



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Eliane dos Santos Teixeira

**A gota d'água, os transbordamentos e as transposições dos rios: o retorno dos  
trabalhadores de saúde após afastamento por depressão**

Rio de Janeiro

2022

Eliane dos Santos Teixeira

**A gota d'água, os transbordamentos e as transposições dos rios: o retorno dos  
trabalhadores de saúde após afastamento por depressão**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene de Castilho Sá.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The last straw, overflows and transpositions of the rivers: the healthworkers return to work after depressions'sick leave.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

T266g      Teixeira, Eliane dos Santos.  
              A gota d'água, os transbordamentos e as transposições dos rios: o retorno dos trabalhadores de saúde após afastamento por depressão / Eliane dos Santos Teixeira. — 2022.  
              271 f.

              Orientadora: Marilene de Castilho Sá.  
              Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

              1. Pessoal de Saúde. 2. Transtornos Mentais. 3. Retorno ao Trabalho. 4. Suicídio. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Depressão. I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Eliane dos Santos Teixeira

**A gota d'água, os transbordamentos e as transposições dos rios: o retorno dos trabalhadores de saúde após afastamento por depressão**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 07 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreiro  
Universidade Federal Fluminense

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Denise Scofano Diniz  
Instituto Unimed-Rio

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Simone Santos Silva Oliveira  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lilian Miranda  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marilene de Castilho Sá (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Para minha querida mãe Eny (in memoriam) e minha filha Ana Luiza,  
meus grandes amores...

## AGRADECIMENTOS

Começo os agradecimentos pela minha orientadora, professora e amiga Marilene de Castilho Sá que não apenas confiou no meu projeto como me amparou ao longo da travessia nessa jornada acadêmica. O seu dinamismo, o seu brilho e a sua força me provocam e instigam a efetuar deslocamentos de minha zona de conforto.

Agradeço imensamente às minhas queridas amigas Dê e Renatinha, não apenas pelo incentivo para voltar aos bancos escolares como também pelas inúmeras vezes que trocamos ideias sobre as nossas experiências de trabalho em comum, algumas das quais puderam ser revisitadas através dos meus estudos, neste curso. Assim como, igualmente agradeço à Wânia e Marina, duas companheiras queridas de estudos e reflexões.

Ao grupo de pesquisa “Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde” do qual faço parte, composto por queridas amigas, as professoras: Lilian Miranda, Denise Scofano Diniz, Elaine Sandra Amorin Savi, Maria Liana Gesteira Fonseca, Ana de Santa Cecília Massa, sob a coordenação de Marilene de Castilho Sá. Algumas destas gentilmente aceitaram participar da minha banca o que me deixou bastante lisonjeada pelo carinho e confiança. Neste pequeno grupo, entre reuniões, livros, blocos de notas, cafés e alguns bons cálices de vinho, foi possível compartilharmos robustas discussões teóricas e deliciosas conversas sobre a vida.

A todos os professores do Curso de Doutorado em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ que muito me inspiraram, me interpelando a vislumbrar novas perspectivas sobre a saúde coletiva e o SUS. Mas, em particular, o meu agradecimento àquelas que gentilmente aceitaram o convite para participar da minha banca de doutorado, a professora Simone Santos Silva Oliveira com quem tive a alegria de conviver como estagiária em uma de suas disciplinas e a professora Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreiro que tive o prazer de conhecer em disciplina coordenada pela professora Marilene. Ainda agradeço às professoras Lúcia Rotenberg e Maria Elizabeth Barros de Barros tão solícitas e que se dispuseram a ser suplentes em minha banca.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), órgão de fomento, pela bolsa de doutorado que me foi concedida.

A cada um dos colegas da turma de Doutorado (Saúde Pública-2018) que com a sua diversidade de pensamentos, formações acadêmicas e inserções profissionais, me propiciou acessar ideias novas e vivenciar a alegria rejuvenescedora do processo de aprendizado compartilhado.

À equipe da Secretaria Acadêmica que tão pacientemente me esclareceu sobre os aspectos administrativos ao longo desses quatro anos de doutorado.

À Juliana Martins Rodrigues, Luciana Cavanellas, Débora Bernardino, Cecília de Aquino, Denize Nogueira que concederam seu tempo e atenção para conversar comigo sobre o objeto da minha investigação enquanto se encontrava em fase de definições. Assim como, à Gizele da Rocha Ribeiro pelo apoio técnico à minha revisão bibliográfica.

A todos os meus colegas de trabalho, trabalhadores de saúde que, ao longo da minha trajetória profissional, compuseram comigo o meu mosaico de vivências, basilares para alinhar a prática à academia.

A todos os profissionais e gestores do meu campo de pesquisa, um hospital público, que abriram as portas desta instituição para a minha pesquisa. E dedico uma especial menção de agradecimento e todo o meu respeito aos sujeitos deste campo de pesquisa pela sua disponibilidade afetiva e de tempo, sem os quais, não seria possível a realização deste trabalho.

À minha amada filha Ana Luiza, luz do meu dia, que com a sua amorosidade e seus abraços acolhedores contribuíram para tornar o meu desafio pessoal e acadêmico um pouco mais leve.

Ao meu parceiro de vida e melhor amigo, meu marido Alexandre que tanto me deu suporte afetivo e material para estudar quanto pela sua paciência comigo em meus momentos de extrema ansiedade.

Agradeço ao meu pai Fabiano, primeiro universitário em sua família; sua esposa Amélia, avó de coração. Aos meus manos e amigos, Fábio, Luciano e Fabiana, esta última também minha afilhada. Às minhas cunhadas Ana Maria, Ciça, Rô. Aos meus sobrinhos e afilhados Juliano e o pequeno Pedro, à minha sogra Carmelita. Enfim, a esse núcleo familiar que trançou comigo uma potente rede de afetos.

Não posso deixar de agradecer à querida Marize cujo apoio vem sendo fundamental para o meu caminhar.

Finalizo agradecendo aos meus queridos compadres, amigos e demais familiares, pela compreensão por todo o tempo que acabei me ausentando de encontros para me dedicar aos estudos.

*“[...] Por trás da vitrina, há o sofrimento dos que trabalham [...]”*

*(DEJOURS, 2007, p. 27).*



## RESUMO

O retorno ao trabalho dos trabalhadores de saúde após licença psiquiátrica é um evento perpassado por múltiplos afetos para os próprios trabalhadores, equipes e instituições. Essa tese visa analisar como se dá esse processo de retorno ao trabalho após licença médica por depressão, em uma unidade hospitalar pública. Foi analisada como esta instituição recebe os trabalhadores após a licença; as percepções das equipes e o imaginário organizacional em relação à licença e retorno; as vivências e o destino dado ao sofrimento pelos trabalhadores que retornam; os limites e possibilidades de construção de novos sentidos e vínculos com o trabalho pelos que retornam. Essa investigação se apoia teórica e metodologicamente na Psicossociologia francesa enquanto uma abordagem clínica de pesquisa e na Psicodinâmica do Trabalho. Foram empregadas entrevistas individuais remotamente, em virtude do cenário de pandemia de COVID-19, com roteiro semiestruturado, para os trabalhadores da assistência e gestão e do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, mas com os trabalhadores que voltaram ao trabalho foi empregada a “história de vida laboral”. A análise possibilitou compreender algumas fontes de sofrimento e adoecimento psíquico, bem como percepções diversas e por vezes ambivalentes das equipes sobre os trabalhadores que retornam de licença tais como desconfiança, ressentimento e empatia. Quanto à instituição, destacaram-se os modos de gestão pouco flexíveis; processo de adoecimento psíquico dos trabalhadores invisibilizado; inexistência de política institucional para retorno ao trabalho e prevenção de suicídio; insuficiência de espaços coletivos de compartilhamento e diálogo. Aqueles que retornam relataram sentimento de solidão e pouco acolhimento. Quando voltam ao trabalho *sem restrições*, as estratégias para não tornar adoecer são de cunho individual, como solicitação de realocação de posto de serviço, de redução de carga horária e até de readaptação. Observaram-se marcadamente duas estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores, o “pacto de silêncio” em torno do sofrimento daqueles que retornam e o “imaginário de virilidade” fazendo frente ao “imaginário de muralha”, de “fortaleza” institucional. É questionável se o trabalhador que retorna conseguirá elaborar o próprio processo de depressão ou se permanecerá paralisado sob risco de tornar a adoecer. É imprescindível que se construam coletivamente políticas institucionais focadas no retorno ao trabalho de trabalhadores após adoecimento psíquico e em prevenção de suicídio. A depender do modo como for conduzida pela instituição, a oportunidade de voltar ao trabalho após licença médica, pode representar para o sujeito uma aposta na retomada da sua carreira, na reconstrução de sentidos do trabalho e de sua identidade profissional.

Palavras-chave: profissionais da saúde, distúrbios mentais, retorno ao trabalho, suicídio.

## ABSTRACT

The healthworkers return to work after mental disorders is an event that involves many affections for: professionals, their teams and institutions. This thesis aims to analyse the return to work process after sick leave for depression in an public hospital. In this particular case, how this institution receives healthworkers after their sick leave; teams'perceptions and organizational imaginary about sick leave and return to work; the healthworkers' experiences when they return to work; their possibilities and limits to establish affective bonds with their work. This research has a theoretical framework based on french psycho-sociological and psychodynamics of work. The research subjects have been remotely interviewed because of the COVID-19 pandemic. It has been used a semi-structured script with: healthworkers (assistance and management) and worker's health division. But it has been used professional life history with healthworkers who has returned to work after sick leave for mental disorders. It was possible to understand some sources of suffering that cause mental disorders and ambivalent perceptions of the teams about return to work, like suspicion, resentment and empathy. It was observed not flexible manegement models; invisibility of the illness process; lack of institutional return to work and suicide prevention policies; insufficiency of collective spaces for sharing and dialogue. Those people who have returned to work have related feeling without support from the institution, loneliness and lack of reception. It was observed that when people return to work unrestricted, they employ self strategies like request for: workplace changing, decreasing working hours and role changing at work. It is possible to highlight two collective defense strategies: "pact of silence" about the suffering at work and "imaginary virility" to face institutional "imaginary wall" (fortress). Regarding the return to work, it speculates if healthworker will get psychic elaboration for his depression or will remain stagnant and get sick again. It is essential to build collectively institutional policies for returning to work and regarding to suicide prevention. The return to work depends on the way in which the institution will handle with this situation. Thus, it can be an opportunity to healthworker to reconstruct meanings about his work and his professional identity.

Keywords: health professionals, mental disorders, return to work, suicide.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APH	Adicional de Plantão Hospitalar
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centros Estaduais e Regionais de Referência
CID	Código Internacional de Doenças
CRP	Centro de Reabilitação Profissional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
NRP	Núcleo de Reabilitação Profissional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRP	Programa de Reabilitação Profissional
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SIASS	Subsistema Integral de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtornos de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>SOBRE GOTA D'ÁGUA E TRANSBORDAMENTOS DO TRABALHO POR ADOECIMENTO</b> .....	22
2.1	O CONTEXTO DA SOCIEDADE OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA .....	22
2.2	SOFRIMENTO E ADOECIMENTO .....	27
2.3	O SOFRIMENTO E O ADOECIMENTO NO (E PELO) TRABALHO .....	31
2.4	O SUICÍDIO E O SUICÍDIO NO TRABALHO .....	37
<b>3</b>	<b>TRANSPOSIÇÕES DO CURSO DO RIO: O RETORNO AO TRABALHO</b> .....	46
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL .....	48
3.2	ORGANIZAÇÕES, INSTITUIÇÕES E GRUPOS .....	52
3.3	OS PAPÉIS SE INVERTEM: QUANDO O TRABALHADOR PRECISA SER CUIDADO .....	54
<b>3.3.1</b>	<b>A saúde do trabalhador no SUS</b> .....	55
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	64
4.1	O CAMPO DE PESQUISA E SEUS DESAFIOS .....	64
4.2	A ESCOLHA DO CAMPO DE PESQUISA .....	69
4.3	O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA .....	73
4.4	A MATERIALIZAÇÃO DO PROCESSO DE PESQUISA .....	77
<b>4.4.1</b>	<b>Os rios do Brasil: uma pequena nota de esclarecimento</b> .....	80
4.5	O RIO E O DESVIO DE CURSO: A PESQUISA DE CAMPO EM CONTEXTO PANDÊMICO .....	80
<b>5</b>	<b>BOAS-VINDAS! IDEALIZAÇÕES E DESTINOS DAS IDEALIZAÇÕES</b>	87
<b>6</b>	<b>QUANDO O REAL TRANSBORDA: FONTES DE SOFRIMENTO NO TRABALHO</b> .....	95
6.1	ALGUMAS FONTES DO SOFRIMENTO E ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES .....	99
6.2	OS PROCESSOS DE TRABALHO: ENTRE SILÊNCIOS E SUSSURROS ...	104
<b>6.2.1</b>	<b>Os meandros dos processos de trabalho na pandemia da COVID-19</b> .....	129
<b>7</b>	<b>A MURALHA: O IMAGINÁRIO DE DOMÍNIO NA GESTÃO DOS TRABALHADORES</b> .....	141
<b>8</b>	<b>SUBMERSO SOB ÁGUAS PLÁCIDAS: O ADOECIMENTO E O AFASTAMENTO DO TRABALHO</b> .....	152

8.1	O SUICÍDIO EM QUESTÃO ENTRE SOMBRAS E ENTRELINHAS .....	165
9	<b>“E AÍ, VOLTOU?”: O RETORNO AO TRABALHO E O REENCONTRO COM A SOLIDÃO .....</b>	<b>176</b>
9.1	O RETORNO SEM RESTRIÇÕES .....	177
9.2	A READAPTAÇÃO .....	196
10	<b>SOBRE MUDANÇAS DE LEITOS E DE CURSOS: TRANSPOSIÇÕES E NOVOS SENTIDOS PARA O TRABALHO .....</b>	<b>210</b>
11	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS OU A TERCEIRA MARGEM DO RIO .....</b>	<b>222</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>242</b>
	<b>APÊNDICE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para trabalhadores de saúde do núcleo de saúde do trabalhador (para atividade remota) .....</b>	<b>252</b>
	<b>APÊNDICE II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os trabalhadores de saúde (em geral) que atuam na assistência (para atividade remota) .....</b>	<b>257</b>
	<b>APÊNDICE III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os trabalhadores que retornam ao trabalho após licença médica (para atividade remota) .....</b>	<b>262</b>
	<b>APÊNDICE IV: Modelo do Termo de Anuência da Instituição Hospitalar ..</b>	<b>267</b>
	<b>APÊNDICE V: Ficha de dados pessoais .....</b>	<b>268</b>
	<b>APÊNDICE VI: Roteiro de entrevista (para trabalhadores em geral e o núcleo de saúde dos trabalhadores) .....</b>	<b>269</b>
	<b>APÊNDICE VII: Roteiro de História de Vida Laboral .....</b>	<b>270</b>
	<b>APÊNDICE VIII: Quadro de localização dos rios do Brasil .....</b>	<b>271</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*[...] Deixe em paz meu coração que ele é um pote até aqui de mágoa. E qualquer desatenção, faça não Pode ser a gota d'água [...] Gota D'Água (PONTES e BUARQUE, 1975)*

A música “Gota d’água” do Chico Buarque, baseada no épico *Medéia*<sup>1</sup>, me transporta ao universo das emoções levadas ao seu limite: paixão, cobiça, amor, ódio, gerando atitudes extremas de entrega, resistência, luto, humilhação, vingança. A peça teatral de mesmo nome traz a história de Joana que foi abandonada com os dois filhos, pelo seu amor mais jovem. Joana, então, cega pela paixão, planeja se vingar do amante, matando aos filhos e se suicidando. O clima de tensão segue, assim, num crescente em que todos os personagens estão prestes a extravasar seus descontentamentos, como um “copo d’água” prestes a transbordar.

Deste modo, esta imagem perturbadora evoca lembranças do meu exercício profissional, especialmente em hospitais públicos, quando, muitas vezes, somos testados até o limite do que somos capazes de suportar. Ao longo da minha carreira como profissional de saúde, não raramente convivi com pessoas cuja “gota d’água” transbordou em crises e experiências de profundo sofrimento. Algumas destas expressas através do adoecimento e, em casos extremos, através de tentativa de suicídio dentro e fora do trabalho.

Porém, retornar ao trabalho ao término de um período afastado por licença médica, não necessariamente corresponde retomar a atividade exatamente do ponto em que a deixou. É preciso um esforço contínuo para construir, no cenário do trabalho, novas maneiras de lidar com o seu “pote de mágoas”, entendendo “mágoas” como uma metáfora que traduz a multiplicidade de afetos e representações envolvidos no processo de volta às atividades laborais.

Daí, a escolha deste título orbitar em torno das imagens trazidas pela peça de teatro “Gota D’água” que nos remete tanto aos dramas engendrados nos processos de trabalho das organizações de saúde que levam os trabalhadores ao limite do que é possível suportar de sofrimento, quanto à imagem de o que (e como) fazer para lidar com este “pote de mágoas” depois que este transborda.

A metáfora gota d’água me inspirou desde o início da elaboração do projeto,

---

<sup>1</sup>Tragédia grega de Eurípides datada de 431 a.C. Vide referências bibliográficas.

entretanto, à medida que avancei na construção deste trabalho, uma outra metáfora permeou a minha experiência diante de toda a problemática estudada: a de um rio.

O rio e toda a sua abundância que com seus desvios e excessos transbordantes, entre a beleza de seus córregos e quedas d'água arrebatada a nossa imaginação sobre a exuberância da potência de vida e o seu avesso ameaçador da sua potência de morte. Vida e morte sob o mesmo signo tal qual o trabalho em saúde. O ponto de partida deste projeto é, portanto, o que acontece, após o extravasamento das águas para os trabalhadores de saúde e a organização em que atuam.

Este trabalho se trata, pois, de tese de doutoramento em Saúde Pública cujo objeto é o retorno dos trabalhadores de saúde que atuam em um hospital público federal e que se licenciaram em virtude do diagnóstico de depressão e/ou ansiedade. A proposta não é destacar exclusivamente o sujeito, mas buscar compreender o que acontece entre os sujeitos (trabalhadores de saúde da assistência e da gestão) e a organização em que atuam.

