesse nível de transparência, de democracia, de exercício do diálogo, que eu acho que é o que estrutura essa questão.

Enf 1: Perguntou as estratégias, né? Eu acho que as estratégias têm de estar baseadas na promoção do diálogo, vou insistir nisso. Acho que a gente precisa estar falando mais, conversando mais, sendo ouvidos e ouvir mais. Acho que isso é um caminho para se promover essas possibilidades de mudança. Estar conseguindo colocar mais o que que você, as suas aspirações, o que você deseja e estar também ouvindo. Nessa estratégia eu acho que o RH [serviço de recursos humanos] pode ser muito útil nessa função também. Isso eu já tinha falado algumas vezes. O Núcleo de Saúde do trabalhador também, pode estar promovendo essas discussões. Que podem ser intersetoriais, podem ser no setor mesmo, no departamento, não sei. Mas que fosse lançado como possibilidade. Já que parece, usando o que ele falou – como é que você força o diálogo? – A gente não está vendo muita saída, como iniciar esse diálogo. Quem sabe o RH ou o NUST [núcleo de saúde do trabalhador], não sei, oferecendo uma parceria para trabalhar junto com os departamentos, promovendo este diálogo, nem que seja iniciar. Vamos aprender a dialogar?

Psi 1: [...] o gestor tem que favorecer espaços de discussão entre os profissionais, porque até para diminuir os danos causados pelo trabalho nos profissionais. Não só os danos na relação enquanto a qualidade da assistência prestada, mas na saúde, mesmo do trabalhador. Como a téc 1, não consegue nem se dar conta se os sintomas dela estão relacionados ou não com o estresse no trabalho, porque tem muitas questões nossas que agente vivencia mas ao nível do inconsciente. Eu acredito em inconsciente, é o meu arroz com feijão, entendeu? Mas nem todo mundo consegue,

então não consegue também estar se articulando com alguns mecanismos, tipo o que a téc 2 falou – eu procurei fazer isso, procurei fazer aquilo – que é para poder sair um pouco da rotina, que é danoso né? Então eu acho que esse espaços, eles são legítimos, eles devem ser estimulados, independente de ser com muitas pessoas ou poucas, mas eles devem ser estimulados, porque se a gente não consegue a solução de tudo, pelo menos a gente consegue se proteger um pouco dos danos que o trabalho acaba estimulando.

Os trabalhadores demonstraram sensibilidade para as questões levantadas por esta pesquisa. Durante o processo eles concluíram que o caminho para o trabalho humanizado é coletivo e ético, no qual cada um tem o mesmo valor como sujeito e que a diferença é positiva, se é entendida como singularidade e promotora de crescimento. Foi isto que puderam experimentar neste grupo, foi um encontro que resultou em potência.

Enf 2: [...] e a gente agora, só está discutindo essas questões [ética nas relações de trabalho] porque você está fazendo o seu mestrado e seu tema de dissertação.

Ass soc 3 completa: Graças a Deus é esse!

Enf 2 continua: é esse aqui. Pois é, e aí a gente está aqui nessa discussão e tal, mas isso diante de tudo que se apresenta é muito pequeno! Então esse espaço aqui, ele deveria, ele deveria ser maior, se a gente pudesse ampliar isso e tivesse como ampliar isso, para que fosse discutido em outras instâncias também. Nós aqui somos um grupo pequeno.

Enf 1: Somos um grupo de pesquisa.

Enf 2 Exatamente, é um grupo de pesquisa. Só que isso no macro não é nada é?

Téc 2: É pequeno, mas daqui há pouco vai poder gerar.

Enf 1: A gente pode pensar no que pode ser gerado...

Alguém: É otimista

(Alguns falam ao mesmo tempo)

Enf 1: Já é um começo, uma semente que está sendo lançada ao solo, né?