Embora eu entenda o quanto seria frutífera a ampliação do campo para outros pontos de atenção da rede pública com outros níveis de complexidade, inclusive, agregando as unidades hospitalares da rede privada, optei por abordar especificamente uma única unidade hospitalar pública federal especializada em oncologia, no Brasil. E visando garantir o máximo de privacidade aos sujeitos da pesquisa atribui o nome fictício à esta instituição de “Hospital Amazonas”.

A escolha do Hospital Amazonas se deu sobretudo em função da possibilidade de identificar, nesta estrutura organizacional, a existência de um serviço de saúde do trabalhador já instituído, voltado para a vigilância e atenção à saúde dos trabalhadores e que integra o grupo de sujeitos desta pesquisa. É importante ressaltar que, para tanto, foi assinado um Termo de Anuência pela direção da unidade hospitalar em que foi realizada esta pesquisa e cujo modelo se encontra no Apêndice IV do presente trabalho.

Entendo que iniciar este projeto por uma breve narrativa pessoal contribuirá para uma melhor compreensão de um conjunto de acontecimentos que me levou a tecer este caminho. Formei-me psicóloga, numa universidade pública com críticas a um modelo de trabalho em que muitos profissionais se mantinham isolados em seus consultórios particulares. Talvez, por este motivo, sempre tenha me interessado em trabalhar com grupos maiores, em escolas, ministrando palestras em instituições religiosas e associações comunitárias, assim como, trabalhando com grupos menores, em clínica e outros. Em 1990, ingressei no Mestrado “Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social”, também em universidade pública, tempo este em que tive as minhas primeiras aproximações com as ciências sociais e a

psicossociologia.

Dois anos depois, fui lotada, como psicóloga concursada, no nível central de uma Superintendência Municipal de Saúde Coletiva<sup>2</sup>. Ali tive o meu primeiro contato com o recém-instituído Sistema Único de Saúde (SUS). Foi, portanto, nas unidades públicas de saúde, ao lado de colegas de diferentes campos de saberes, a maioria deles, sanitaristas, que aprendi, na prática, o quanto era potente a saúde coletiva.

Ao longo dos anos, passando por variadas inserções profissionais, tive a oportunidade de atuar como “apoiadora institucional”, em hospitais gerais. O “apoio institucional”, segundo Campos, Cunha e Figueiredo, se trata de “uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão e que [...] “pressupõe a cogestão, isto é, negociação, mediação de conflitos [...]” (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013, p. 51-52). Há muitos outros aspectos envolvidos neste processo que sequer são cogitados quando as estratégias de implantação são pensadas no nível da gestão (DINIZ e TEIXEIRA, 2016). Por este motivo, estas atividades contribuíram para que eu, apesar de lidar com ferramentas gerenciais, não me distanciasse de elementos concernentes à subjetividade como ponto de partida para o cuidado.

Portanto, voltei a trabalhar, no âmbito das ‘micropolíticas’, ou seja, lidando com os processos de organização dos serviços, numa perspectiva de gestão do cuidado. Consequentemente, pude retomar o convívio direto com profissionais da assistência de diversas categorias, gerentes de serviços, usuários e acompanhantes.

Foi através da minha atuação como “apoiadora institucional” (CAMPOS, 2012), em um Serviço de Emergência de um hospital geral, que me senti motivada a voltar aos “bancos escolares” (doutorado). A função de apoiadora me produziu deslocamentos das mais variadas nuances acerca da minha compreensão sobre o cuidar. Um destes deslocamentos foi a possibilidade de ampliar a atenção para o modo como se constrói este cuidado a partir de uma crítica a aplicação de ferramentas de gestão do cuidado a “qualquer custo”. E uma perplexidade ao observar que por mais que os programas de saúde recebessem recursos materiais do Ministério da Saúde (MS) para serem implantados, cada grupo e suas organizações estabeleciam diferentes entendimentos e reações sobre o modo de como lidar com estes recursos.

Aproximei-me, então, em 2014, da Linha de Pesquisa “Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde”<sup>3</sup> conhecendo alguns autores da Psicossociologia Francesa e

---

<sup>2</sup> Em um município da periferia metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)



Psicodinâmica do Trabalho. Pude vislumbrar naquelas leituras a perspectiva de conceituar teoricamente alguns aspectos do meu trabalho que tanto me angustiavam, naquela ocasião. Especialmente quando comecei a perceber o quanto pareciam se encontrar vulneráveis ao adoecimento aqueles trabalhadores de saúde que se dedicavam a cuidar dos usuários, e o quanto eu, como apoiadora, não me diferenciava deles em relação a esta vulnerabilidade.

Chamava-me a atenção a forma aguerrida com que muitos trabalhadores de saúde se implicavam com o trabalho, se dedicavam e se organizavam, apesar das agruras diárias, ou seja, as precariedades materiais e de outras ordens. A capacidade de lidar com as adversidades de maneira criativa e com bom humor me intrigavam e cativavam. Havia, inclusive, colegas que diziam que não saberiam o que fazer se as ‘ameaças’ de fechamento do serviço de Emergência se concretizassem, pois não se viam atuando em nenhum outro setor que pudessem ser lotados.

Ao mesmo tempo, preocupava-me o aumento do absenteísmo e licenças médicas, em períodos mais críticos pela qual a organização passava<sup>4</sup>. Em vários momentos, vivenciei, lado a lado com os profissionais e gestores, as implicações de se trabalhar em contextos sociais e políticos adversos, em uma unidade hospitalar. E cheguei a ser testemunha de situações extremas de adoecimento psíquico de alguns profissionais de saúde que me colocaram em xeque quanto às minhas limitações técnicas e pessoais como apoiadora institucional. A imagem que eu tinha era de estar num ‘front’ de guerra, vendo cada um dos soldados guerreiros sendo abatidos e imaginando se eu mesma não seria a próxima a cair em combate. Evidenciava-se, portanto, um enorme paradoxo: como que, nas situações de trabalho, sob as mesmas condições, nem todos expressavam sofrimento, ao passo, que tantos outros não apenas sofriam, como acabavam adoecendo?

Parecia haver muitas situações clínicas que levavam os profissionais a necessitarem de licença médica e cujas causas não eram mencionadas claramente no seu retorno ao trabalho. Era como se existisse um constrangimento que impedisse estes trabalhadores, na volta ao trabalho, de verbalizar as causas do afastamento, especialmente, quando não diziam respeito às doenças de ordem física. As crises de ansiedade, o uso de drogas lícitas ou ilícitas, as insônias persistentes, as depressões não costumavam ser declaradas explicitamente pelo

---

<sup>4</sup> Eram pressões de todas as naturezas como: do Ministério Público para o funcionamento do serviço; críticas da mídia à superlotação do serviço; pressões do corpo diretor quanto à necessidade de esvaziamento dos espaços ocupados a qualquer custo para que mais pacientes pudessem ser atendidos; pressões das unidades de internação para não absorver todos os casos oriundos da emergência; por fim, a também legítima cobrança da população pelo acesso ao hospital para quem estava fora ou, simplesmente, por uma maca para se deitar, para os que conseguiam permanecer na Emergência.

trabalhador, sequer pelos seus colegas e chefias. Muitas vezes, só se tinha ideia do que se passava quando estes assuntos eram abordados, por entre frestas e sussurros, nos corredores. Sem contar que ainda havia as tentativas de suicídio cujo silêncio em torno deste tema se fazia presente. E quando este vinha à baila, havia uma extrema reserva tanto pelos pares quanto pelos gestores. A imagem que eu tinha era que a palavra “suicídio” seria uma espécie de chave para a abertura da ‘Caixa de Pandora’<sup>5</sup> e de onde eclodiria uma ‘epidemia’ de suicídios no hospital. Deste modo, simplesmente as pessoas voltavam de suas licenças médicas ao trabalho, muitas vezes, como se nada houvesse acontecido.

Por isso, emergiu a necessidade de ampliar e aprofundar o conhecimento sobre os movimentos reais e simbólicos que ocorrem nos hospitais públicos e que sentidos os grupos de profissionais de saúde, tanto os trabalhadores da assistência quanto os da gestão, dão às suas práticas quando retornam ao trabalho após afastamento através de licença médica, aspectos estes, centrais na temática doravante abordada.

O presente estudo se apoia sobre dois pilares teórico-conceituais: a Psicossociologia e a Psicodinâmica do Trabalho. A Psicossociologia se desenvolveu na Europa a partir de experiências americanas e inglesas (Lewin, Moreno, Rogers, Bion, Balint e outros), tendo tido um rápido desenvolvimento na França, nos finais dos 50. Atualmente, a Psicossociologia Francesa, se constitui um “conjunto de práticas de intervenção e de pesquisa que incidem nas problemáticas de sujeitos em situações sociais [...]” (BARUS-MICHEL, ENRIQUEZ e LÉVY, 2005, p. XVI). Tem como fonte, pois, a antropologia, a sociologia, a psicanálise, as ciências da linguagem, a psicologia, a psicologia social, a filosofia, “reinterpretando” alguns dos seus conceitos, métodos e objetivos, sem perder a sua “coerência interna”. Do ponto de vista epistemológico, apresenta uma orientação predominantemente voltada para o sofrimento e a produção de sentidos (BARUS-MICHEL, ENRIQUEZ e LÉVY, 2005). Serão abordadas, então, as contribuições dos autores: Eugène Enriquez, Vicent de Gaulejac, Teresa Cristina Carreteiro, Marilene de Castilho Sá e outros, para se buscar entender as interrelações estabelecidas entre os sujeitos e as organizações, no que diz respeito ao trabalhador de saúde e sua inserção nas unidades hospitalares.

A Psicodinâmica do Trabalho desenvolvida por Christophe Dejours foi assim conceituada em função do objeto desta disciplina, como uma “análise psicodinâmica das situações de trabalho”. E também apresenta uma orientação epistemológica clínica. O termo “psicodinâmica” é oriundo da teoria psicanalítica e designa estudo dos movimentos

---

<sup>5</sup> Trata-se de uma referência à “artefato que, na mitologia grega que continha todos os males do mundo [...]” Disponível em: <https://www.dicio.com.br/caixa-de-pandora/> . Acesso em: 16 agos. 2019.

psicoafetivos “gerados pela evolução dos conflitos intersubjetivos e intrasubjetivos” (SELIGMANN-SILVA, 2012, p. 19). No entanto, o centro desta disciplina não é a dinâmica intrapsíquica como na psicanálise, mas a psicodinâmica do trabalho, isto é, os processos intersubjetivos que se estabelecem nos locais de trabalho. Privilegia, assim, as relações com outros sujeitos e os coletivos. Segundo Dejours e Abdoucheli: “A intersubjetividade aparece no próprio centro da organização do trabalho, e esta é, definitivamente, sobredeterminada pelas relações sociais de trabalho [...]” (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012, p. 139). Dejours e Abdoucheli (2012) entendem como organização do trabalho, a divisão do trabalho (divisão de tarefas e modo operatório prescrito) e a divisão de homens (repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle). Para estes autores, a organização do trabalho, pois, atua no funcionamento psíquico. A divisão do trabalho incita o interesse e o sentido do trabalho para o sujeito. Ao passo que a divisão de homens demanda relações entre as pessoas o que mobiliza investimentos afetivos: amor, ódio, amizade, solidariedade, confiança.

Posto isto, pretendo partir de alguns de seus conceitos sobre a dinâmica prazer e sofrimento para discutir especificamente as organizações hospitalares, seus processos e organização do trabalho, bem como as interrelações estabelecidas entre seus trabalhadores.

É necessário dizer que este estudo não apenas foi nutrido por um pesar frente a tantos trabalhadores de saúde que sucumbem ao adoecimento psíquico e buscam forças para se reinserir ao trabalho após a licença médica. Mas foi também construído a partir do meu desejo de encontrar respostas a um conjunto de inquietações explicitadas adiante juntamente com um sentimento esperançoso no potencial criativo dos trabalhadores para encontrar caminhos para ressignificar a sua inserção no trabalho.

Segundo Dejours e Abdoucheli (2012), apesar de todas as pressões organizacionais, nem todos os trabalhadores adoecem, sendo este fato considerado um “enigma”<sup>6</sup>. Daí que uma das primeiras inquietações quanto ao objeto é entender quais elementos da dinâmica estabelecida nas organizações de saúde contribuem para o processo que vai desde o adoecimento no trabalho até o retorno deste trabalhador às atividades laborais.

Assim, o objetivo geral dessa tese é analisar como se dá o retorno ao trabalho dos trabalhadores de saúde que precisaram ser afastados em decorrência de licença médica por depressão, em um hospital público federal.

Uma vez que os trabalhadores são afastados em função de licença médica, estes

---

<sup>6</sup> Abordarei a questão do “enigma” ao qual Dejours se refere, mais adiante.

passam a ocupar um outro ‘status’ nas organizações em que trabalhavam, deixando de integrar suas equipes e postos de trabalho. No caso das unidades hospitalares, o trabalhador de saúde deixa a posição de cuidador para ocupar a posição em que deverá ser cuidado. Como as organizações de saúde se estruturam e se organizam para receber os trabalhadores que retornam ao trabalho após afastamento por licença médica em função de terem manifestado depressão?

Será que os trabalhadores quando retornam da licença médica em função de transtornos mentais se sentem envergonhados ou percebem algum tipo de discriminação pelo diagnóstico que os afastou do trabalho? Por isso, cabe investigar que vivências e sentimentos os trabalhadores de saúde experienciam quando voltam a trabalhar após a licença médica pelos motivos citados.

Ademais, pensando do ponto de vista das equipes de trabalho em que estes trabalhadores que foram licenciados estavam inseridos, quais seriam os imaginários compartilhados pelas organizações de saúde em relação aos trabalhadores que retornam de licença médica em função das questões abordadas? O que os colegas dos trabalhadores licenciados esperam deles quando voltam às suas atividades após a licença médica? As expectativas dos colegas afetariam os trabalhadores em processo de retorno ao trabalho? Em caso afirmativo, quais seriam os possíveis efeitos destes imaginários das organizações de saúde sobre o retorno ao trabalho nos trabalhadores de saúde que se encontram licenciados? Na outra ponta do mesmo ‘vetor’, haveria efeitos deste retorno ao trabalho sobre a equipe daqueles que se licenciaram? Em caso afirmativo, quais seriam os efeitos deste retorno ao trabalho sobre as práticas e os vínculos dos grupos de trabalhadores, nos espaços em que se dão este processo de reinserção?

A partir deste corpo de questionamentos levantados, delinee os seguintes objetivos específicos para a presente pesquisa:

- Analisar como a organização recebe os trabalhadores no seu retorno ao trabalho após a licença médica por depressão.
- Analisar os sentimentos, as percepções, as vivências das equipes de trabalho e o imaginário organizacional em relação à licença e retorno dos trabalhadores com adoecimento psíquico:
- Analisar como os trabalhadores que retornam ao trabalho após a licença médica percebem e vivenciam o próprio retorno e quais os sentidos e destinos dados ao seu sofrimento durante este processo.

- Analisar os limites e as possibilidades de construção de novos sentidos e de (re) estabelecimento de vínculos pelos trabalhadores que retornam de licença médica, como consequência do adoecimento psíquico citado anteriormente.

É importante dizer, porém, que existe um outro aspecto que me desassossega que diz respeito ao fato de, muitas vezes, este sujeito que foi licenciado por depressão, acabar precisando retornar para os mesmos locais em que se encontrava antes do processo de adoecimento. Para tanto, será preciso que os trabalhadores que retornam da licença médica estabeleçam normatividades para lidar com as infidelidades do meio (CANGUILHEM, (2009 [1966]) na busca de ressignificar a relação com este trabalho e não tornar a adoecer.

Cabe destacar que durante a sistematização deste estudo o mundo foi atravessado pela pandemia da COVID-19, ponto de inflexão histórico, social e econômico em todo o mundo. Enfim, uma intensa vivência de catástrofe sanitária e psicossocial, como assinalam Sá, Miranda e Magalhães (2020) pois ratificou o “potencial disruptivo” desse imaginário de autossuficiência das sociedades neoliberais, em que ocorre uma invasão da realidade externa, sem mediação, sobre a realidade psíquica (interna). Segundo Sá, Miranda e Magalhães (2020) baseadas na leitura de Renès Kaës (2005), as catástrofes sociais são mais arriscadas de se prever do que aquelas definidas pelas ciências naturais. As catástrofes sociais põem em xeque a integridade da “organização psíquica individual, grupal ou institucional” em que a violência e as angústias acompanham as mudanças resultantes dos acontecimentos catastróficos. As vivências e afetos, no contexto de catástrofe, são vinculadas à dificuldade de representar o real. Por isso, no meu entendimento, haver uma premência de políticas públicas visando contemplar estratégias visando atenuar os efeitos traumáticos da pandemia sobre o psiquismo dos trabalhadores de saúde.

Aliás, foi também em função do contexto pandêmico que me vi obrigada a redesenhar a minha proposta metodológica de modo a adequá-la às condições vivenciadas naquela ocasião. Afinal, se tratava de uma proposta de realização de uma investigação em uma unidade hospitalar justamente em pleno momento de crise sanitária.

Se antes da pandemia, inúmeros fatores favoreciam o sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde, provavelmente durante a pandemia, alguns aspectos se exacerbaram devido ao aumento de volume de trabalho; o medo de adoecer e/ou contaminar seus familiares; o acompanhamento de situações sofridas para pacientes e seus familiares, etc.;

tornando inevitáveis os afastamentos por sofrimento psíquico. Por sua vez, talvez a pressão<sup>7</sup> para não entrarem de licença médica ou para o retorno imediato ao trabalho, após a licença médica, sejam intensificados, tensionados pela urgência de reposição da força de trabalho de modo a atender à demanda reprimida, nos serviços de saúde.

Os dois primeiros capítulos são dedicados ao marco teórico-conceitual desse trabalho, estabelecendo um diálogo entre o presente objeto de pesquisa e alguns autores basilares da Psicossociologia Francesa e Psicodinâmica do Trabalho. Desse modo, no primeiro capítulo procuro compreender as condições envolvidas no processo de adoecimento psíquico que levam o sujeito a precisar ser afastado através de licença médica. Assim, abordo o contexto social e seus efeitos sobre a subjetividade, assim como os processos de sofrimento/adoecimento no (e pelo) trabalho e o suicídio no trabalho. No segundo capítulo contextualizo o cenário de reabilitação profissional e saúde do trabalhador do SUS. E ainda diferencio os tipos de retorno ao trabalho a partir do Regime Jurídico Único dos servidores públicos.

No terceiro capítulo, desenvolvo o meu percurso metodológico, inclusive as mudanças necessárias em seu desenho original em decorrência do contexto pandêmico. Esclareço os motivos da escolha do campo de pesquisa, quem são os sujeitos e como se deu o encontro com os mesmos.

Do quarto até o nono capítulo, trago as análises acerca dos resultados da pesquisa a partir do encontro com os sujeitos baseada no referencial teórico adotado. Busquei, pois, trabalhar seguindo uma lógica que se aproximasse da trajetória do trabalhador de saúde no interior da organização, ou seja, a sua chegada à instituição, os processos que levam o trabalhador a sofrer/adoecer, o afastamento nos casos de adoecimento, o retorno ao trabalho após a licença psiquiátrica e a busca de saídas encontradas pelos trabalhadores para não adoecer.

Portanto, o quarto capítulo aborda a chegada dos trabalhadores ao Hospital Amazonas com as suas idealizações acerca da instituição. Como percebem a sua inserção e integrar uma equipe de trabalhadores de uma instituição de excelência.

No quinto capítulo, discuto algumas fontes de sofrimento/adoecimento a partir do momento que os trabalhadores se veem diante do real do trabalho. Trago alguns elementos dos processos de trabalho dessa instituição, suas cegueiras e silenciamentos em torno do

---

<sup>7</sup> Refiro-me às pressões que se dão informalmente nas relações interpessoais dos trabalhadores com suas lideranças já que formalmente os afastamentos por licença médica se constituem um direito garantido aos trabalhadores.

sofrimento dos trabalhadores. Para terminar, abordo o quanto o contexto da pandemia reverberou nos trabalhadores a partir da necessidade de inúmeras mudanças na organização do trabalho.

No sexto capítulo, parto do “imaginário de muralha”, de “fortaleza”, envolvendo a instituição, campo desta pesquisa, para refletir sobre os efeitos desse imaginário sobre a saúde mental dos trabalhadores.

O sétimo capítulo é voltado para esmiuçar o processo de adoecimento psíquico e afastamento dos trabalhadores que parece ser tão pouco visível para a instituição, especialmente nos casos daqueles trabalhadores que retornam ao trabalho sem que sejam necessárias ser adotadas restrições à sua reinserção.

O oitavo capítulo traz os múltiplos olhares sobre o retorno ao trabalho: pelos próprios trabalhadores que retornam com ou sem restrições, pelas equipes (colegas e chefias), pela instituição em geral.

Por fim, no nono capítulo, discuto as possíveis mudanças de rumos, no trabalho, estabelecidas não apenas pelos trabalhadores que retornam de licença psiquiátrica, mas pelos demais trabalhadores dessa instituição que foram entrevistados no sentido de tentar dar novos sentidos e contornos ao trabalho realizado.

## 2 SOBRE GOTA D'ÁGUA E TRANSBORDAMENTOS: O AFASTAMENTO DO TRABALHO POR ADOECIMENTO

### 2.1 O CONTEXTO DA SOCIEDADE OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA

Os países periféricos, como o Brasil, testemunham o avanço da hegemonia ideológica neoliberal que tem entre os seus objetivos a desregulação dos mercados nacionais e internacionais, afetando o mercado de trabalho e propiciando a redução do tamanho do Estado e, conseqüentemente, de suas responsabilidades sociais. Uma das conseqüências nefastas desse encolhimento do Estado é o ataque às políticas sociais, inclusive, as de saúde (ALMEIDA, 2012).

Atualmente, alinhado com a essência política da ideologia neoliberal, é possível observar, no Brasil, um verdadeiro desmonte do SUS, afetando<sup>8</sup>, desse jeito, não apenas os usuários deste sistema, mas também a todos os trabalhadores que atuam pautados em suas diretrizes. De acordo com Almeida (2012), todas essas facetas do neoliberalismo acabam por:

exacerbar a perspectiva individual dos problemas da sociedade em contraposição ao coletivo e têm exigido mudanças institucionais profundas, além de trazer sérias conseqüências para o desenvolvimento econômico, político e social [...] (ALMEIDA, 2012, p. 764).

Desse modo, essa conformação política, social e econômica reverberou no mundo do trabalho através de uma perspectiva produtivista que privilegia os ganhos salariais atrelados à produtividade e lucratividade, resultando, entre outros aspectos, em flexibilização, informalidade, precarização das condições de trabalho dos trabalhadores brasileiros (ANTUNES e PRAUN, 2015).

Podemos observar, então, que os serviços de saúde, mesmo os que integram a rede pública de saúde vêm sendo perpassados por essa lógica produtivista. E, assim, são submetidos à pressão para apresentar resultados quantitativos cujas conseqüências não necessariamente são positivas para os usuários e trabalhadores.

Busquei, então, conhecer o estado da arte de estudos e pesquisas centrados na temática de retorno ao trabalho de trabalhadores de saúde após afastamento por adoecimento psíquico, a partir de uma revisão de literatura do tipo Narrativa cuja temática é mais aberta,

---

<sup>8</sup> Não apenas os ideários, mas também cancelando concretamente várias políticas e programas de saúde através de resoluções e portarias.



sem o emprego de um protocolo rígido para sua confecção e cuja seleção é mais sujeita à interferência da percepção subjetiva (CORDEIRO et al., 2007).

Efetuei o levantamento bibliográfico em três momentos sem recorte temporal. Foram incluídas: publicações em português, espanhol e inglês; pesquisas empíricas com metodologias qualitativas; áreas da saúde/educação que conjugassem os termos desta revisão; relatos e estudos de casos; revisões; revistas especializadas em saúde. Ao passo que foram excluídas: as faixas etárias de crianças, adolescentes e idosos como sujeitos; pesquisas empíricas com metodologia quantitativa (escalas, testes, questionários); adoecimento físico; reabilitação física; dados econômicos sobre o retorno ao trabalho; benefícios previdenciários; perícia médica; publicações sem acesso aberto; repetições e artigos baseados nas teses e dissertações selecionadas. Empreguei nos primeiros e segundo momentos, os operadores booleanos: “AND”, “OR” e “AND NOT”.

No 1º momento, selecionei mais livremente publicações referentes ao retorno ao trabalho de trabalhadores de saúde após licença médica devido aos transtornos mentais. Os termos de busca combinados em várias estratégias foram: ‘adoecimento psíquico’, ‘trabalhador de saúde’, ‘retorno ao trabalho’, ‘licença médica psiquiátrica’, ‘licença médica’, ‘cuidado’, ‘reintegração ao trabalho’; ‘reabilitação profissional’, ‘profissionais de saúde’, ‘afastamento por transtorno mental’, ‘doença mental’, ‘discriminação’, ‘return to work’, ‘health personnel’, ‘mental disorders’, ‘occupational health’. Considerei ‘42’ publicações elegíveis para a leitura do texto na íntegra e destas, após serem lidas na íntegra, foram selecionadas ‘05’.

No 2º momento, incluí os temas ‘suicídio’ e ‘suicídio no trabalho’, acrescentando, então, os termos: ‘suicídio’, ‘sofrimento psíquico’, ‘readaptação’, ‘afastamento do profissional’, ‘transtorno mental’, ‘suicide’, ‘mental health’, ‘stress, psychological’, ‘sick leave’, ‘suicide at work’, ‘hospital’. Identifiquei serem elegíveis ‘77’ publicações e após serem lidos integralmente, selecionamos ‘12’. As bases de dados empregadas nos 1º e 2º momentos foram: ‘Scielo Integrado’, ‘Scopus’, ‘Biblioteca Virtual em Saúde - BVS Regional (Bases Medline e Lilacs)’, ‘Oasis Ibiict’, ‘Google Acadêmico’ e ‘Web of Science’.

No 3º momento, selecionei publicações referidas nas publicações analisadas no 1º e 2º momentos. Entre as ‘21’ publicações lidas na íntegra, ‘08’ foram selecionadas. Somando-se as ‘05’ publicações selecionadas do 1º, com as ‘12’ do 2º e ‘08’ do 3º momento, tem-se ‘25’ publicações analisadas, no final. Essas ‘25’ publicações selecionadas (‘19’ publicações nacionais e ‘06’ internacionais) se distribuem em: ‘14’ pesquisas empíricas, ‘04’ revisões de literatura, ‘02’ artigos de opinião e ‘05’ ensaios.

Desse modo, as ‘25’ publicações selecionadas foram analisadas a partir de cinco eixos considerados centrais para futuros estudos sobre a problemática tratada, tendo como base teórica a psicossociologia francesa e a psicodinâmica do trabalho. Esses eixos abrangem aspectos teóricos, metodológicos e de possibilidade de intervenção na realidade social a saber: “estratégias de pesquisa”; “adoecimento pelo trabalho”; “significados do retorno ao trabalho para os trabalhadores”; “possíveis correlações entre o ‘suicídio’ e o ‘trabalho’”; e “elementos para a elaboração de políticas institucionais”.

A partir daí, identifiquei que alguns trabalhos enfatizam o quanto este contexto social de flexibilização e precarização social, resultantes do avanço do neoliberalismo, no século XX, produzem efeitos sobre o adoecimento físico e mental dos trabalhadores, assim como levam a um aumento do número de acidentes de trabalho (FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010; ANTUNES e PRAUN, 2015; PRAUN, 2018).

Dessa forma, considerando o fato de que o trabalhador de saúde lida com outros sujeitos em sofrimento, a flexibilização e a precarização destes vínculos são, no mínimo, perversas. E esta situação se torna ainda mais crítica para os trabalhadores de saúde dos serviços públicos de saúde, na cidade do Rio de Janeiro, uma vez que as unidades de saúde se encontram destituídas de condições materiais mínimas para o seu funcionamento e expostas à toda sorte de violência existente em determinados territórios.

Uma questão não mencionada nos trabalhos selecionados na revisão de literatura citada é que a precarização/flexibilização do trabalho também pode levar os trabalhadores a escamotear o próprio adoecimento ou postergarem a busca de ajuda profissional, por receio do desemprego ou de terem a sua aposentadoria antecipada por invalidez. Em ambos os casos, a perda total/parcial de renda é um fator determinante para o silêncio dos trabalhadores adoecidos, particularmente em tempos de perdas de direitos sociais e previdenciários. Neste sentido, a precarização das condições de trabalho, as formas de gestão por metas e suas consequências para a saúde psíquica do trabalhador também são levantadas por outras publicações (MACAIA, 2013; NEVES, 2016; SOUSA, 2017; PENTEADO, 2014; POERSCH e MERLO, 2017). Como diz Gaulejac (2007), o adoecimento psíquico é também decorrente das condições de trabalho.

Segundo Lhuillier (2012), o domínio da gestão fomenta um imaginário social que combina a individualização, o culto à excelência e a denegação dos limites, levando o sujeito a buscar superar a si mesmo, contribuindo para o seu adoecimento. Na mesma direção, Poersch e Merlo (2017) associam o ‘gerencialismo’ a uma das causas do adoecimento no trabalho porque levam o trabalho a perder sentido para o trabalhador. Assim, o trabalho,

contrariando a condição assinalada por Dejours e Bègue, deixa de ser “um poderoso operador de construção e estabilização da identidade e da saúde mental” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 30). Este modo de gestão ‘gerencialista’, ao ser adotado nos serviços de saúde, estabelece parâmetros quantificáveis de avaliação de um cuidado prestado cujas dimensões são intangíveis (FONSECA e SÁ, 2015).

Na busca bibliográfica realizada, apenas dois trabalhos abordam os processos de adoecimento especificamente dos trabalhadores de saúde (NEVES, 2016; PENTEADO, 2014). Assim como os modos de gestão, como assinala Sá (2009), entendo que o trabalho em saúde é extremamente exigente do ponto de vista psíquico, fazendo com que o sofrimento adquira contornos dramáticos. Tal exigência psíquica é resultante do fato de que o objeto do trabalho em saúde é a vida, o sofrimento. É um trabalho exigente também em função do seu caráter intersubjetivo, pressupondo uma intervenção sempre singular sobre o outro (SÁ, 2009).

Como se não bastasse a questão da violência nos territórios, esses serviços de saúde vêm sendo privados, muitas vezes por conta da cobrança de produtividade, de espaços coletivos para os trabalhadores de saúde. Assim, tenho como hipótese que a ausência ou insuficiência de espaço e tempo para trocas de experiências entre os trabalhadores de saúde, provoca nesses sujeitos, um desencanto e sentimento de solidão, não apenas com a vida no trabalho, mas também com a vida em sociedade.

A sociedade contemporânea vem sofrendo as consequências das “forças desagregadoras” do tecido social expressas através da intensificação do individualismo em detrimento da valorização do sujeito e da interioridade (SÁ, 2001). Sá (2001) cita Enriquez (1994 apud SÁ, 2001) ao tratar de uma supervalorização da dimensão econômica e a idealização da técnica e tecnologia em nome da produção, assim como sobre o entendimento de Lévy (1994 apud SÁ, 2001) de que a sociedade venha sendo colocada sob o “signo da urgência”, para dizer que se tratam de fenômenos com importantes efeitos sobre a dinâmica das organizações e seus processos de gestão.

Nos dias de hoje, no “mundo do trabalho”, é comum que o sujeito não ocupe o mesmo cargo ou permaneça na mesma empresa até se aposentar, como acontecia nas gerações anteriores. O aumento do aparato tecnológico trouxe a possibilidade de aquisição de novas competências, o que não significa que todos tenham oportunidades equânimes para se adequarem a esses novos arranjos. Possivelmente, uma parcela significativa da população permanece à margem de possíveis conquistas nesse sentido em decorrência da iniquidade de acesso a bens e serviços.

Se antes, os trabalhadores podiam se sentir “protegidos” numa determinada empresa em função da possibilidade de consolidação de uma carreira nesta ou em outra organização, com a flexibilização e precarização social, as incertezas no trabalho, podem levar o sujeito a se ver impossibilitado de estabelecer planos para o futuro profissional e pessoal. Enfim, tudo o que parecia estático e definitivo em tempos remotos, se torna ‘movediço’ e com fronteiras ‘borradas’, na sociedade pós-moderna.

Especialmente no início de 2020, quando pouco se tinha de informações acerca da sua etiologia e modos de transmissão do vírus, a pandemia da COVID-19 nos colocou face a face com os nossos mais temidos medos reais e imaginários. Uma catástrofe sanitária que suscitou uma verdadeira convulsão social à medida que precisou paralisar temporariamente toda uma cadeia de produção e de serviços com efeitos diretos no aumento da pobreza e da desigualdade social não apenas no Brasil.

Além disso, são inúmeros os efeitos da pandemia sobre a saúde mental devido às súbitas mudanças sociais, econômicas, etc., no cotidiano da sociedade e que ultrapassam a capacidade psíquica das pessoas de lidar com as mesmas (NOAL et al., 2020). O medo da doença e da morte face à pandemia, mesmo para os que não apresentam sintomas psicopatológicos pode suscitar: depressão, ansiedade, síndrome de estresse pós-traumático, ideação suicida, etc. (HO et al., 2020). Faz-se necessário uma atenção especial com os profissionais de saúde que atuam diretamente com pacientes contaminados devido ao fato de apresentarem fator de risco aumentado para manifestação de problemas psicológicos e sofrimentos (NOAL et al., 2020; LAI et al., 2020; FARO et al., 2020; HO et al., 2020). Por fim, cabe observar que estes impactos na saúde mental são perpassados também por marcadores de gênero, raça e classe social (GARRIDO e RODRIGUES, 2020) que demandam ser contemplados no planejamento de estratégias para promover a saúde mental dos trabalhadores nos serviços de saúde.

Gaulejac (2006) afirma que a partir do que ele chama de um “paradigma utilitarista”, impõe-se que todos tenham que provar a sua capacidade produtiva a fim de serem reconhecidos. O mérito individual não depende mais das qualidades morais do sujeito, mas são medidas em função das exigências de produção. Estar à altura destas exigências do ideal esperado pela sociedade é especialmente “ansio gênico” (GAULEJAC, 2006), o que corrobora a ideia de emergência das patologias mentais expressas no ambiente de trabalho discutidas por Dejours (2012b). O referido “paradigma utilitarista” também pode ser observado no trabalho na área da saúde. A pressão para alcançar patamares de excelência do ponto de vista quantitativo e qualitativo impõem aos trabalhadores da saúde uma rotina de

atividades cada vez mais repleta de sacrifícios pessoais, vivenciados isoladamente pelos trabalhadores que atuam diretamente na assistência ou na gestão do cuidado.

Como consequência destas práticas de gestão, o indivíduo se torna cada vez mais isolado e sem ter com quem compartilhar confiança. Se por um lado este tipo de gestão promove o aumento da produtividade e riqueza, agrava o surgimento de patologias mentais do trabalho e de patologias por sobrecarga de trabalho, inclusive, físicas, aumentando as situações de assédio moral no trabalho, e levando a suicídios perpetrados no próprio local de trabalho (DEJOURS, 2012b).

Assim sendo, como afirma Gaulejac (2007), o objetivo da atividade não é mais “produzir ligação social”, “mas explorar recursos, sejam eles materiais ou humanos, para o maior lucro dos gestores dirigentes que governam as empresas” (GAULEJAC, 2007, p. 80-81). Passamos a viver, então, numa sociedade de não valorização do coletivo do trabalho que deixa de ser “portador de laços estáveis”, e, conseqüentemente, um suporte essencial de identidade social. Como consequência, a mobilidade do corpo profissional não permite que se instalem grupos duráveis de trabalho (GAULEJAC, 2007). Por esta razão, este autor diz que o coletivo deixa de realizar a função de mediação entre o indivíduo e a empresa, ou seja, o coletivo “não representa mais um elemento central de solidariedade e de proteção [...]” (GAULEJAC, 2007, p. 155).