É assim que queremos encerrar este capítulo, entendendo que muitas são as sementes lançadas ao solo, mas para que germinem e cresçam é preciso que, assim como os trabalhadores e pacientes, sejam cuidadas com carinho e diligência todos os dias e sempre. Um só descuido, um só momento que deixemos de estar atentos pode nos levar ao recomeço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É interessante refletir sobre todo processo de desenvolvimento desta pesquisa. Desde a elaboração do projeto ficou evidente a resistência de diversos professores e pesquisadores em aderir à proposta inicial de reunir-se profissionais de diferentes categorias para conversarem sobre o tema ‘Ética nas Relações de Trabalho’. Havia um temor de que este diálogo não acontecesse ou de que surgissem conflitos que impediriam que o conteúdo a ser estudado emergisse. Também vimos este tipo de resistência acontecer na implementação de ações da PNH no hospital em que trabalhamos. Contrariando estas expectativas, constatamos que a metodologia adotada nesta pesquisa foi muito produtiva.

Os diferentes profissionais puderam se conhecer e compreender os pontos de vista, os valores e as dificuldades de cada um. Portanto, a pesquisa contribuiu para promover a integração daqueles profissionais e provocar movimentos na dinâmica das relações no trabalho na instituição pesquisada.

Na perspectiva de uma pesquisa intervenção os participantes puderam refletir sobre a organização e o processo de trabalho e das implicações destes nas relações entre eles e com os pacientes, bem como constatar as transformações que estes fatores podem produzir na sua subjetividade e na sua saúde. A pesquisa proporcionou não só o contato com os temas propostos, mas também a abertura para conhecer, e porque não dizer, reconhecer o outro. Encontraram diferenças e semelhanças, mas principalmente, deixaram de ser estranhos e até iniciaram um processo de pensar juntos estratégias de solução para os problemas que afetam a todos para transformar a organização do trabalho de forma coletiva.

Identificamos que o encontro entre os estranhos morais acontece de forma pontual ao invés de acontecer no trabalho em equipe interdisciplinar. Alguns trabalhadores estão abertos e desejosos deste encontro, buscando o diálogo e o exercício da tolerância, pois têm claro que devem unir-se aos “estranhos” para poderem alcançar o objetivo maior do trabalho em saúde: o cuidado do paciente.

Para podermos cuidar do paciente é preciso reconhecer que não somos onipotentes e também necessitamos ser cuidados, precisamos do(s) outro(s) para completar-nos. Caso não haja a renúncia à onipotência e aceitação da dependência ao

outro o que acontecerá é a infantilização e a tutela do outro, isto é, uma prática contrária à valorização do princípio da autonomia.

Observamos que o maior obstáculo na realização deste encontro entre iguais, de forma simétrica, é exatamente a diferença de reconhecimento e de poder existente entre as diversas categorias profissionais. Há um destaque para a hegemonia do saber biomédico, mesmo que alguns de seus representantes reconheçam as demais especialidades e funções como essenciais para a prestação de uma assistência integral e estejam num movimento de realizar este encontro e disseminar a valorização do diferente junto a sua própria categoria. Esta situação de dificuldade nas relações também acontece entre as especialidades médicas, o que demonstra o alto grau de fragmentação do trabalho e a disputa pelo lugar mais alto na hierarquia de status institucional.

É com desalento que descobrimos, nesta pesquisa, que os princípios de igualdade e da justiça não estão presentes de maneira uniforme nesta instituição. Os relatos demonstram que nem todo homem vale tanto quanto outro e, portanto, alguns são tidos “como mero meio para alcançar um fim”, ou seja, são desumanizados, transformados em coisa. Os trabalhadores vivem esta experiência como desumanização de si e do trabalho. Este não reconhecimento faz com que a exigência de que estes trabalhadores se restrinjam a cumprir o trabalho prescrito aumente, pois terão de “funcionar” como máquinas. Não devem criar ou decidir. Desta forma, não têm que responsabilizarem-se por suas escolhas, assim não há que se falar em autonomia para estes trabalhadores, que, na maioria das vezes, são técnicos de enfermagem ou enfermeiros.