As pessoas não vêm se unindo em torno de estratégias construídas coletivamente para lidar com o sentimento de desamparo e vulnerabilidade em decorrência de uma não valorização dos coletivos na sociedade contemporânea (Gaulejac, 2007). Esse aspecto talvez tenha se intensificado durante o período da pandemia da COVID-19. Parece, assim, que o isolamento, o individualismo e a autossuficiência destituem os grupos sociais de sua potência e de sua capacidade não apenas de dar sustentação à sociedade, mas principalmente, de promover transformações sociais. Isolado e com uma autoimagem ‘arranhada’ por não atender aos imperativos da gestão, o sujeito sofre e, muitas vezes, adoce com (e no) trabalho.

## 2.2 SOFRIMENTO E ADOECIMENTO

Até o presente momento, trouxe algumas reflexões sobre o mal-estar e os processos de subjetivação na sociedade contemporânea, espaço este de laços sociais fragilmente estabelecidos em que os sujeitos se percebem desamparados. Pretendo a partir daqui lançar uma luz sobre algumas facetas do sofrimento e do adoecimento, na atualidade, para

posteriormente, trazer alguns pontos para se discutir o sofrimento no trabalho.

Joel Birman (2003) afirma que o mal-estar na sociedade contemporânea se caracteriza mais como dor do que como sofrimento, partindo do pressuposto de que o sujeito não consegue transformar a sua dor em sofrimento. Ele argumenta que a experiência da dor leva a subjetividade a se ensimesmar e, ao fazê-lo, dobra-se de tal maneira sobre si mesmo que não haveria lugar para o outro, como ele próprio diz: “a dor é uma experiência marcadamente solipsista”. E como não se dirige ao outro, pode “mortificar o corpo”, ao passo que o sofrimento apresenta uma “dimensão alteritária”, ou seja, é sempre dirigida ao outro, lhe endereçando a demanda por não se reconhecer autossuficiente. Assim, face à impossibilidade de representação, através da linguagem, dos seus sentimentos e afetos, o sujeito “atua”, reduzindo a função metafórica da linguagem a uma mera função instrumental.

Birman (2003) pontua, pois, que tanto o “corpo” quanto a “ação” são registros do mal-estar de hoje: a condição de solidão e de perda dos sentidos frente a vida. E entre os resultados deste modo de subjetivação, do ponto de vista da sociedade, o que se observa é uma “quebra da mediação no espaço social”. Birman (2003), então, sinaliza as implicações decorrentes destes processos de subjetivação da sociedade ocidental contemporânea, como os demais autores anteriormente discutidos (BAUMAN, 2008; GAULEJAC, 2007). Entre estas consequências, tem-se a medicalização, o culto ao corpo e o aumento de pessoas diagnosticada com depressão como características do século XXI.

De acordo com Kehl (2015), nos Estados Unidos, estima-se que 3% da população sofra de depressão crônica, ou seja, cerca de 19 milhões de pessoas. No Brasil, chegam a 17 milhões o número de pessoas que foram diagnosticadas como depressivas; ao passo que em todo o planeta, em torno de 120 milhões de pessoas receberam o diagnóstico de depressão. “Até 2020, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão terá se tornado a segunda principal causa de morbidade no mundo industrializado, atrás apenas das doenças cardiovasculares” (KEHL, 2015, p. 51). São números que indicam a necessidade de se pensar políticas públicas a partir dos mesmos. Mas também são números que me leva a questionar o quanto a indústria farmacêutica não se beneficia com a ‘disseminação’ deste diagnóstico.

Alain Erhenberg (2010) compreende que a depressão permite compreender o indivíduo contemporâneo e os seus dilemas pois diz respeito a uma combinação de elementos intrínsecos à psiquiatria e às mudanças normativas inerentes ao nosso modo de viver.

Aproximando-se dessa perspectiva da depressão como uma doença relacionada à sociedade contemporânea, Kehl (2015) afirma que as depressões se constituem “sintomas

sociais” pelo fato de que, através “do seu silêncio e em seu recolhimento”, os sujeitos deprimidos provocam um tremendo incomodo aos “bem-adaptados” na sociedade atual uma vez que esta é calcada na “velocidade”, na “saúde”, na “euforia prêt-à-porter”, no “exibicionismo”.

Em uma sociedade que valoriza a euforia e o exibicionismo, a depressão é malvista, levando os deprimidos a correrem o risco de serem discriminados, estigmatizados “como doentes contagiosos, portadores da má notícia da qual ninguém quer saber” (KEHL, 2015, p. 22). Apreendo daí que o depressivo acaba sendo, de uma certa maneira, uma figura ameaçadora ao desnudar, através do próprio silêncio, o que a agitação ‘barulhenta’ dos sujeitos teima em manter camuflado, ou seja, um esforço ‘doloroso’ para (con) vivermos em sociedade.

Erhenberg (2010) parte de duas hipóteses a respeito da depressão como sintoma dos tempos modernos. A partir do ideal político moderno, nos tornamos emancipados, ou seja, o homem é o proprietário dele mesmo (um indivíduo soberano) o que se estendeu a todos os aspectos de sua existência. O ideal de indivíduo passa a ser a sua iniciativa, o que se torna decisivo para a nossa nova forma de vida. Assim, a primeira hipótese é que a depressão emerge em nossa experiência atual como uma patologia de uma sociedade baseada na responsabilidade e iniciativa.

A segunda hipótese é que o individualismo democrático se funda sobre dois ideais: ser uma pessoa em si por si (um indivíduo) e um grupo humano que amadurece em si o sentido da própria existência (uma sociedade). Isso significa dizer que não somos mais guiados por um sentimento religioso e submetidos a um soberano que decide por todos, emergindo daí a noção de interioridade e de conflito (ERHENBERG, 2010). Somos donos de nós mesmos.

Como consequência, assumimos novos modos de viver em que a nossa vida é de inteira responsabilidade nossa. Por esta razão, se opera uma predominância do sentimento de insuficiência, de não estar à altura de poder nos tornarmos nós mesmos. Se, até há um século atrás, o indivíduo era lacerado pelo conflito entre o que era permitido e o que era vetado, hoje a depressão ameaça um indivíduo emancipado, mas cindido entre o que é possível e o impossível. O deprimido é arremetido a um futuro, destituído de energia e absorvido pela lógica de “nada é possível”. Ele é, pois, “a sombra do homem sem guia, intimamente exausto pela tarefa de simplesmente tornar-se ele mesmo e cansado de se sustentar com o aditivo de drogas ou de comportamentos compulsivos” (EHRENBERG,

2010, p. 21) <sup>9</sup>.

Como Birman (2003), Kehl (2015) traz uma crítica à medicalização e seu papel na sociedade moderna. No tocante especificamente à depressão, esta autora assinala que as manifestações de tristeza, muitas vezes, são compreendidas como ‘depressões graves’ e, por conta disso, medicalizadas. Assim, quando se medicalizam estas manifestações de humor, se traz à tona a ideia de que “as simples manifestações da dor de viver parecem intoleráveis em uma sociedade que aposta na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado” (KEHL, 2015, p. 31).

Portanto, ao se ‘medicalizar’ as contrariedades diárias com as quais as pessoas se deparam ao longo da vida (doenças, lutos, etc.), a medicalização “rouba ao sujeito o tempo necessário para superar o abalo e construir novas referências, e até mesmo outras normas de vida, mais compatíveis com a perda ou com a eventual incapacitação” (KEHL, 2015, p. 31). Outro aspecto da medicalização que Kehl (2015) aborda é o fato de que ao se buscar subtrair o sujeito para lhe proporcionar uma “vida sem perturbações” acaba por, paradoxalmente, produzir o efeito oposto sobre este, ou seja, uma vida sem “sentido” e “criatividade”. Em outras palavras, quanto mais se ‘patologiza’ a vida subjetiva, mais o sujeito se torna depressivo. Este ponto é interessante para se colocar em questão as propostas ofertadas aos trabalhadores que retornam de licença médica em função de depressão quando estas se baseiam exclusivamente em um modelo biomédico, pois a medicalização pode ofuscar as possibilidades de desejo, de reconstrução de projetos e de estabelecimento de normatividades pelo trabalhador que adoeceu, no processo de reinserção no trabalho. Além de que, a medicalização, ao focar apenas no sujeito que adoece, ‘tira de cena’ as relações intersubjetivas no interior das organizações e os processos de trabalho envolvidos no adoecimento dos sujeitos.

Ainda no que diz respeito às estratégias para atuar junto aos trabalhadores que retornam de licença médica, Dejours (2007) nos alerta que os espaços dedicados à discussão do sofrimento no trabalho vêm se tornando cada vez mais restritos, o que atestaria o impasse psíquico estabelecido pela inexistência de um interlocutor que esteja focado tanto naquele que sofre quanto na existência deste “mutismo” em torno deste assunto. Penso que é como se houvesse uma vergonha em debater o sofrimento no trabalho por receio de expor fragilidades profissionais e pessoais, o que pode ser acentuado considerando o cenário de

---

<sup>9</sup> “L’ombra anche troppo familiare dell’uomo senza guida, intimamente spossato dal compito di diventare semplicemente se stesso e tetato di sostenerlo con l’additivo dei farmaci o dei comportamenti compulsivi [...]” (EHRENBERG, 2010, p. 21, tradução nossa).



desemprego e ameaças de demissões comuns, nos dias atuais, principalmente, se levando em conta a crise econômica que assola o país. Talvez, então, o sentimento de vergonha acabe impedindo que diversos temas que giram em torno do sofrimento sejam analisados e discutidos, principalmente, as situações de tentativa de suicídio dentro ou fora do local de trabalho.

Contudo, mesmo no caso dos trabalhadores que são servidores públicos, ou seja, apresentam um vínculo estável e não correm riscos de demissões, a questão de expor o sofrimento e a fragilidade, em espaços coletivos, pode deixar os trabalhadores expostos à assédio moral, dependendo das relações de poder estabelecidas na instituição.

### 2.3 O SOFRIMENTO E O ADOECIMENTO NO (E PELO) TRABALHO

Gaulejac afirma que “quando o assédio, o estresse, a depressão ou, mais geralmente, o sofrimento psíquico se desenvolvem, é a própria gestão da empresa que deve ser questionada” (GAULEJAC, 2007, p. 229). Por isso, ele ratifica a importância de analisar o adoecimento, o sofrimento psíquico e o suicídio não apenas a partir do sujeito, mas também a partir da relação do mesmo com o meio organizacional. Esta concepção de análise se aproxima da perspectiva discutida por Dejours e Bègue, para quem as exigências psíquicas do trabalho repercutem nas relações privadas e vice-versa (DEJOURS e BÈGUE, 2010).

O trabalho, como afirma Dejours (2012a), nos leva a mobilizar a resistência ao fracasso, ou seja, nos instiga a sermos obstinados para enfrentarmos o real. Daí, o porquê deste autor caracterizar o trabalho como “trabalho vivo”. Segundo Dejours:

Entre a experiência do real e o encontro da solução, há este espaço intermediário de sofrimento, de tolerância ao sofrimento, de resistência ao sofrimento, de corpo a corpo com a resistência, sem os quais não surgirá nenhuma intuição da solução sem os quais nenhum progresso será possível [...] (DEJOURS, 2012a, p.18-19).

Segundo Dejours (1993), é a angústia e não a ausência de angústia que age como força motriz para o trabalho, porque o “conforto constante e uniforme” não necessariamente implicaria em saúde mental para o trabalhador. Portanto, não é o aparente equilíbrio (‘normalidade’) que instiga os processos de trabalho. Aquilo que se expressa como forma de sofrimento constitui um processo ‘saudável’ de lidar com as pressões impostas pelo trabalho. “A saúde é a existência da esperança, das metas, [...] É quando há o desejo. O que faz as pessoas viverem é o desejo e não só as satisfações. O verdadeiro perigo é quando o desejo

não é mais possível [...]” (DEJOURS, 1993, p. 101). Portanto, conclui que o trabalho é construído e sustentado não apenas pelo desejo, mas também pela plasticidade do sujeito em lidar com os desvios e barreiras a este desejo, construindo pontes para a realização das suas atividades.

Deste modo, Dejours (2012a) esclarece que trabalho não é meramente um emprego, mas uma forma de “engajamento da personalidade” para lidar com os constrangimentos materiais e sociais existentes na realização de uma determinada tarefa. Segundo este autor, mesmo que a instituição do trabalho apresente procedimentos claros e bem desenhados, no dia-a-dia, sempre aparecerão imprevistos e incongruências organizacionais de todas as naturezas.

No caso do trabalho realizado no campo da saúde, estes imprevistos são encontrados em profusão, haja vista se tratar de uma atividade que envolve para além do acúmulo de técnicas e ‘expertises’, o estabelecimento de relações ímpares com cada um dos pacientes. O cuidado oncológico, portanto, requer que os profissionais tenham um acúmulo de conhecimentos formais alinhados com as sistemáticas inovações tecnológicas. Todavia, como outras formas de constituição do trabalho, nem todo o acúmulo material e simbólico desses especialistas os impedem de se deparar com o fracasso provocado pelo transbordamento de situações imprevisíveis. Como argumenta Dejours (2012a), existe um hiato entre a realidade e as prescrições e procedimentos e, por isso, o real será conhecido pelo sujeito sob a forma de fracasso, de resistência aos ‘saber-fazer’, à técnica. Por este motivo, Dejours (2012a) explica que trabalhar é o percorrer um caminho entre o que se encontra prescrito e o que efetivamente precisa ser feito, aquilo que precisará ser “inventado” ou “descoberto”.

Alguns dos estudos levantados em revisão bibliográfica relacionam o ‘gerencialismo’, a precarização e a flexibilização das condições de trabalho às possíveis causas do adoecimento e aumento do número de acidentes no trabalho (POERSCH e MERLO, 2017). Estes modos de gestão, quando aplicados aos serviços de saúde, são ainda mais problemáticos e podem ocasionar ainda maior sofrimento nos trabalhadores, considerando-se que o trabalho em saúde é intangível (FONSECA e SÁ, 2015) e altamente exigente do ponto de vista psíquico (SÁ, 2005, 2009).

Aproximando-se da perspectiva dejouriana, Schwartz, Durrive e Duc (2010) assinalam que a atividade é sempre um “debate de normas”, ou seja, há sempre uma necessidade incessante de fazer escolhas frente aos problemas e dificuldades proporcionados por um meio repleto de valores de todas as dimensões (ética, política, interpessoal), pois o

“meio técnico é sempre infiel”.

Por outro lado, o trabalhador sabe que estas normas nunca serão suficientes para dar conta da sua atividade, ou seja, existe um “vazio de normas” e os sujeitos precisarão ‘tomar decisões que, por si só, são arriscadas. Daí, a expressão empregada por Durrive e Schwartz acerca das “dramáticas do uso de si”:

Na origem, um drama – individual e coletivo – que quebra os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida. Daí a necessidade de reagir, no sentido de: tratar estes acontecimentos, “fazer uso de si. Ao mesmo tempo, isto produz novos acontecimentos, por conseguinte, transforma a relação com o meio e entre as pessoas [...] (DURRIVE e SCHWARTZ, 2008, p. 24).

Pode-se dizer que as “dramáticas do uso de si” assinaladas por Schwartz e Durrive (2010) que se processam no entremeio entre o prescrito e o real, na área da saúde, sejam ainda mais ‘abundantes’ em decorrência do fato de se processar no campo das “tecnologias leves”, categoria criada por Emerson Merhy (2014) para se referir àquelas que dizem respeito ao campo das relações. No trabalho em saúde, aquilo que emerge da relação estabelecida com o paciente é sempre algo inusitado, e o profissional sabe disso, por melhor formado e preparado que esteja.

Retornando às proposições de Christophe Dejours, o real é conhecido pelo sujeito através do “fracasso”, ou seja, por resistir ao saber-fazer. Isto significa que quando o sujeito se vê diante desta resistência do mundo real, a afetividade se manifesta, numa relação de sofrimento no trabalho. Esta experiência de sofrimento concentrada na subjetividade é um ponto de partida, consequência do encontro com o real. Mas é ao mesmo tempo uma proteção para esta subjetividade. Porque simultaneamente que este sofrimento expressa a “impressão subjetiva do mundo”, ele está na origem da inteligência que instiga movimentos para encontrar meios de lidar com este real.

Segundo Dejours (2012a), o trabalho intelectual não se reduz à cognição porque passa pela experiência afetiva do sofrimento. Entretanto, não há sofrimento sem a existência de um corpo para senti-lo. É na relação entre o corpo e a tarefa que se dá a formação da inteligência. Mas também é esclarecido pelo autor que não se trata de um corpo biológico, mas sim, de um corpo construído na relação de cuidados estabelecidos entre o adulto e a criança, num processo que ele denomina “corpopiação”. Portanto, todo este processo produz seus efeitos na subjetividade.

Esta “corpopiação”, ainda de acordo com Dejours (2012a), pressupõe lidar com as vivências de fracassos, de “experiências contrariadas”, de “impotência”. Todavia, há um

preço a ser pago por tamanha familiaridade com o objeto do trabalho e que lhe dá este caráter engenhoso:

A partir de então é possível compreender que, em decorrência deste fato, o trabalho não está, como muitas vezes se lhe atribui, limitado ao tempo físico efetivo passado na fábrica ou no escritório. O trabalho transpõe qualquer limite atribuído ao tempo de trabalho, ele mobiliza **a personalidade por inteiro**. (DEJOURS, 2012a, p. 31, grifo nosso)

Este trabalho encarnado na personalidade do sujeito talvez seja ainda mais insidioso entre os trabalhadores de saúde. O relógio de ponto que controla as horas trabalhadas a serviço da gestão é incapaz de contabilizar e conter o envolvimento emocional em torno do cuidado para aqueles trabalhadores comprometidos com o seu trabalho. E independentemente do grau de compromisso que o trabalhador tenha com o trabalho, ele acaba “levando” consigo pensamentos, ideias, planos em torno da atividade que realiza ou que pretende realizar. Com isso, os trabalhadores de saúde pagam um alto preço pela própria saúde física e mental.