As estratégias adotadas por estes trabalhadores para lidarem com estas situações e protegerem sua saúde vão desde a indiferença ou descompromisso, pois não se pode esperar que uma máquina faça além do previsto e nem que se “envolva” com o trabalho, até a “fuga” para outro local de trabalho ou a criação de um “projeto” no qual não tenham que trabalhar com aqueles profissionais que não os vêem como iguais e onde são responsáveis pela organização do trabalho. Foi desta forma que uma das enfermeiras conseguiu escapar do adoecimento e construiu sentido para sua vida no trabalho: “agarrei-me na minha missão”.

O perfil desta instituição, de atendimento de pacientes graves, desdobrou-se para o cuidado de pacientes crônicos. Esta transformação, principalmente em

decorrência do desenvolvimento tecnológico, provocou grande impacto nos profissionais. A diminuição da possibilidade de cura e o grande período de internação hospitalar, às vezes por anos, desestabilizou a força do sentido do trabalho em saúde. A crença de que a missão de curar ou pelo menos de minimizar o sofrimento está sendo realizada fica abalada. Qual o sentido deste trabalho? É a pergunta que está implícita no cotidiano destes trabalhadores.

Diante deste quadro, consideramos que uma ação de gestão de recursos humanos que previsse e incentivasse a troca periódica de setores do pessoal de enfermagem seria uma forma de trabalhar-se com a prevenção de doenças ocupacionais. Sabemos que os diversos setores, de acordo com as atividades desenvolvidas, possuem diferentes exigências físicas e psíquicas e que em alguns a sobrecarga psíquica é maior, tal como a enfermagem de pediatria aqui discutida. Assim, o rodízio periódico de função, com o devido treinamento, não só minimizaria os desgastes, tanto no âmbito das relações, quanto no da saúde física e psíquica, mas também criaria uma perspectiva de mudança para aquele trabalhador que está sofrendo. Ele teria a certeza de que aquela situação de desgaste é passageira. Além destes aspectos, ao fim de um período de alguns anos, a maioria dos profissionais de enfermagem, teria conhecimentos e condições de atuar em qualquer dos setores. Isto em matéria de gestão de recursos humanos é muito interessante.

A implantação de um sistema de rotatividade deve ser muito cuidadosa e realizada paulatinamente e, em nossa opinião, deve ser opcional. Aqueles que tiverem interesse em mudar de setor devem ter este processo apoiado pelos diferentes níveis de gestão e coordenado pelo setor de RH, pois envolve a todas as áreas da assistência e deverá investir-se no desenvolvimento e treinamento destes profissionais. Pois, caso contrário acabará agravando o quadro. Esta proposta simplesmente antecipa e institucionaliza uma estratégia que já é empregada pelos trabalhadores, digamos que se tornaria profissional uma medida que hoje é feita de forma amadora e que ao invés de ser uma forma de minimizar as conseqüências seria uma estratégia para evitá-las.

Outra estratégia que extrapola o âmbito desta instituição, mas a inclui, já que também forma profissionais de saúde, é investir-se na formação e capacitação dos trabalhadores. A construção do estereótipo do médico como “detentor do poder sobre a vida e a morte” o coloca acima dos mortais, categoria na qual se encontram tanto os

pacientes quanto os demais colegas de trabalho. Este lugar os lança numa posição paradoxal, pois ao ganhar este poder vem atrelada a responsabilidade solitária. Para aqueles que já abriram os olhos e constataram sua humanidade torna-se uma posição difícil, pois como sair deste lugar? Como construir uma prática diferente, na qual o médico representa um dos saberes e não “o” saber sobre a saúde e o paciente?

Vimos, durante a pesquisa, os médicos buscando o caminho do trabalho em equipe, mas também vimos o relato das assistentes sociais, das psicólogas, das enfermeiras e das técnicas de enfermagem demonstrando que ainda é um movimento insipiente e que elas estão ressabiadas, que desejam, mas não acreditam muito que seja possível realmente serem vistas como um outro digno de respeito e reconhecimento, um outro igual, que tem o mesmo valor. São as marcas do não reconhecimento originando uma estratégia de defesa. É preciso desconstruir estas defesas para que se possa construir o trabalho em equipe interdisciplinar. Para isto é necessário um clima de confiança. Como fazer para confiar? Questão difícil, mas que os próprios participantes desta pesquisa indicaram o caminho da resposta.

Criar espaços de conversa para que estes profissionais possam se conhecer, só confiamos em quem conhecemos. Deixar de ser “estranho” é o primeiro passo em direção a valorização da diferença e da complementaridade. A psicodinâmica do trabalho já percorreu este caminho cheio de pedras e propõe uma saída: discutir sobre a organização e processo de trabalho em cada setor, em cada equipe, nos diversos âmbitos da instituição. Valorizar a presença e a participação de todos os trabalhadores, não só dos graduados ou daqueles que estão acostumados a expressar suas opiniões em público. Tem-se que compreender estes espaços como oportunidade de desenvolvimento das pessoas para que se possa ter potência para criar soluções conjuntas para os problemas e dificuldades do dia-a-dia do trabalho. É o exercício do respeito, da democracia e da transparência. Consideramos que a criação destes espaços deve ser a ação primeira do setor de saúde do trabalhador de qualquer instituição, já que um de seus princípios é exatamente a não delegação, ou seja o trabalhador assumir seu lugar de gestor do trabalho e de co-responsável por sua saúde, identificando riscos e propondo soluções através de um processo coletivo e no coletivo.

Um modelo de gestão participativa que realmente se concretize nos espaços de discussão coletiva em diversos níveis, que não sejam exclusivos dos

representantes oficiais da instituição, ampliará o controle dos trabalhadores/as sobre a organização do trabalho. Assim, estaremos promovendo saúde, pois o reconhecimento de cada pessoa/trabalhador será possível através da escuta e valorização do seu conhecimento e da contribuição da sua “inteligência astuciosa” na organização do trabalho. A participação coletiva na gestão do trabalho propicia a transparência que, como foi identificado, é condição fundamental para a ética e a justiça no trabalho.

Não podemos deixar de destacar o papel do gestor/chefias na promoção destes espaços democráticos de discussão. Para que possam exercê-lo de forma segura e adequada há de existir processo de formação e capacitação que propicie a construção do perfil de gestor. Como uma das participantes declarou: - *‘Ninguém nasce líder’*. Portanto, o órgão de Recursos Humanos não pode eximir-se de identificar os profissionais que têm interesse em assumir esta posição e investir num plano de capacitação que os prepare para tal. Esta também é uma questão a ser discutida nos espaços coletivos, tanto mais nesta instituição, pois a maioria dos postos de chefia/gestor é preenchida através de eleição pelos próprios trabalhadores.

Quanto à Política Nacional de Humanização, verificamos que nesta instituição, para estes trabalhadores, ela *“ainda não entrou, está batendo na porta”*. Esta situação engloba tanto as ações que são isoladas e voltadas para a atenção ao paciente – primeiro foco das ações de humanização – quanto para a compreensão da atual PNH, pois identificamos que existe a dificuldade de alguns trabalhadores definirem o que é trabalho humanizado. A visão da humanização restrita ao âmbito da melhoria do atendimento ao usuário implicaria somente em sobrecarga de trabalho: novas exigências acrescidas às anteriores, sem o suporte – capacitação, estrutura física e organização do trabalho – compatível. Já sabemos onde isto vai parar, aumento das cobranças, tensão nas relações, fadiga física e mental, prejuízos à saúde do trabalhador. E entramos naquele círculo interminável: aumento da sobrecarga física e psíquica – aumento do absenteísmo – adoecimento – licenças de saúde – maior carga de trabalho dos colegas – mais adoecimentos, e assim sucessivamente.

Aqui também vemos a equipe de saúde do trabalhador como vetor para abrir as portas e puxar a PNH para dentro da instituição. A atual proposta de comunidades ampliadas de pesquisa é estratégica para os objetivos da saúde do trabalhador.