Em um estudo nacional realizado por Penteadó (2014) com profissionais de enfermagem de um hospital especializado em oncologia, a autora afirma que o trabalho da enfermagem está sujeito à inúmeras cargas: biológica, física, química, mecânica, fisiológica e psíquica. Sendo que são estas cargas psíquicas que podem gerar o adoecimento nestes trabalhadores uma vez que estes ainda têm que lidar com a dor, o sofrimento e a morte daqueles que precisam de cuidados.

Conforme assinala Sá (2005, 2009), o trabalho em saúde apresenta a especificidade de ser altamente exigente do trabalho psíquico tanto em função do próprio objeto de trabalho que desperta no trabalhador múltiplos sentimentos (prazer, empatia, nojo, medo), quanto em função de ser uma atividade que se dá sempre na relação com o outro. Em outras palavras, envolve uma “produção de processos e formações inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho” (SÁ, CARRETEIRO e FERNANDES, 2008, p. 1335). Outrossim, também envolve uma espécie de “invasão” consentida sobre a vida do outro sobre a sua privacidade (SCHRAIBER, 1993 apud SÁ, 2009, p. 56). Entendo, pois, que o trabalhador de saúde demanda um cuidado redobrado quando adocece do ponto de vista psíquico. Não apenas pelo nível de exigência psíquica assinalada como também pela possibilidade de ele identificar, no seu adoecimento mental, uma ruptura nas expectativas sociais em relação ao seu papel como profissional. E uma vez rompidas tais expectativas sociais, talvez também sejam desconstruídas as idealizações que o levaram à escolha de sua

profissão, criando rupturas ou tensionamentos não apenas na identidade profissional, como também na identidade pessoal.

A Psicodinâmica do Trabalho tem, pois, como hipótese que o trabalho não se reduz a uma “atividade do mundo objetivo”, isto é, não se reduz meramente a produzir, mas a transformar a si próprio e “realizar-se” (DEJOURS, 2012a). Portanto, de acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, há uma estreita vinculação entre a subjetividade e o trabalho.

O trabalho, em geral, segundo Dejours (2012a), se dá sempre na relação com o outro: patrões, subordinados, pares, clientes, etc. Isto significa dizer que o trabalho é uma relação social porque acontece num mundo “caracterizado pelas relações de iniquidade, de poder e de dominação”. O real do trabalho é o real do mundo social. Mas como são muitas as inteligências mobilizadas no trabalho, é preciso que haja uma coordenação de todas estas inteligências. A coordenação de inteligências, por sua vez, requer reajustes às prescrições da organização, que acontece se formulando novas regras – as “regras de ofício” – sobre as maneiras de se trabalhar em conjunto. Então, estes reajustes se dão em torno das diferentes maneiras que os trabalhadores têm de realizar uma determinada atividade (seus gostos, seus ritmos), firmando-se um compromisso com o seu coletivo de trabalho. Isso explica, a meu ver, o porquê de, muitas vezes, ao se retirar uma pessoa de uma determinada equipe bem entrosada há tempos, todo o modo de realizar uma dada atividade se modifica. Por mais que qualquer trabalhador, numa equipe, seja, na concepção de um gestor, “substituível” na execução de determinada tarefa, o modo de ser singular deste trabalhador afeta e será afetado pelo grupo em que ele se encontra inserido. Portanto, a contribuição deste sujeito ao grupo é única e insubstituível.

Dejours (2012a) assinala que o que faz o sujeito cooperar mesmo sabendo dos riscos de “autolimitação da subjetividade” é que para contribuir com o coletivo, o sujeito almeja obter uma retribuição em forma de reconhecimento. Reconhecimento este que apresenta um duplo sentido: o primeiro, enquanto gratidão; e o segundo enquanto entendimento de que seu trabalho é imprescindível para o outro. Dessa maneira, trata-se de um reconhecimento cuja eficiência é simbólica e que se dá a partir de julgamentos.

Dejours (2012a) afirma existirem, pois, dois tipos de reconhecimento: o “julgamento de utilidade” proferido por superiores hierárquicos e o “julgamento de beleza” proferido por aqueles que conhecem bem o trabalho realizado, isto é, os seus pares. E estes julgamentos é que ‘dão o tom’ da qualidade do trabalho a ser realizado. Portanto, **o reconhecimento é fundamental** (grifo nosso) para transformar o sofrimento em prazer. Justamente porque o trabalho oferece gratificações “essenciais no registro da identidade” capazes de mobilizar a

“inteligência” e o “zelo” daqueles que trabalham. Para além disso, o reconhecimento tem uma outra função fundamental que é propiciar que as pessoas mantenham minimamente relações de convivência, nos coletivos, apesar de possíveis divergências e “aversões”. Porém, quando prevalece o “cada um por si” e a competitividade impera em uma determinada equipe, de que maneira é possível que aconteça este reconhecimento entre pares? Quando o gestor está mais preocupado com os fatos de os trabalhadores atingirem metas e aumentarem suas cotas de produtividade, o reconhecimento passaria por quais critérios?

Como mencionado anteriormente, nem todos os trabalhadores adoecem mesmo quando submetidos às mesmas pressões organizacionais o que é considerado, por Dejours, um ‘enigma’ (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012). Este processo de não adoecimento se relaciona, de acordo com estes autores, às estratégias defensivas coletivas que propiciam ao sujeito uma estabilidade que seria difícil de ele garantir caso somente empregasse suas próprias defesas. Segundo estes autores, o sofrimento propicia o surgimento de estratégias defensivas na tentativa de minimizar a percepção sobre as fontes de sofrimento. Estas estratégias são “construídas, organizadas e gerenciadas coletivamente”, mas não significa que se deem em todas as situações de trabalho. Por se tratarem de estratégias que emergem coletivamente, estas se constituem a partir de consensos, de algumas “regras” grupais. Uma de suas manifestações é se darem através da ‘eufemização’ da realidade que os faz sofrer, ou seja, minimizando a percepção acerca das fontes de sofrimento, como por exemplo, com os trabalhadores se colocando em situações de riscos.

Por mais que tanto o prazer quanto o sofrimento sejam vivências subjetivas, os sujeitos se unem para a construção de estratégias coletivas de defesa. Estas estratégias pressupõem a existência de um consenso e deixa de funcionar quando uma das partes passa a não mais segui-la. A estratégia coletiva de defesa, portanto, se diferencia dos mecanismos de defesa porque estes últimos são inerentes ao sujeito e se mantêm mesmo sem o outro presente.

Estas estratégias coletivas de defesa atuam sobre a percepção da realidade que é reconstruída e validada coletivamente. E tem o papel fundamental de estruturação dos coletivos de trabalho, coesão e cooperação, permitindo que os sujeitos lidem com os sofrimentos engendrados pela organização do trabalho, o que não aconteceria se tivessem que empregar as suas próprias defesas (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012).

## 2.4 O SUICÍDIO E O SUICÍDIO NO TRABALHO

A maioria das publicações selecionadas, na revisão de literatura, consideram os aspectos sociais/organizacionais na situação do suicídio dentro ou fora do ambiente de trabalho (ANTUNES e PRAUN, 2015; CORTEZ et al, 2019; SANTOS e SIQUEIRA, 2010; SANTOS, SIQUEIRA e MENDES, 2011; FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010; VENCO e BARRETO, 2010; GOMIDE, 2013), tais como: deterioração das condições de trabalho; sobrecarga de trabalho; ausência/insuficiência de reconhecimento no trabalho; falta de solidariedade dos colegas; acesso a armas de fogo e outros métodos letais (agentes tóxicos); pressão para o aumento da produtividade; gestão com foco na qualidade total e avaliação de desempenho; métodos de gestão empresarial; trabalhar em lugares com recursos escassos. Enfim, um conjunto de aspectos que contribuem para a desestabilização física e mental dos trabalhadores cujas possíveis causas são igualmente assinaladas nas publicações analisadas em relação ao adoecimento psíquico.

No Brasil, a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Pinto et al. (2017) observaram o crescimento dos coeficientes de mortalidade associado aos óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente, com tendência crescente para a faixa de 20 a 59 anos, basicamente constituída por sujeitos em atividade. Mesmo não estando diretamente relacionado às possíveis relações entre trabalho e suicídio, entendo que este estudo ratifica a necessidade de se pensar políticas institucionais que incluam a prevenção de suicídios, especialmente, para trabalhadores de saúde cujos riscos de suicídio são apontados como maiores, em algumas das publicações analisadas (SILVA et al., 2015; STANLEY et al., 2016; MILNER et al., 2016).

Alguns estudos atribuem o suicídio a questões específicas dos indivíduos, associando à perda de esperança, baixa autoestima, *'burnout'*, baixa realização pessoal, baixa tolerância à dor/sofrimento, medo do estigma dificultando buscar tratamento, preocupação em ajudar os outros ainda que às custas das necessidades pessoais, exercer simultaneamente várias funções de alto risco, experiências em guerras (FRANCO, DRUCK e SELIGMANN-SILVA, 2010; CORTEZ et al., 2019; SANTOS, SIQUEIRA e MENDES, 2011; SILVA et al., 2015; STANLEY, HOM e JOINER, 2016; MILNER et al., 2016). Dejours e Bègue (2010) criticam esta perspectiva de imputar exclusivamente a um processo psicopatológico o adoecimento/suicídio dos sujeitos. Segundo estes autores, esta ênfase no aspecto individual, retira a possibilidade de as organizações questionarem seus processos de gestão e as formas de pressão que exercem sobre os trabalhadores.

Apesar de ser frequente nas discussões sobre o adoecimento, suicídio e o retorno ao trabalho, a perspectiva das clínicas do trabalho, uma revisão de literatura sobre o suicídio no trabalho criticou a primazia destas abordagens e a insuficiência de proposição de intervenções nas práticas organizacionais, políticas públicas e legislações (CORTEZ et al., 2019). Estes autores consideram necessárias a realização de mais pesquisas quantitativas sobre suicídio no trabalho. Todavia, a questão é se os estudos quantitativos dariam conta de aspectos concernentes à subjetividade e a busca de sentidos atribuídos aos trabalhadores.

O suicídio no trabalho é resultante de uma multiplicidade de fatores imbricados, muitos destes dificilmente passíveis de apreensão através de questionários, inventários, testes, etc. pois focam na “observação chamada de objetiva” (DEJOURS, 1992, p. 12), deixando escapar a vida mental, a emoção e a angústia (DEJOURS, 1992) comuns no cotidiano do trabalho. Mas o fato é que encontramos poucas pesquisas empíricas (mesmo qualitativas) sobre suicídio no trabalho, com predominância de artigos de opinião/ensaios. Este ponto vai ao encontro do que Dejours e Bègue (2010) sinalizam acerca das dificuldades de estudos sobre o tema suicídio no trabalho.

Em algumas publicações, foram apontadas duas ‘novidades’ em relação ao aumento do número de casos de suicídios, na atualidade: o fato de ocorrer com pessoas empregadas (e altamente qualificadas); e o fato de se dar no próprio trabalho (FREITAS, 2011). O ato suicidário no local de trabalho é também relacionado à: precarização das condições, forma de organização do trabalho e modelos de gestão. (VENCO e BARRETO, 2010; GOMIDE, 2013). Sobre o suicídio no trabalho, Yves Clot afirma que “são as pessoas apaixonadas pelo trabalho [...] que não aceitam que maltratem a sua atividade profissional [...]” (CLOT, 2010, p. 230) em intenso sofrimento e que, ao se perceberem solitárias no trabalho e na vida, perpetram suicídio no trabalho.

Conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2014), o suicídio se trata de “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. [...]” (ABP, 2014). Embora o risco de suicídio seja considerado uma “urgência médica”, a ABP (2014) afirma se tratar de uma questão de saúde pública em todos os países, nos dias de hoje. Estima-se que 15% das pessoas deprimidas cometerão suicídio (KEHL, 2015), o que nos alerta para a necessidade de se ter atenção com o grupo de trabalhadores que são afastados do trabalho em função de quadro depressivo.

Contudo, embora se trate de um tema que tenha mobilizado a elaboração de estratégias intersetoriais de intervenção, o mesmo não se pode dizer acerca da situação de



suicídio no ambiente de trabalho, isto é, o suicídio no trabalho permanece sendo um assunto pouco investigado. A impressão que se tem é que o tema “suicídio no ambiente de trabalho” representa um tabu dentro de outro tabu: o suicídio em si.

As sociedades profundamente marcadas pelas desigualdades sociais apresentem indicadores elevados de suicídios o que justifica ser alvo de atenção da OMS (2013). Esta dimensão social precisa ser levada em consideração ao se investigar a situação de trabalhadores de saúde que voltam ao trabalho após a tentativa de suicídio porque é possível que a dinâmica social expressa ou reproduzida nas organizações estejam relacionados ao aumento de casos de trabalhadores de saúde que são licenciados para tratar de processos depressivos e/ou de tentativas de suicídio dentro ou fora do ambiente de trabalho. Os efeitos da crise política, econômica e social, que o Brasil atravessa, precisam ser levados em consideração ao se debater a questão do suicídio e da tentativa de suicídio destes, nos hospitais públicos.

Os fenômenos de suicídios no trabalho são mais recentes em indústrias e serviços, apesar de terem existidos casos similares no meio rural há mais tempo, segundo Dejours e Bègue (2010). Para se ter ideia do quão recente é a divulgação desta “modalidade” de suicídios, no dia 06/05/2019, em um jornal eletrônico (RFI Vozes do Mundo)<sup>10</sup> foi noticiado que entre 2008 e 2009, 35 assalariados de uma companhia francesa<sup>11</sup> se suicidaram, alguns deles, no local de trabalho. Na ocasião dos suicídios, vigorava uma política de demissões que teve como consequência entre os trabalhadores: 19 suicídios, 12 tentativas de suicídio e 08 trabalhadores em estágio de depressão grave que precisaram parar de trabalhar. No entanto, somente no de 2019, em uma ação inédita na França, alguns dos ex-dirigentes desta empresa foram à julgamento, acusados de assédio institucional. Ainda nesta reportagem, é destacado que os acusados não serão julgados pelas suas escolhas estratégicas para a gestão da empresa, mas pelos métodos empregados para desestabilizar emocionalmente os funcionários através de “controle excessivo”, “marginalização” e “mudanças frequentes nas atribuições”.

Dejours, em entrevista dada à Gerschenfeld (2010), atribui às mudanças na organização do trabalho na sociedade contemporânea, o aumento da ocorrência de suicídio associado ao trabalho, especialmente em decorrência da introdução de novos métodos de avaliação individual do desempenho. Entendo, portanto, que a avaliação de desempenho

---

<sup>10</sup> Vide as referências bibliográficas.

<sup>11</sup> France Télécom.

pode gerar medo em relação à manutenção do emprego, levando as pessoas a competirem com seus colegas, aspecto este que transforma profundamente a forma como se estabelecem as relações no trabalho, e que nos leva de volta à discussão sobre as repercussões dos modelos “gerencialistas” de gestão na saúde do trabalhador. Inclusive, se pensarmos no trabalho realizado no campo da saúde, a avaliação de desempenho baseada em cobranças de produtividade e alcance de metas de gestão, é ainda mais complexa. Afinal, como assinalam Fonseca e Sá (2015), não é possível medir aquilo que não é passível de ser medido e que escapa aos sistemas de coletas de dados adotados pelos modelos de gestão, ou seja, o cuidado. Essa lógica de avaliação de desempenho por metas, produtividade, etc. cujos resultados impactam nos proventos do trabalhador já vem sendo adotada nos serviços públicos, no Brasil.

Outrossim, nesta mesma entrevista, Dejours menciona outros dois métodos que podem ter como efeito sobre o sujeito o suicídio no trabalho: as técnicas de ‘qualidade total’, e a ‘*outsourcing*’ (terceirização), que também intensificam a competitividade e o assédio moral.

Dejours e Bègue (2010) discorrem sobre três abordagens adotadas usualmente para identificar as causas destes suicídios no ambiente de trabalho. Uma abordagem assinala relações causais entre perturbações psicossomáticas e estresse como reação aos obstáculos vividos no trabalho. Logo, a gravidade das perturbações dependeria da forma como o indivíduo conseguiria lidar com o seu “estresse”. Como desdobramento, as estratégias desenvolvidas se relacionam a esta “gestão do estresse” e visam ser realizadas sobre o indivíduo, como: exercícios de relaxamento, meditação, ginástica no local de trabalho, etc. Práticas estas baseadas nas terapias cognitivo-comportamentais e muito comumente adotadas como medidas de intervenção junto aos trabalhadores, em hospitais públicos.

Uma segunda abordagem seria mais estruturalista, atribuindo à conduta patológica, inclusive o suicídio, vulnerabilidades individuais vinculadas a fatores hereditários e a história de vida. Deste modo, a ênfase é no plano psicológico já que o trabalho se constituiria mais um fator traumático, entre tantos outros, para o sujeito. E uma terceira abordagem partiria de uma análise sociogenética que afirma que são os constrangimentos sociais, isto é, não apenas físicos ou biológicos, são decisivos para deflagrar os suicídios no trabalho. Então, questões referentes à gestão e à organização do trabalho teriam maior impacto na saúde mental.

De acordo com Dejours e Bègue (2010), as três abordagens apresentam argumentos relevantes, mas são excludentes entre si, polarizando uma discussão entre se a causa seria de

cinho social ou privado, afastando a possibilidade de uma análise sobre o papel do trabalho tanto na saúde quanto na doença mental. Por esta razão, estes autores consideram que estas perspectivas se mostram insuficientes, especialmente para explicar os casos em que os suicídios são perpetrados por sujeitos sem sintomas patológicos e que exibiam, até então, excelente desempenho profissional. Não são aqueles sujeitos acostumados a ‘atestados médicos’ que se suicidam, mas profissionais dedicados e queridos tanto por colegas quanto pelas chefias (DEJOURS e BÈGUE, 2010). E este aspecto vai ao encontro da afirmativa de Yves Clot (2010) de que 80% dos casos de suicídio no trabalho ocorrem com pessoas “apaixonadas pelo trabalho e que não aceitam o maltrato da profissão. Não são sujeitos “desinvestidos”, mas “sobreinvestidos”. (CLOT, 2010, p. 230).