Portanto é imprescindível esta aliança para contribuirmos na construção de condições de trabalho que promovam cooperação, realização, prazer e saúde, tanto para trabalhadores como para pacientes. Uma vez que, um trabalho humanizado implicará na prestação de uma assistência também humanizada.

Os trabalhadores lançam as responsabilidades das ações de saúde do trabalhador ao serviço responsável, mas este também não tem condições de trabalho adequadas, tanto o espaço físico quanto o número e especialidades dos profissionais são insuficientes. A importância atribuída a este setor não se revela quando há discussão sobre vagas para os concursos públicos nas instâncias colegiadas. Aqueles que participam desta decisão não contemplam esta área. Como trabalhar sem verba, sem espaço, sem pessoal? Soluções mágicas não existem. Talvez com uma atuação mais próxima dos trabalhadores, através das comunidades ampliadas de pesquisa ou mesmo com a simples realização de grupos de discussão e reflexão sobre o trabalho, semelhante ao que fizemos nesta pesquisa, possa sensibilizá-los sobre uma das formas de cuidarem de si: valorizar o fortalecimento da área de saúde do trabalhador na instituição. Mais um detalhe, no sentido de incentivar a implementação de ações deste tipo, os participantes da pesquisa solicitaram que esta atividade fosse transformada em prática de rotina da instituição.

A importância da ética nas relações de trabalho tanto é reconhecida pela PNH, quanto pelas teorias que subsidiam o campo da Saúde do Trabalhador e nos diálogos entre os sujeitos desta pesquisa. Portanto, a ética nas relações é fator decisivo para a dignidade e a saúde do trabalhador, na qualidade de vida dentro e fora do ambiente do trabalho.

Cabe-nos agora refletir sobre a metodologia empregada para análise do trabalho. Acreditamos que os dados construídos nesta pesquisa apontam para a riqueza e necessidade da construção de um método que inclua como dispositivos de análise a autonomia, o clima de respeito e confiança, as atitudes de reconhecimento e cooperação, a justiça na gestão e a existência de espaços de discussão e arbitragem. O grau em que cada um destes fatores se apresenta implica diretamente na qualidade das relações entre os trabalhadores e no grau, se assim pode-se dizer, de bem estar psíquico e, portanto de saúde dos trabalhadores. Para tanto é imprescindível que se desenvolvam novas pesquisas para subsidiar a elaboração deste modelo de análise do trabalho, bem como para sua validação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ⁱ Rosen G. A Evolução da medicina social. In: Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p.26-82.
- ⁱⁱ Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. Cad Saúde Pública 1997; 13(Suppl 2):7-19.
- ⁱⁱⁱ Gustavsen B. Mejoras del medio ambiente de trabajo: una nueva estrategia? Rev. Int. Trab 1980; 99(2):173-188.
- ^{iv} Oddone I, et al. Ambiente no trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec; 1986.
- ^v Berlinguer G. A saúde nas fábricas. São Paulo: Hucitec; 1978.
- ^{vi} Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública 1991; 25:341-9.
- ^{vii} Minayo-Gomes C, Thedim-Costa SMF. A Construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. Cad Saúde Pública 1997;13(Suppl 2):21-32.
- ^{viii} Lacaz, FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. [Tese de doutorado]. Universidade Estadual de Campinas; 1996.
- ^{ix} Organização Internacional do Trabalho. Genebra: OIT; 2002.
- ^x Vázquez AS. Ética. 25ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2004.
- ^{xi} Osório-Silva C. Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar, em busca da saúde, da inventividade e da vida [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1994.
- ^{xii} Oliveira LA, Landroni MAS, Silva NEK, Ayres JRCM. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10(3):689-698.
- ^{xiii} Azevedo CS. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2002; 7(2): 349-361.
- ^{xiv} Gomes DCR. Interdisciplinaridade em saúde, um princípio a ser resgatado. In: Gomes DCR, organizadora. Equipe de Saúde: o desafio da integração. Uberlândia: EDUFU; 1997.p.19-44.
- ^{xv} Pitta AMF. Hospital: Dor e morte como ofício. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- ^{xvi} Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSus: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