Portanto, Dejours e Bègue (2010) trazem duas possíveis razões para o fato de os suicídios nos locais de trabalho estarem acontecendo mais recentemente. A primeira razão diz respeito a uma fragilidade na utilização de estratégias de defesas coletivas. Estas estratégias comumente se manifestam como expressão de coragem ou de indiferença ao sofrimento. A expressão de sofrimento ou quaisquer sintomas psicopatológicos quando estas defesas coletivas são acionadas se mostram do seguinte modo: ou são convertidas em brincadeiras (algumas de gosto duvidoso) ou convertidas em ações em que os trabalhadores se expõem a riscos desnecessários. Apenas são ‘deixados à mostra’ aqueles transtornos que camuflam a sua natureza psíquica<sup>12</sup> e que são respaldados por etiologias neurológicas ou motoras. Porém, cabe destacar que algumas destas doenças que impossibilitavam o retorno ao trabalho, como assinalam Dejours e Bègue:

São sintomas que, no fundo, protegem o trabalhador vítima de acidente de trabalho de voltar à situação geradora de medo, medo da mutilação ou da morte por acidente de trabalho. Mas como é possível fazer com que o medo sofra uma mutação-dissimulada que faz com ele se manifeste como uma vertigem, por exemplo? (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 18).

Isso porque o medo se mantém onde sempre existiu, porém, era protegido pela estratégia coletiva de defesa. A diferença entre a situação atual e a de outrora é que antes o trabalhador conseguia “mascarar” para ele próprio que era este medo a verdadeira causa da sua incapacidade e da sua impossibilidade de retornar ao trabalho após períodos de adoecimento. E estes sintomas “medicalizados”, por sua vez, protegiam contra a ameaça da depressão ou outras formas graves de descompensação psíquicas, inclusive, do suicídio

---

<sup>12</sup> Cefaleias, nevralgias crônicas, traumas após terem sofrido algum ferimento físico, etc.

(DEJOURS e BÈGUE, 2010).

As estratégias coletivas de defesa são dirigidas para todas as formas de expressão de sofrimento, no ambiente de trabalho, e não apenas contra a percepção do medo. Todo este sofrimento, então, é canalizado para fora do local de trabalho. Por este motivo, “os gestos suicidários eram praticados fora do local de trabalho, mesmo quando a relação com o trabalho estava em causa nesta descompensação (pressionado por um último resquício de pudor, socialmente construído)” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 20). Uma vez que estas estratégias não estejam sendo empregadas, o sofrimento e a possibilidade de suicídios no local de trabalho aumentam.

A segunda razão defendida por Dejours e Bègue é que quando não é mais possível, pelo trabalhador, dissimular o seu sofrimento ou adoecimento dos colegas, “após passar as zombarias”, costumavam, em outras épocas, emergir os sentimentos de solidariedade da parte destes colegas com manifestações afetuosas de conforto e apoio aos que sofriam (e/ou adoeciam).

Então, em decorrência destas razões discutidas é que os autores entendem que a concretização do suicídio no ambiente de trabalho indica que estas manifestações de solidariedade pelos colegas “foram banidas dos costumes e da rotina da vida de trabalho. Em seu lugar, instalou-se a nova fórmula do cada-um-por-si; e a solidão de todos tornou-regra. Agora, um colega afoga-se e não se lhe estende mais a mão” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 21).

Retomando à questão do modo de gestão gerencialista, além de produzir, a meu ver, sofrimento no trabalho, acirra a competitividade, levando as pessoas a usarem meios para prejudicar os colegas: sonegam informações que possam favorecer os colegas e fazem circular boatos que os desqualifiquem, desgastando a possibilidade de estabelecimento de uma rede solidária, no trabalho. Embora não seja um fenômeno recente, segundo Dejours, o assédio se dá em um contexto de desaparecimento da solidariedade (Gerschenfeld, 2010), aproximando-se da visão de Clot (2010) sobre este tema.

Além do mais, muitas vezes, um trabalhador acaba sendo “escolhido” para ser alvo de assédio e ninguém se mobiliza para defendê-lo. O trabalhador assediado se percebe isolado, solitário e vítima da traição daqueles com quem, muitas vezes, trabalhou durante anos, e que se recusam a testemunhar a seu favor. Estas pessoas assediadas, em geral, são mais comprometidas com o trabalho e se tornam mais vulneráveis porque se recusam a receber ordens que as levem a trabalhar ou a agir mal. Ainda nesta entrevista, Dejours afirma o quão potente é o efeito de um único caso de assédio para toda a organização porque amplia

o medo já instalado, domina-se o coletivo do trabalho todo. Então, este autor sugere ser extremamente importante tornar este assédio visível para todos.

Se por um lado, é preciso se falar sobre o assunto para desmistificá-lo e se pensar estratégias de enfrentamento deste problema, por outro lado, Yves Clot (2010) argumenta que a midiatização dos suicídios nos ambientes de trabalho pode atuar como um “*acelerador de suicídios*” uma vez que aqueles que pensam em fazê-lo, poderão perceber neste ato o impacto social que consegue provocar. Entende-se, daí, o quão delicado é o tema suicídio no trabalho, não apenas para a pesquisa, mas para a realização de qualquer tipo de intervenção ou de ações preventivas pelas áreas responsáveis pelo acompanhamento da saúde dos trabalhadores, como, por exemplo, os Núcleos de Saúde dos Trabalhadores dos hospitais.

Gomide (2013) compreende que o ato suicidário não se trata meramente de um “ato desesperado” do sujeito como resposta às pressões do meio, mas é sim, “o reflexo de um consentimento silencioso, por parte do sujeito, com as tendências destrutivas e totalitárias instaladas no mundo do trabalho: a concordância de sacrificar a si mesmo” (GOMIDE, 2013, p. 382) Essa ideia de um único sujeito se lançar ‘voluntariamente’ ao sacrifício, a meu ver, justifica o porquê de eu ter observado, na minha atuação em hospitais, que após a ocorrência de um suicídio no trabalho, as pessoas (ou poderíamos chamar de sobreviventes?) retornavam à rotina de trabalho como se nada houvesse acontecido<sup>13</sup>. Em muitos casos, como afirmam Dejours e Bègue (2010), o silêncio instalado sobre o tema é tão grande que sequer é realizada alguma investigação clínica (apenas policial). E isso significa, no entendimento destes autores que caso o silêncio seja mantido nada será feito para transformar esta organização do trabalho, persistindo os riscos de novos suicídios. Eles afirmam, pois, que:

A ausência de reação coletiva após um suicídio **não pode ser considerada como neutra**. Ela tem um impacto inevitável, agrava o sentimento de impotência, de resignação, mesmo de desespero. Essa ausência sela, ainda mais do que antes do evento, um pacto de silêncio entre os colegas sobreviventes.” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 23, grifo nosso)

Porém, o silêncio da organização pode tamponar conflitos que precisariam ser explicitados. É fundamental a elucidação dessa “mensagem”, entre outros motivos, também para que haja uma elaboração do luto por todos (familiares e comunidade de trabalho) (DEJOURS e BÈGUE, 2010).

---

<sup>13</sup> E me faz lembrar alguns ritos religiosos em que animais são sacrificados para garantir a “paz de espírito” de todos e também a concepção da figura de Jesus Cristo como o “Cordeiro de Deus” que foi imolado para livrar a toda humanidade dos pecados, na perspectiva cristã.

É possível que os sujeitos que tentam suicídio no local de trabalho tenham se dedicado às suas atividades de tal maneira que, em algum momento, tenham se sentido “lesados” pelas organizações, numa perda de sentido e significado para a sua trajetória profissional. Conforme afirmam Dejours e Bègue:

O suicídio sobrevém, então, geralmente, a uma desqualificação da contribuição, na esfera do trabalho, que o indivíduo oferece à empresa e do não reconhecimento de seu mérito pessoal. Esta desqualificação reveste-se, com frequência, da forma de uma desgraça. De um dia para o outro, a atitude da hierarquia muda e passa para a difamação, às críticas pejorativas, à hostilidade, à discriminação, à exclusão, até mesmo ao assédio moral [...] (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 30)

Os motivos para estas situações, da parte das organizações, em geral, se dão como decorrência de mudanças de gestão ou de políticas de trabalho que demandam mudanças imediatas. Assim, são usadas diferentes formas para desacreditar aqueles que se mostram mais resistentes à estas mudanças: assédio moral para desestabilizar estes “resistentes” psicologicamente, desqualificações das habilidades, criação de boatos.

Dejours (2007) fala sobre as estratégias de distorções comunicacionais empregadas em diferentes níveis das organizações, tais como: não deixar que as dificuldades na rotina do trabalho cheguem até os gerentes; produzir mentiras através do falseamento de resultados e indicadores para só levar a público os dados ‘positivos’; calar as opiniões contraditórias; apagar os vestígios através da omissão de fracassos. Embora estes elementos não sejam novidades do ponto de vista da forma como as empresas se mostram para o seu público-alvo, a novidade está no fato deste discurso de “eufemização” do real do trabalho se dar para dentro da própria empresa, alcançando os trabalhadores que passam a compartilhar o mesmo discurso. Os trabalhadores são pressionados a não denunciarem situações de acidentes, apagar lembranças de práticas ocorridas no passado que possam gerar comparações entre o passado e o presente, até a “banalização do mal” nas práticas cotidianas de trabalho. Esse “mal” ao qual Dejours (2007) se refere é, portanto, a tolerância à mentira a partir do momento que esta não é denunciada, participando e/ou testemunhando tratamentos injustos e sofrimentos infligidos aos outros (subalternos e/ou colegas). Como ele diz:

[...] O mal diz respeito igualmente a todas as injustiças deliberadamente cometidas e publicamente manifestadas, concernentes a designações discriminatórias e manipuladoras para as funções mais penosas ou mais arriscadas; diz respeito ao desprezo, às grosserias e às obscenidades para com as mulheres. O mal é ainda a manipulação deliberada da ameaça, da chantagem e de insinuações contra os trabalhadores, no intuito de desestabilizá-los psicologicamente, [...] (DEJOURS, 2007, p. 76)

A partir de todas as discussões realizadas até o presente momento sobre sofrimento, adoecimento psíquico, suicídio e suicídio no trabalho, entendo o quanto é desafiador compreender toda a dinâmica que envolve o retorno ao trabalho. Afinal de contas, não estamos falando acerca daquilo que o trabalhador é capaz de enunciar sobre como se vê neste processo, mas sobre aquilo que a instituição tem condições de reconhecer quanto ao seu potencial de vida e de morte e seus efeitos sobre o trabalhador.

### 3 TRANSPOSIÇÕES DO CURSO DO RIO: O RETORNO AO TRABALHO

O processo de volta às atividades laborais após afastamento por licença psiquiátrica ocorre imerso em vivências paradoxais para os trabalhadores, as organizações e as equipes de trabalho. Para as organizações, é possível que haja uma preocupação em como lidar com esta força de trabalho que volta da licença médica em circunstâncias envolvendo muito sofrimento, incluindo, algumas vezes, a tentativa de suicídio/ideação suicida. De mais a mais, a urgência de reposição da força de trabalho pode levar a desconsiderar os efeitos dos processos de trabalho sobre os trabalhadores. Nas equipes, apesar de o retorno de um trabalhador significar um alívio em virtude da redistribuição de carga de trabalho, talvez persistam possíveis desconfianças e ressentimentos resultantes do período em que o trabalhador esteve afastado, em um contexto organizacional de invisibilidade do adoecimento psíquico. Para os trabalhadores, o afastamento pode atuar como uma fratura identitária porque, como diz Lhuilier, estar afastado do trabalho implica “estar amputado das condições necessárias simultaneamente à construção identitária e à construção do viver em conjunto” (LHUILIER, 2005, p. 217). Portanto, ao retornar, é possível que o trabalhador tenha dúvidas quanto à possibilidade de conseguir retomar uma suposta ‘normalidade’ vivida anteriormente ao período do seu adoecimento.

Na maioria das publicações internacionais, a atenção é lançada sobre como o trabalhador lida individualmente com de retorno ao trabalho (ANDERSEN, NIELSEN e BRINKMANN, 2012; STAHL e STIWNE, 2014; NOORDIK et al., 2011; COHEN et al., 2015). São estudos que desconsideram que o trabalho apresenta também uma função social que é fundamental por unir os sujeitos na produção de algo útil, como diz Lhuilier (2005). Além do que, não podemos esquecer, a psicossociologia clínica nos ensina que os trabalhadores mantêm com as organizações ou instituições, em sentido mais abstrato, vínculos de pertencimento e reconhecimento, que possibilitam a inscrição desses sujeitos em determinado campo simbólico. Nas produções nacionais selecionadas, há uma ênfase nos aspectos sociais e psíquicos dos trabalhadores (SANTOS, SIQUEIRA e MENDES, 2010, 2011).

Segundo Andersen, Nielsen e Brinkmann (2012), são cinco os conceitos-chave para a análise dos fatores facilitadores e dificultadores ao retorno ao trabalho: 1) os modos de lidar com as demandas individuais; 2) o suporte social no trabalho; 3) o alinhamento de interesses entre diferentes setores; 4) o momento certo para que o retorno ao trabalho aconteça; 5) o hiato existente entre as intenções de intervenção e a efetiva implementação.



Tenho o entendimento, pois, que políticas institucionais são fundamentais para romper com o ciclo adoecimento-afastamento-retorno do trabalhador propiciando que o trabalhador ressignifique a sua identidade profissional.

Entre as principais barreiras ao retorno ao trabalho, os estudos selecionados salientam: ausência de programas adequados; reabilitação profissional e comunicação insuficiente entre os atores envolvidos (TOLDRÁ et al.,2010); modos de gestão das organizações, culpabilização individual pelo adoecimento; problemas de identidade pessoal/profissional daqueles em processo de retorno ao trabalho; não existência de políticas de promoção de saúde para aqueles que voltam ao trabalho (MACAIA, 2013); ausência de práticas voltadas para a saúde do trabalhador com uma perspectiva de integralidade (SOUSA, 2017); uma pobreza comunicacional entre os trabalhadores licenciados e os órgãos reguladores após a licença médica; insuficiência de protocolos de retorno ao trabalho (COHEN et al.,2015); a contradição entre o desejo de retornar e o medo que tal aconteça (ANDERSEN, NIELSEN e BRINKMANN, 2012); ansiedade por fazer parte de uma equipe de trabalho; expectativas quanto à aceitação e acolhimento da equipe de trabalho (POERSCH e MERLO, 2017); um ‘modus operandi’ baseado no ‘produtivismo’, instigando a competitividade no trabalho e obstaculizando o retorno ao trabalho (NEVES, 2016).

Identifiquei, através dos estudos analisados, uma limitação na elaboração de políticas institucionais que contemplem um acompanhamento dos trabalhadores desde o seu afastamento por licença médica até o retorno ao trabalho (MACAIA, 2013; NEVES, 2016; PENTEADO, 2014; POERSCH e MERLO, 2017; TOLDRÁ et al, 2010]. Este panorama talvez também se justifique pelo fato de que as políticas voltadas para a saúde do trabalhador sejam reguladas pelo mercado econômico em função do contexto econômico neoliberal, ocasionando uma regulação direcionada à contenção de custos com os benefícios dos trabalhadores (TOLDRÁ et al.,2010; TAKAHASHI e IGUTI, 2008). As consequências deletérias do foco em parâmetros econômicos são percebidas na legislação brasileira referente à reabilitação profissional que se restringe à possibilidade de reinserção e não à reinserção efetiva (TAKAHASHI e IGUTI, 2008). Portanto, o retorno ao trabalho, quando calcado em conveniências do mercado, pode impactar na redução dos direitos trabalhistas. Além de tudo, este retorno não deveria ser reduzido a um processo burocratizado visando ‘voltar à normalidade’ (NEVES, 2016).

Lhuilier (2017) assinala que, no retorno ao trabalho, também emergem tensões entre compatibilizar a volta ao trabalho após um tratamento médico e as exigências do trabalho profissional atravessada pelo dilema: “como dar conta do trabalho e do cuidado de si? Como

arbitrar entre a necessidade de se cuidar e a necessidade de preservar o trabalho?” (LHUILIER, 2017, p.306). No caso dos trabalhadores de saúde, a esta questão, acrescentamos uma outra variável: o trabalhador que retorna se sente em condições de voltar a cuidar de alguém?

Lhuilier (2017) afirma que se manter no trabalho pode envolver sofrimentos, porém se ausentar através da licença médica equivale à perda de referências que permitem ao sujeito enfrentar tanto a doença quanto os tratamentos médicos, principalmente, para aqueles trabalhadores que encontram no trabalho, benefícios para a sua saúde. Portanto, esses trabalhadores que voltam ao trabalho com expectativas de recuperação da sua identidade profissional, após vivência de intenso sofrimento, a meu ver, demandam extrema delicadeza e cuidado, inclusive, da parte pesquisador. Além de um possível receio de exposição que o sujeito possa ter em participar da pesquisa, há potenciais riscos de a pesquisa suscitar ainda mais sofrimento nesse sujeito, dependendo de como seja conduzida.

### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

Segundo Neves (2016), a reabilitação da capacidade funcional do trabalhador era chamada, no Brasil, de Readaptação Profissional e consistia no reaproveitamento do empregado acidentado para lhe restituir a sua capacidade de trabalhar (parcial ou totalmente). Nos anos 80, os Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) e os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) passaram a apresentar falta de recursos humanos e materiais por conta da falta de investimento do governo. Por serem atrelados ao trabalhador formalmente inserido no mercado de trabalho dos NRPs e CRPs eram limitados, tendo sido desativados nos anos 2000.

Conforme assinalam Poersch e Merlo (2017), a reabilitação profissional historicamente se encontra vinculada aos sistemas previdenciários cujo papel estratégico era de regulação econômica visando reduzir o tempo de concessão de benefícios por incapacidade. Sousa (2017), por sua vez, assinala que a Reabilitação Profissional previa proporcionar aos trabalhadores incapacitados (parcialmente ou não), meios para (re) educação e (re) adaptação ao mercado de trabalho. A ideia, portanto, era que rapidamente pudesse ser restabelecida a condição de contribuinte, reduzindo as desvantagens das pessoas com algum tipo de incapacidade e favorecendo o retorno ao trabalho (POERSCH e MERLO, 2017).

Os NRPs e CRPs foram, a partir dos anos 2000, substituídos pelo programa Reabilita,

que integra o subprograma de perícias médicas das agências de benefícios da Previdência Social. O Reabilita, de acordo com Neves (2016), aborda os aspectos burocráticos de cunho previdenciário embora, segundo Penteado (2014), tenha sido idealizado para descentralizar e ampliar os serviços de atendimento à reabilitação profissional (sendo composto por médico perito e um orientador profissional). A atribuição de reabilitação dos trabalhadores formais, então, passou a ser do SUS para a abordagem dos aspectos clínicos. E foi estabelecida a partir daí a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) integrada pelo Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios. A RENAST visa garantir atenção integral à saúde dos trabalhadores e é composta pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que são serviços de média e alta complexidade voltados para diagnosticar e notificar os agravos à saúde do trabalhador (PENTEADO, 2014).

Os programas de intervenção sobre o retorno ao trabalho nos casos de transtornos mentais e comportamentais, de acordo com estudos analisados por Neves (2016), se encontram voltados para a valorização do treinamento dado ao médico perito e aos procedimentos adotados que empregam prioritariamente técnicas de aprendizagem cognitivo-comportamental visando ensinar condutas para lidar com sentimentos e emoções no retorno ao trabalho. Apreendo daí, então, que há dois enfoques predominantes no que diz respeito à reabilitação profissional: uma proposta terapêutica com perspectiva biomédica em que o profissional médico é tido como o único cuidador; e um processo em que o sujeito é responsabilizado por ter (ou não) condições de voltar a trabalhar.

Akimura e Costa (2020) enfatizam que uma perspectiva de reabilitação profissional interdisciplinar e mudança de paradigma para um modelo biopsicossocial são desafios a serem enfrentados, no Brasil, especialmente face ao esvaziamento do quadro de servidores públicas e contenção orçamentária. Daí que:

Essas constatações demonstram o desinteresse do Estado em efetuar uma reabilitação profissional de qualidade, e uma perspectiva exclusivamente economicista de contenção de gastos. Ao final do Programa de Reabilitação Profissional (PRP) o trabalhador é considerado reabilitado, mesmo não estando qualificado suficientemente ou sem emprego garantido, recebe alta do benefício previdenciário. Uma vez que ele é considerado reabilitado, o Estado se exime da responsabilidade de proporcionar empregabilidade, sob o argumento que isso cabe ao mercado. Ao mesmo tempo usa como pretexto o Programa para justificar a não concessão da aposentadoria por invalidez, pois o trabalhador agora possui qualificação, não é um inválido” (AKIMURA e COSTA, 2020, p. 169).

Embora todos estes aspectos abordados, até então, se refiram especificamente

aqueles trabalhadores formais cobertos pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), em termos de previdência, os servidores públicos contam com um regime próprio (FANTINI, SILVEIRA e LA ROCCA, 2010).

Em relação Regime Jurídico Único dos servidores públicos federais, estabeleceram-se estratégias de promoção, prevenção e assistência à saúde através da implantação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) em 2009. (MACEDO et al., 2020).

A *readaptação* se encontra na “Seção VII” (“Da Readaptação”), artigo ‘24’ da Lei nº 9112 de 11 de dezembro de 1990 que dispõe sobre o Regime Jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais que diz:

Art. 24. Readaptação é a investidura do servidor em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental verificada em inspeção médica.

§ 1º Se julgado incapaz para o serviço público, o readaptando será aposentado.

§ 2º A readaptação será efetivada em cargo de atribuições afins, respeitada a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimentos e, na hipótese de inexistência de cargo vago, o servidor exercerá suas atribuições como excedente, até a ocorrência de vaga. (Parágrafo com redação dada pela Lei nº 9.527, de 10/12/1997) (BRASIL, 1990)

Segundo Macedo et al. (2020), os processos de retorno ao trabalho *com restrições* físicas e/ou mentais, tanto a legislação quanto a literatura acabam empregando, muitas vezes, os termos “reinserção”, “reabilitação”, “readaptação” e “reintegração” como sinônimos. Entretanto, no caso específico da “readaptação”, Baltazar afirma que se trata de:

a investidura do servidor pós avaliação pericial em cargo de atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental. Após constatação da incapacidade do servidor para as atribuições do seu cargo, a junta pericial sugerirá o que o servidor poderá e os que não poderá realizar, devido à limitação imposta por sua doença ou lesão. Caso o servidor não seja capaz de executar mais de 70% das atribuições de seu cargo, configura-se caso de restrição de atividades e o servidor deverá retornar ao trabalho no seu cargo de origem, mesmo que seja necessário evitar algumas atribuições. É a junta que orienta a chefia imediata quanto às atividades que deverão ser evitadas. Caso não haja um cargo para o qual o servidor possa ser readaptado, compatível com suas limitações, a junta deverá sugerir sua aposentadoria por invalidez (BALTAZAR, 2016, p. 95).

Fantini, Silveira e La Rocca destacam que o Regime Jurídico Único do servidor federal, no entanto, “não determina a requalificação profissional nem o acompanhamento do trabalhador readaptado [...]” (FANTINI, SILVEIRA e LA ROCCA, 2010, p. 60). Tenho o entendimento que por não se encontrar previsto em lei, fica a critério dos núcleos de saúde

do trabalhador incluir (ou não) essa atividade em sua programação. E isso eu considero uma limitação significativa na perspectiva de se pensar o cuidado ao trabalhador que esteve afastado sobretudo por adoecimento psíquico. Esse trabalhador, mais do que nunca, precisa ser assistido em sua nova condição dentro da instituição uma vez que enfrentará novos desafios na sua carreira.

A partir desta revisão de literatura também identifiquei a necessidade de dar maior visibilidade à questão da reinserção do trabalhador após licença psiquiátrica, temática que observei ser pouco discutida em pesquisas empíricas nacionais. Este processo de retorno à organização se torna ainda mais complexa quando o afastamento é decorrente de adoecimento psíquico porque precisa levar em conta algumas especificidades. A começar pela imprevisibilidade do tempo de recuperação do trabalhador já que o tempo psíquico não necessariamente corresponde às exigências e necessidades sociais/organizacionais. Então, nem sempre, no término de licença psiquiátrica, o sujeito se encontra em condição de voltar às atividades. Outro elemento a ser considerado é a possibilidade de estigmatizações em relação ao trabalhador que volta, ou por considerarem que o sujeito criou subterfúgios para evadir do trabalho ou por considerarem que ele não é confiável o suficiente para trabalhar. Afinal, a saúde mental do trabalhador (com seus sintomas frequentemente não aparentes) seria invisibilizada na organização?

O entrelaçamento entre o estigma e as relações de poder leva ao questionamento se os profissionais de saúde após licenças médicas em hospitais, sofreriam discriminação de forma diferenciada, de acordo o seu cargo/função, categoria profissional e gênero. Na perspectiva de Parker (2015), o processo de discriminação afeta a saúde e, por esta razão, se entende o quanto é necessária discutir as possíveis correlações entre o adoecimento e a discriminação. Uma vez existindo um grande esforço psíquico dos sujeitos “desacreditáveis” (GOFFMAN, 1988) para não serem descobertos, é possível que este esforço psíquico, no ambiente de trabalho contribua para “retroalimentar” o sofrimento psíquico e a depressão destas pessoas que estão voltando ao trabalho, constituindo, assim, um ciclo “vicioso”.

Sendo assim, é importante salientar que o retorno ao trabalho diz respeito a um processo com etapas que não necessariamente ocorrem de maneira contínua e linear que vão desde o período de afastamento e licença do trabalho até ações sobre o ambiente do trabalho (MACAIA, 2013). De acordo com Poersch e Merlo, o retorno ao trabalho é perpassado:

por vivências particularizadas, confrontadas com arranjos da organização que já não são mais os mesmos. Compondo equipes que não mais se constituem do mesmo modo e em relações e vínculos de trabalho que se fragilizam face ao

fomento dos modelos individualistas de gestão no trabalho [...] (POERSCH e MERLO, 2017, p. 03).

Por isso, a relevância de se analisar a dinâmica dos grupos de trabalhadores, tanto daqueles que retornam ao trabalho quanto dos que permanecem nas equipes. Do mesmo modo que é necessário se analisar a dinâmica das organizações hospitalares e como estas lidam com o processo de retorno ao trabalho.

### 3.2 ORGANIZAÇÕES, INSTITUIÇÕES E GRUPOS

Hess (2005) relata que as primeiras abordagens sobre “instituições” são oriundas das tradições jurídica e sociológica. As instituições eram tidas como fenômenos sociais e impessoais, com certa “permanência” e “estabilidade”, responsáveis pela ordem e coesão social. No entanto, foi Castoriadis que formulou uma definição dialética de “instituição”, como aquilo que institui a sociedade pela sociedade instituinte. René Lourau, nos anos 60, retoma esta dialética elaborando a teoria da análise institucional e teoria dos grupos. Lourau, segundo Hess (2005), entende a instituição como confronto permanente entre o instituído (aquilo que já existe e procura se manter) e o instituinte (o que subverte, o que muda).

Enriquez (1991) diferencia as “organizações” das “instituições”. As organizações visam uma produção delimitada de bens ou serviços, ou seja, o seu objetivo é produzir e, para tanto, estabelecem relações econômicas e de poder. As instituições desempenham o papel de regulação social e o objetivo de sua existência são as relações sociais (estruturadas por “tramas simbólicas e imaginárias”). Segundo Enriquez:

A família, a Igreja, o Estado e os “grupos” educativos e terapêuticos podem, com toda razão, ser considerados como instituições, porque todos colocam o problema da alteridade, ou seja, da aceitação do outro enquanto sujeito pensante e autônomo por cada um dos atores sociais que mantêm com eles relações afetivas e vínculos intelectuais [...] (ENRIQUEZ, 1991, p: 53)

Na perspectiva psicossociológica, então, as instituições colocam em evidência a questão da alteridade, ou seja, a “aceitação do outro enquanto sujeito pensante e autônomo por cada um dos atores sociais que mantêm com ele relações afetivas e vínculos intelectuais” (ENRIQUEZ, 1991, p. 53). As instituições favorecem a metabolização de “desejos socialmente aceitáveis” à medida que trabalham para a garantia de um projeto ilusório da instituição.

Nesta investigação, pretendo analisar toda a dinâmica envolvida no hospital que é o

meu campo de pesquisa. Primeiramente no caso em que os trabalhadores de saúde se afastam por adoecimento psíquico, visando identificar como os colegas e chefias se reorganizam a partir de novos projetos institucionais; e, segundo, analisar o processo de retorno ao trabalho, procurando identificar se os sujeitos tornam a participar (ou não) da construção dos projetos institucionais.

Como afirma Enriquez, “Eros, com efeito, pode, ao favorecer a identificação mútua, criar uma coesão ou uma colusão definitiva [...] Essa coesão se apoia no movimento de sedução recíproca entre os membros da instituição [...]” (ENRIQUEZ, 1991, p. 54). Assim, Enriquez (1991) entende que é graças ao Eros, enquanto representação das pulsões amorosas, que as instituições conseguem o efeito de coesão e fraternidade através de uma indiferenciação e homogeneização entre os sujeitos que dela fazem parte. Com isso, os seus membros vivenciam um modelo de cooperação e comunicação infalíveis, tendendo a evitar conflitos e tensões que ameacem romper com esta homeostase do grupo. Há uma tendência, pois, de os membros recusarem toda criatividade.

De acordo com Lapassade (1983), todos os grupos humanos se organizam, distribuindo tarefas, escolhendo responsáveis para assumir as funções, independentemente da finalidade do grupo. Assim:

um grupo é constituído por um conjunto de pessoas em relação umas com as outras e que se uniram por diversas razões [...] Numa equipe de trabalho, por exemplo, e qualquer que seja a tarefa a realizar, os principais fatores de funcionamento são uma finalidade (ou um “objetivo”) comum, em princípio, tarefas concretas comuns, um sistema de participação (as comunicações obedecem a certas modalidades), um sistema de direção ou de animação do grupo, um conjunto de regras ditas de procedimento [...] (LAPASSADE, 1983, p. 65).

Um grupo apenas se constitui a partir de uma ação (de uma tarefa) a cumprir, ou seja, um “projeto comum”, conforme afirma Enriquez (1994). Sendo assim, é preciso que este grupo possua um sistema de valores interiorizados por todos os seus membros que lhe permita se deslocar de um “estágio de plano” para o de “realização”. Sistema de valores este que se apoia num imaginário social comum. Enriquez (1994) esclarece, então, que o imaginário social é um sistema de representações que define “aquilo que queremos vir a ser, aquilo que queremos fazer e em que tipo de sociedade ou organização desejamos intervir” (ENRIQUEZ, 1994, p. 62). Assim sendo, entendo que compreender os modos e as dinâmicas de funcionamento estabelecidas nas equipes dos trabalhadores que voltam após licença psiquiátrica é fundamental para a compreensão do sistema de normas, cultura, valores da instituição como um todo. A partir daí, é possível também compreender qual o imaginário

organizacional compartilhado pelos colegas e chefias frente aos trabalhadores que retornam ao trabalho.

Quando um sujeito retorna de licença médica, ele precisa retornar a um coletivo de trabalho que talvez não mais o reconheça como membro deste grupo. Kaës (2012) designa “grupo” como: “a estrutura paradigmática de uma organização de vínculos intersubjetivos, sob o prisma de que as relações entre vários sujeitos do Inconsciente produzem formações e processos psíquicos específicos” (KAËS, 2012, p. 16). Portanto, entendo que as contribuições deste autor, em especial no que diz respeito às alianças inconscientes estabelecidas entre os sujeitos, nos grupos ou organizações, constituem relevante arcabouço teórico para a compreensão das dinâmicas entre os trabalhadores e gestores e sua relação com os casos de afastamento e retorno dos trabalhadores em decorrência do adoecimento psíquico.

Considerando, como já discutido anteriormente, que os sujeitos adoecem psiquicamente (e/ou tentam suicídio) em função das formas como as organizações do trabalho vêm se conformando, cabe investigar como os grupos e o hospital, respectivamente sujeitos e campo desta pesquisa, lidam com o retorno destes sujeitos mais fragilizados psiquicamente do que os demais.

### 3.3 OS PAPÉIS SE INVERTEM: QUANDO O TRABALHADOR PRECISA SER CUIDADO

Observei em vários estudos dedicados ao tema que o retorno ao trabalho após afastamento por licença médica é abordado através de duas perspectivas: como o sujeito percebe a organização em que trabalha e como ele próprio se percebe neste processo.

Desde seu afastamento até o retorno ao trabalho, o trabalhador percebe uma ausência/insuficiência de acolhimento, do mesmo modo que preconceito ou estigmatização/discriminação, nos casos de transtornos mentais. Sente também desqualificação profissional e se percebem tratados como ‘desviantes’ ou ‘improdutivos’ (SOUSA, 2017; NEVES, 2016; PENTEADO, 2014; POERSCH e MERLO, 2017). Observa-se também uma dificuldade de as organizações reconhecerem os transtornos mentais como adoecimento, não valorizando a necessidade de estratégias diferenciadas para a reinserção desses trabalhadores após retorno ao trabalho (PENTEADO, 2014).

Quanto ao modo que os trabalhadores se percebem no próprio processo de retorno ao trabalho foram relatados o sentimento de não conseguir se proteger das pressões do trabalho,



uma dificuldade em reconhecer os próprios limites da exaustão, um perfeccionismo na realização das tarefas, incerteza quanto ao próprio desempenho e capacidade de realizar atividades laborais, medo, insegurança e ansiedade (NOORDIK et al, 2011; SOUSA, 2017).

Segundo Enriquez (1994), quando o sujeito se identifica intensamente com o grupo, ele consagra o seu tempo e vitalidade ao mesmo, acreditando estar defendendo a sua causa e a missão, mesmo que, nos casos mais extremos de identificação, sacrifique a própria vida. Considerando o contexto do trabalho, entendo que, ao mesmo tempo que o excesso de investimento na atividade possa levar ao adoecimento, o afastamento pode ocasionar ainda mais sofrimento. É como se vivessem uma ruptura de identidade e de sentimento de pertencimento ao grupo/organização. Como assinala Lhuilier (2005), os coletivos de trabalho são espaços privilegiados de construção identitária, quando o sujeito se reconhece na relação com o outro. Nesta direção, Dejours e Bègue (2010) afirmam que quando não há reconhecimento, surge o risco de desestabilização da identidade. Daí, acreditamos na potência de espaços coletivos tanto discussões inerentes à rotina de trabalho quanto para a construção conjunta de políticas institucionais.

### **3.3.1 A saúde do trabalhador no SUS**

A saúde do trabalhador se constitui uma das linhas de estudo e atuação da saúde coletiva que visa a promoção e proteção de saúde dos trabalhadores, com ênfase na vigilância. Conforme assinalam Minayo-Gomez, Vasconcellos e Machado (2018), anteriormente ao SUS, o principal foco das estratégias dos primeiros programas dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador era diagnosticar e acompanhar as patologias resultantes do trabalho visando constituir um instância de assistência aos trabalhadores. Por este motivo, questiono até que ponto essa lógica ainda não se perpetuaria no interior dos Núcleos de Saúde do Trabalhador, nas organizações hospitalares.

No entanto, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, surge a proposta do SUS incorporar ações e órgãos de saúde do trabalhador tendo o entendimento da saúde como um direito. A portaria MS/Gabinete nº 1823, de 23 de agosto de 2012 (Brasil, 2012) que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora apresenta, entre os seus objetivos, o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) integrado aos demais componentes de vigilância em saúde; análise da situação de saúde dos trabalhadores, “controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas. Segundo Minayo-Gomez, Vasconcellos e

Machado (2018) esta política “constituiu um passo importante para orientar as ações e a produção científica na área” (p. 1967).