-
- ^{xvii} Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
- ^{xviii} Brandão CR. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1987.
- ^{xix} Dejours C. Patologia da comunicação. situação de trabalho e espaço público: a geração de energia com combustível nuclear. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo 15; 2004a.
- ^{xx} Dejours C. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo 15; 2004b.
- ^{xxi} Selligman-Silva E. Introdução à edição brasileira. In: Dejours C. O fator humano. 4ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003.p. 9-12.
- ^{xxii} Dejours C, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994a.
- ^{xxiii} Dejours C. A carga psíquica do trabalho. In Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994b.
- ^{xxiv} Dejours C. O fator humano. 4ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003.
- ^{xxv} Telles AL, Alvarez D. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, organizadores. Labirintos do trabalho. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.p. 63-90.
- ^{xxvi} Brito J. Trabalho real. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 288-293.
- ^{xxvii} Brito J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, organizadores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 91-114.
- ^{xxviii} Dejours, C. O trabalho como enigma. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo 15; 2004c.
- ^{xxix} Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1990.
- ^{xxx} Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem - Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortêz; 1989.

-
- xxxⁱ Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR. *Gênero & saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- xxxⁱⁱ Vieira S, Selligman-Silva E, Athayde, M. Dimensões ocultas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes nas relações de serviço. In: Araújo A, Alberto MF, Neves MY, Athayde M, organizadores. *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: D P &A; 2004. p. 131-150.
- xxxⁱⁱⁱ Sampaio, JJC, Borsoi, CF. Enfermeira: duelo de magens. In: Sampaio JJC, Ruiz EM, Borsoi CF, organizadores. *Trabalho, saúde e subjetividade*. Fortaleza: INESP/EDUECE; 1999. p. 67-74.
- xxx^{iv} Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- xxx^v Pitta AMF. Processo de trabalho em Saúde. *Insight*, São Paulo, 1992; 4:22-26.
- xxx^{vi} Braverman H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos; 1987.
- xxx^{vii} Jones F, Fletcher PG. Job control and health. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL. *Work and health psychology*. London: John Wiley & Sons; 1996.
- xxx^{viii} Osório-Silva C. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 2002.
- xxx^{ix} Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(3):699-705.
- x^l Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(3):615-626.
- x^{li} Oliveira PAB. Trabalho coletivo: a construção de espaços de cooperação e trocas cognitivas entre os trabalhadores. In: Jaques MG, Codo W, organizadores. *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes; 2002.
- x^{lii} Gonçalves RBM. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação [Mestrado em Medicina]- Universidade de São Paulo. São Paulo; 1979.
- x^{liii} Selligman-Silva E. Os riscos da insensibilidade. In: Araújo A, Alberto MF, Neves MY, Athayde M, organizadores. *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP &A; 2004. p. 51-72.
- x^{liv} Machado JMH, Correa MV. Reflexões sobre a observação do processo de trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde. In: *Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. Série FIOCRUZ – Eventos Científicos

-
- ^{xlv} Nogueira RP. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. In: Nunes ED, organizador. Ciências sociais e saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS; 1985. p. 391-408.
- ^{xlvi} Chaves MA. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o séc. XXI. Revista Brasileira de Educação Médica - ABEM, 1996; 20(1):21-28.
- ^{xlvii} Russo J. A divisão de ensino. Cadernos IPUB, 60 anos, 1998. p. 61-64.
- ^{xlviii} Calicchio RR, Carvalho SG. O que e o porquê da terapia de família: o papel do terapeuta de família na equipe interdisciplinar. Cadernos IPUB 2001;1:236-250.
- ^{xliv} Ferrarini AV. A construção social da terapia: uma experiência com redes sociais e grupos multifamiliares. Rio de Janeiro: MetrÓple; 1998.
- ⁱ Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
- ⁱⁱ Almeida-Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva 1997; 2:1-2.
- ⁱⁱⁱ Porto MFP, Almeida GES. Significado e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. Ciênc. Saúde Coletiva 2002; 7(2):335-347.
- ⁱⁱⁱⁱ Etges NJ. Produção de conhecimento e interdisciplinaridade. Educação e Interdisciplinaridade, Porto Alegre, 1993; 18(2):73-82.
- ^{liv} Pitta AMF. Bem feito o que foi feito. Cadernos IPUB 60 anos 1998:23-25.
- ^{lv} Durkheim E. A Divisão do trabalho social. Porto: Editorial Presença; 1893.
- ^{lvi} Braz M. O indivíduo, o sujeito, a alma – a psicologia médica e a visão holística: uma interpretação histórica. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 1994.
- ^{lvii} Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p. 271-276.
- ^{lviii} Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir do conceito de processo grupal e de grupos operativos. Rev Latinoamericana de Enfermagem 2005; 13(2):262-268.
- ^{lix} Romano BW. Princípios para a prática da psicologia Clínica em Hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999.
- ^{lx} Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006.p. 276-282.

-
- ^{lxi} Chanlat A, Bédart R. Palavras: a ferramenta do executivo. In: Chanlat JF, coordenador. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996. v. 1. p. 125-148.
- ^{lxii} Guattari F. A subjetividade é muito mais importante do que a economia. Revista Brasileira de Ecologia e Meio Ambiente 1992; 19.
- ^{lxiii} Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1967.
- ^{lxiv} Murcho D. Ética e moral: uma distinção indistinta. Crítica, Revista de Filosofia e Ensino. Disponível em: http://www.criticanarede.com/fil_eticaemoral.html (Acesso em: 19 nov. 2005).
- ^{lxv} Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2004.
- ^{lxvi} Cortina A, Martinez E. Ética. São Paulo: Loyola; 2005.
- ^{lxvii} Schramm FR. Bioética para quê? Revista Camiliana da Saúde 2002; 1(2):14-21.
- ^{lxviii} Schramm FR. A dimensão ética do trabalho em saúde. In Cardoso de Melo FG, organizador. Educação: razão e paixão. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP; 1993. p. 51-63.
- ^{lxix} Foucault M. Dits et écrits. v. IV. Paris: Gallimard; 1994.
- ^{lxx} Borges M, Dall'agnol D, Dutra, D. Ética. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.
- ^{lxxi} Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos. São Paulo: Martin Claret; 2004.
- ^{lxxii} Höffe O. Immanuel Kant. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
- ^{lxxiii} Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa em ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. Ciênc. Saúde Coletiva 2004; 9(3):773-784.
- ^{lxxiv} Maliandi R. La ética cuestionada: prolegómenos para uma ética convergente. Buenos Aires: Almagesto; 1998.
- ^{lxxv} Potter VR.. Bioethics, the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine 1970; 14:127-153.
- ^{lxxvi} Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10(3):627-637.
- ^{lxxvii} Schramm, FR. A moralidade da biotecnociência: a bioética da proteção pode dar conta do impacto racial e potencial das biotecnologias sobre a vida e/ou a qualidade de vida das pessoas humanas? In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M,

-
- organizadores. Bioética, riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 15-28.
- ^{lxxviii} Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. O Mundo da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/html/artigospdf/6.pdf>, Acesso em: 16 jan. 2007.
- ^{lxxix} Engelhard Jr, HT. Fundamentos da bioética. São Paulo. Loyola; 1998.
- ^{lxxx} Braz M. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M, organizadores. Bioética, riscos e proteção. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 45-61.
- ^{lxxxI} Goldhagen DJ. Os carrascos voluntários de Hitler: o povo alemão e o holocausto. São Paulo: Companhia das Letras; 1997.
- ^{lxxxii} Braz M. Bioética e violência. Revista de Bioética 2004; 12(2):77-97.
- ^{lxxxiii} Diniz D. Bioética: fascinación y repulsión. Acta Bioeth 2002; 8(1):41-46.
- ^{lxxxiv} Lyotard JF. La Condición postmoderna. Madrid: Cátedra; 1994.
- ^{lxxxv} Lipovetsky G. A Era do vazio: ensaio sobre o individualismo. Lisboa: Vozes, 1993.
- ^{lxxxvi} Giddens A. As conseqüências da modernidade. São Paulo: Unesp; 1991.
- ^{lxxxvii} Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. 4. ed. São Paulo: Loyola; 2002.
- ^{lxxxviii} Rawls J. Uma teoria da justiça. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- ^{lxxxix} Dejours C. A banalização da injustiça social. 5ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003.
- ^{xc} Pitta AM. Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico. Tese [Doutorado em Medicina] São Paulo: Departamento de Medicina, USP; 1989.
- ^{xcI} Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002; 10(2):137-144.
- ^{xcii} Casate JC, Correa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005; 13(1):105-111.
- ^{xciii} Diniz D. Bioética: um novo conceito. In: Weil P. A ética nos grupos. São Paulo: Ágora; 2002. p. 29-40.
- ^{xciv} Sennet R. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2003.

-
- ^{xcv} Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 1987.
- ^{xcvi} Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Abuso_de_poder. (acesso em: 21 dez. 2006).
- ^{xcvii} Hirigoyen, MF. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 2002.
- ^{xcviii} Barreto MMS. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC; 2003.
- ^{xcix} Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 23ª ed. São Paulo: Atlas; 2004.
- ^c Nardi HC, Silva RN. Ética e subjetivação: as técnicas e os jogos de verdade contemporâneos. In: Guareschi NMF, Hünning SM, organizadores. Foucault e a Psicologia. Porto Alegre: Abrapso Sul; 2004. p. 93-106.
- ^{ci} Lancman S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: Paralelo; 2004. p. 23-34.
- ^{cii} Sennet R. Respeito: a formação do caráter em um mundo desigual. Rio de Janeiro: Record; 2004.
- ^{ciii} Dejours C. Uma resposta durante o seminário “Sofrimento e prazer no trabalho”. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Brasília: Paralelo; 2004d. p.157-164.
- ^{civ} Levinas E. Totalidade e infinito. Lisboa: Edições 70; 1988.
- ^{cv} Durkheim E. Prefácio à segunda edição de a divisão do trabalho social. In: Os Pensadores: Comte e Durkheim. São Paulo: Abril; 1973.
- ^{cvi} Quintaneiro T, Barbosa MLO, Oliveira MG. Um toque de clássicos: Durkheim, Marx e Weber. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1996.
- ^{cvi} Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: MS, 2000.
- ^{cviii} Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc. Saúde Coletiva, 2004b; 9(1):7-14.
- ^{cix} Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface - Comunic, Saúde, Educ, 2005a; 9(17):389-406.
- ^{cx} Vaitsman JE, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10(3):599-613.

-
- ^{cx}_i Benevides R, Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005b; 10(3):561-571.
- ^{cx}_{ii} Puccini PT, Cecilio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5):1342-1353.
- ^{cx}_{iii} Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira ML. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10(3):669-675.
- ^{cx}_{iv} Bernardes AG, Guareschi, NMF. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. *Psicol. USP*, 2004; 15(3):81-101.
- ^{cx}_v Zusman W. Pode a Psicanálise oferecer algo na preservação do humano? *Rev Bras. Psicanálise* 1988; 32:945-951.
- ^{cx}_{vi} Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização: Documento Base 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- ^{cx}_{vii} Campos GWS. Um método para análise da co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
- ^{cx}_{viii} Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH - gestão e formação nos processos de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.
- ^{cx}_{ix} Brasil. Ministério da Saúde. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- ^{cx}_x Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Emerson EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2002. p. 71-112).
- ^{cx}_{xi} Deslandes SF. A construção do projeto de pesquisa. In: Minayo C. organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23 ed. Petrópolis: Vozes; 2004b.