Esta Política se alinha a todo o corpo de políticas de saúde no âmbito do SUS, “considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.” (BRASIL, 2012, p. 02). Entre os objetivos desta Política Nacional, tem-se: o fortalecimento da VISAT, integrando-o com os demais componentes da Vigilância em Saúde; a promoção da saúde em ambientes e processos de trabalhos saudáveis; a garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador a partir da inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS (com articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na organização e fluxos da rede); a ampliação do entendimento da saúde do trabalhador como ação transversal identificada em todos os pontos da rede de atenção; a incorporação da categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença; assegurar a identificação da situação de trabalho nas ações e serviços de saúde do SUS; assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS. (BRASIL, 2012).

A trajetória de institucionalização da Saúde do Trabalhador no SUS vem ocorrendo em meio a inúmeros desafios desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Anos de muitas lutas se passaram até que, na década de 2000, o Ministério da Saúde, através de uma área técnica de saúde do trabalhador, formulou uma proposta de estabelecimento de uma rede de saúde do trabalhador, normatizada como RENAST<sup>14</sup>. Em Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009, a RENAST se propôs a integrar a rede de serviços do SUS por meio do CEREST (MINAYO GOMEZ, VASCONCELLOS e MACHADO, 2018)

Santos (2010) entende que a saúde do trabalhador compreende as relações de nexo causal entre o trabalho e a saúde face ao potencial de adoecimento, diferentemente de uma perspectiva higienista que entende esse vínculo causal associado a um agente específico e ao grupo de fatores de riscos existentes no local de trabalho.

A partir de uma pesquisa exploratória realizada por Santos (2010) sobre os espaços de intervenção em saúde do trabalhador, no município do Rio de Janeiro, a autora identificou que havia, na ocasião, dez unidades hospitalares federais que contavam com este serviço. De acordo com Santos (2010) existem, nestes espaços de intervenção: uma predominância de atividades de perícia médica; uma reprodução do modelo assistencial vigente nas

---

<sup>14</sup> Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

organizações de saúde (modelo clínico e medicina do trabalho); levam pouco em consideração os trabalhadores como sujeitos dos processos de trabalho; modelo assistencial pouco estruturado em função da dificuldade de formação de equipe multiprofissional qualificada em saúde do trabalhador; pouca articulação em rede e ausência de perspectiva interdisciplinar entre os seus membros; se encontram subordinados aos recursos humanos, resultando em baixa autonomia e capacidade de autogestão; distanciamento de uma proposta de intervenção e investigação em meio a esta estrutura coercitiva. Santos afirma que:

[...] A saúde é um direito fundamental que transcende a visão previdenciária e trabalhista. Isto vai para além da indenização por agravos, insalubridades, licenças e acompanhamento de processos burocráticos de perícias por afastamentos. Requer a identificação de indicadores sociais dos grupos humanos e do coletivo de trabalhadores, construindo inter-relações com os processos de trabalho. A perspectiva do resgate da dimensão humana do trabalho pela busca da saúde tem ficado situada nas práticas de atendimento e alocações ao diagnóstico do CID 10 pelas formas de readaptação e reabilitação focadas em perícias médicas. Não há, de fato, investigação, análise e construção coletiva que fomente nos trabalhadores discussões da relação saúde-trabalho através de grupos de atenção com técnicas e abordagem psicossocial [...] (SANTOS, 2010, p. 131)

Pensar no retorno dos trabalhadores que estiveram de licença médica é, portanto, mais do que pensar em técnicas e meios objetivos de adaptá-los ao trabalho. É mais do que propor tratamentos curativos, mas especialmente, é pensar em formas de cuidar destes sujeitos sem submetê-los às mesmas condições de trabalho vividas por eles antes de adoecerem. É também cuidar das organizações de trabalho que têm a missão de cuidar, mas que, por algum motivo e em algum momento, não mais conseguem minimamente cuidar de quem cuida.

Entendo, assim, que o cuidado em relação a estes trabalhadores que voltam ao trabalho não deveria se processar apenas no período em que ele se encontra de licença médica, isto é, o retorno ao trabalho não deveria ser um salvo-conduto para que este sujeito deixasse de ser cuidado. Questiono, assim, como se dá a gestão do cuidado destes sujeitos que precisam ser reinseridos em seus postos de trabalho: o quanto são cuidados e por quanto tempo isso se dá. Para se buscar alguma resposta a esta questão, faz-se necessário entender um pouco o que está sendo considerado como cuidado, no presente estudo.

As abordagens do cuidado adotadas, neste tópico, partem de autores que, apesar dos diferentes olhares, valorizam as práticas voltadas para a centralidade do sujeito e as relações interpessoais estabelecidas no desenvolvimento da gestão do cuidado. Desta forma, serão discutidas algumas concepções sobre o cuidado em saúde e, por fim, o que está se considerando quando se fala em especificidade do cuidado em saúde. Parto do entendimento,

então, que os trabalhadores de saúde se encontram ainda mais vulneráveis ao adoecimento o que demandaria, possivelmente, um cuidado diferenciado nas situações em que ele próprio se torna objeto de cuidados.

Porém, esta dimensão do cuidado tende a ocorrer em meio a muitas barreiras em função da insuficiência/inexistência de espaços de interlocução entre os profissionais de saúde para trocas de experiências e tomadas de decisões, tais como: reuniões de equipes, colegiados de gestão, etc., colaborando para uma baixa responsabilização das organizações com o cuidado integral. Coloco em questão se os modelos de gestão fariam diferença nas estratégias adotadas frente ao trabalhador que se encontra em processo de retorno ao trabalho. Por exemplo, será que práticas de cogestão facilitarão o manejo da gestão do cuidado em relação aos trabalhadores de saúde que voltam a trabalhar após ter saído de licença médica por adoecimento psíquico?

Na entrada no campo de pesquisa, considerando-se as unidades hospitalares como microcosmos da sociedade, é importante estar alerta sobre o impacto das injunções sociais sobre as relações estabelecidas no interior das mesmas. Do mesmo modo que é importante estar alerta ao fato de que no momento que os trabalhadores adoecem se tornam usuários do sistema de saúde e, portanto, sujeitos a todas as limitações existentes no acesso ao serviço público. Assim sendo, as diferenças sociais entre as categorias profissionais poderão implicar formas diferenciadas de acompanhamento da sua saúde fora das organizações. Basta lembrar que muitos trabalhadores do SUS têm planos de saúde (rede privada). Agora, resta saber se estas diferenciações de atenção à saúde pelas diferentes categorias profissionais também são reproduzidas pelos Núcleos de Saúde dos Trabalhadores.

A partir de uma concepção filosófica, Figueiredo (2014) pondera que o “cuidado” se trata de um termo relacionado às preocupações recíprocas em que tanto a dependência quanto a interdependência são próprias “da condição humana, do nosso ‘ser-no-mundo’ [...] não diríamos apenas que o homem não ‘sobrevive’ (física e mentalmente’), mas que não existe – sem cuidados recebidos e oferecidos [...]” (FIGUEIREDO, 2014, p. 11-12). Assim, o “cuidado” envolve processos socioculturais que permeiam todas as áreas da vida do ser humano. Desde as relações mais íntimas no âmbito familiar até aquelas estabelecidas em instituições e que envolvem, como diz Figueiredo (2014), “práticas de amizade”, “coleguismo” e “hospitalidade”.

Portanto, nas unidades hospitalares, o ato de cuidar não se restringe exclusivamente à relação dos trabalhadores de saúde com os pacientes, mas se dá de forma ampliada na relação dos trabalhadores entre si e dos gestores com os trabalhadores. Quando estes

vínculos entre os trabalhadores se mostram frágeis, é possível que haja uma ausência de produção de cuidado entre eles. Então, pensar nas práticas de amizade e coleguismo como exemplos de cuidado remete a ideia de existência de vínculos entre os trabalhadores. Em outras palavras, não necessariamente o cuidado ao trabalhador de saúde só existe a partir do momento que existe um serviço de saúde do trabalhador funcionando no hospital. Quais seriam as diferentes manifestações de cuidados que se apresentam na instituição hospitalar independentemente da capacidade de o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores realizar intervenções em relação ao trabalhador que se encontra em processo de retorno ao trabalho?

À princípio, numa definição considerada comum, para Ayres (2004), o cuidado é um “conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2004, p. 74). Porém, este autor pensa o “cuidado” como um constructo filosófico que designa:

uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (AYRES, 2004, p. 74).

Ayres (2004) afirma que ao prestar os cuidados em saúde, os profissionais não são meros “aplicadores” de conhecimento, ou seja, não se pode reduzir o ato de cuidar à aplicação de tecnologias. O indivíduo que é assistido não pode ser subtraído desta relação. E, no que parece ser, do meu ponto de vista, uma aproximação com as concepções de Canguilhem (2009 [1966]) sobre o médico como um exegeta, Ayres diz que para a elaboração de projetos terapêuticos, é preciso se levar em consideração a concepção de vida destes sujeitos que estão sendo cuidados. Será que o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores vem conseguindo efetivamente ser intérpretes das angústias e dos desejos dos trabalhadores que se encontram fragilizados após terem sido afastados através de licença médica?

Entendo, pois, que não basta a existência formal de serviços voltados para a intervenção direta na vigilância e atenção à saúde do trabalhador nas unidades hospitalares, se estas não estiverem dando conta de cuidar efetivamente da sua força de trabalho. Um modelo de serviço de atenção à saúde do trabalhador, à serviço de uma gestão “gerencialista”, estará provavelmente fadado a propiciar que o trabalhador rapidamente retorne ao trabalho se adaptando e se moldando as necessidades da organização e não às necessidades e potencialidades do próprio trabalhador, conforme já discutido anteriormente.

Figueiredo (2009), a partir de Winnicott (1975), assinala a existência de duas

modalidades de cuidado com o outro, o “sustentar” (‘holding’) e o “conter” (containing). Para que haja o ‘holding’ é preciso que as figuras cuidadoras atuem de modo a sustentar aquele que demanda cuidado, podendo ser grupos, famílias, instituições. E equivaleria ao que se entende por “segurar a barra” do outro. Ao passo que o “containing” é o que nos proporciona a “experiência de transformação”, contendo as nossas angústias, nossas curiosidades e medos, tornando a nossa realidade mais “tolerável”. Onde poderíamos encontrar estes espaços de sustentação e contenção nas unidades hospitalares? Será que precisaria existir instâncias, serviços ou setores específicos para que haja esta sustentação e contenção para os trabalhadores de unidades hospitalares?

No processo de volta às atividades laborais, então, as equipes e chefias precisariam funcionar estabelecendo suporte aos trabalhadores que retornam da licença médica, da mesma maneira que os Núcleos de Saúde dos Trabalhadores. E também precisariam garantir espaços protegidos, acolhedores e regulares de modo a propiciar que os sujeitos em sofrimento, possam dar novos sentidos às suas práticas. Consequentemente, possibilitando que este retorno seja uma oportunidade de abertura à saúde e à potência de vida e não o lugar onde se revive os processos que engendraram o adoecimento.

São muitas as dificuldades e os obstáculos que precisam ser enfrentados pelos sujeitos ao longo de sua vida. A estas muitas “fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas”, Canguilhem (2009 [1966]) chama de “infidelidades do meio”. Para este autor, estar com saúde é poder adoecer e se recuperar, ao passo que o fato de estar doente denota uma reduzida capacidade de tolerância às infidelidades do meio. Isto posto, estar doente, para Canguilhem: “passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo [...] a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é **uma nova dimensão da vida**” (CANGUILHEM (2009 [1966]) p. 73, grifo nosso).

Assim, Canguilhem (2009 [1966]) proporciona uma quebra de paradigma sobre as abordagens adotadas para se lidar com a saúde e a doença, ao explicitar que a saúde é um conceito “comum” (“vulgar”), “ao alcance de todos”, o que não significa que não seja complexo. Quando Canguilhem (2009 [1966]) afirma que a “patologia” é o “sentimento de vida contrariada”, tenho a compreensão de que ele traz o sujeito para o centro do cuidado e não a sua doença.

O doente não é, pois, anormal por estar “fora” das normas, mas porque se mostra incapaz de ser normativo. Conforme assinala Diniz acerca do conceito de saúde desenvolvido por Canguilhem: “A saúde, neste enfoque, está relacionada com a forma com

que o indivíduo interage com os eventos da vida e construída de forma singular ao longo de sua existência [...]” (DINIZ, 2019, p.78). Portanto, Canguilhem foca nos sentidos que o sujeito atribui ao seu próprio processo de adoecimento, sentindo-se restrito em suas possibilidades de viver. Quem sabe, sob este viés, a instituição possa transformar a volta ao trabalho em produção de novas experiências capazes de dar sentido ao trabalho e a próprio lugar do adoecimento na vida do trabalhador?

Como desdobramento, ao compreender a “saúde” deste modo, Canguilhem traz importantes elementos para se pensar o cuidado em saúde. Cabe ao trabalhador, do mesmo jeito que às organizações, assinalarem o que sentem e o que precisam para lidar com os obstáculos a este retorno ao trabalho. Considerando que os especialistas não são os únicos que têm a dizer algo sobre a saúde e a doença do sujeito, se passa a valorizar mais as narrativas destes sujeitos, trabalhadores de saúde, sobre o seu próprio processo de adoecimento e de retorno às suas atividades após a licença médica. Nesse sentido, Poersch e Merlo (2017) enfatizam as possibilidades dos trabalhadores que atuam em hospitais, estabelecerem o que eles chamam de “novas formas de atuar e viver”, no processo de retorno ao trabalho.

Conforme assinala Dejours (2012a), o trabalhador precisa encontrar meios de solucionar, de inventar soluções possíveis para o real. “A inteligência mobilizada é uma inteligência que descobre, uma inteligência que inventa, às trata-se de uma inteligência criativa [...]” (DEJOURS, 2012a, p. 40). Do mesmo modo, no meu entendimento, é preciso que as organizações valorizem estas soluções e criem outras tantas juntamente com os próprios trabalhadores que são os principais interessados.

As possibilidades de encontro de novas formas de atuar e viver no trabalho se expressam através da possibilidade fazer uso do que Dejours e Abdoucheli (2012) chamam de “inteligência astuciosa”. Esta inteligência diz respeito à realização de ajustamentos e rupturas constantes com as regras do ambiente de trabalho para atender com procedimentos mais eficazes, ao invés do trabalhador se manter restrito às formas prescritas da sua atividade. Assim, a atividade a ser realizada passa a ter um sentido para o trabalhador, ativado em função da curiosidade pelo conhecimento (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012). Segundo Dejours (2012a), a característica mais importante da “inteligência astuciosa” é que ela permite o improvisado, a inventividade e: “possibilita embrenhar-se por caminhos insólitos, em situações novas, desconhecidas, inéditas [...] Os gregos dizem tratar-se de uma inteligência curva pois não segue as vias bem traçadas e nítidas do raciocínio lógico [...]” (DEJOURS, 2012a, p. 42).

De acordo com o pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott, a possibilidade de “viver criativamente constitui um estado saudável, e que a submissão é uma base doentia para a vida [...]” (WINNICOTT, 1975, p. 108). Concluo, então, que a criatividade se trata de uma dimensão do trabalho fundamental não apenas para o próprio sujeito que esteve licenciado quanto para as equipes em que se encontra inserido, dando novos contornos e sentidos às suas práticas. Uma vez que estas práticas sejam ressignificadas pelo sujeito que outrora estava licenciado, acredita-se que poderá ser menos árdua esta volta ao trabalho, do ponto de vista psíquico. Como afirma Miranda (2013): “é na expressão criativa, na experimentação da espontaneidade e na possibilidade de sonhar no ambiente de trabalho que se alojam as marcas da singularidade de cada sujeito, [...]” (MIRANDA, 2013, p. 95). Logo, pergunto quais seriam os limites e as possibilidades de exercício de ações de criatividade e de ampliação de normatividades, no processo de retorno dos trabalhadores de saúde ao trabalho do ponto de vista das instituições hospitalares, dos próprios trabalhadores de saúde e das suas equipes de trabalho?

O trabalho em saúde demanda capacidade e habilidade do sujeito para buscar novas soluções para as dificuldades emergentes, usando a sua capacidade de improvisar e criar, e esta perspectiva também seria interessante de ser adotada nos Núcleos de Saúde dos Trabalhadores. Como afirma Dejours:

este sofrimento transforma-se em exigência de superação, em exigência de trabalho para o sujeito, em esperança de superação. Este sofrimento situa-se no ponto de partida da inteligência, esta inteligência que será necessário mobilizar para perseverar na provação afetiva que é imposta ao sujeito quando de sua confrontação com o real (DEJOURS, 2012b, p: 177-178)

Assim sendo, na busca dessa superação, o trabalhador de saúde, a partir do momento em que tenha possibilidade de articulações com os coletivos, no trabalho, terá condições de mobilizar meios de lidar com o seu “pote de mágoa”, transformando o que foi inicialmente motivo de licença médica em mola propulsora para dar mais sentido e ressignificar o trabalho realizado até então.



**Na ribeira deste rio**

*Na ribeira deste rio  
Ou na ribeira daquele  
Passam meus dias a fio.  
Nada me impede, me impele,  
Me dá calor ou dá frio.*

*Vou vendo o que o rio faz  
Quando o rio não faz nada.  
Vejo os rastros que ele traz,  
Numa sequência arrastada,  
Do que ficou para trás.*

*Vou vendo e vou meditando,  
Não bem no rio que passa  
Mas só no que estou pensando,  
Porque o bem dele é que faça  
Eu não ver que vai passando.*

*Vou na ribeira do rio  
Que está aqui ou ali,  
E do seu curso me fio,  
Porque, se o vi ou não vi.  
Ele passa e eu confio.*

**(Fernando Pessoa)<sup>15</sup>**

---

<sup>15</sup> Vide nas Referências Bibliográficas.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Adotei duas importantes estratégias anteriormente à elaboração do projeto de pesquisa. A primeira delas foi realizar uma revisão de literatura do tipo Narrativa acerca do objeto desta pesquisa cujas considerações já foram abordadas de modo a obter uma visão panorâmica acerca do estado da arte sobre o objeto da pesquisa.

A segunda estratégia foi estabelecer algumas conversas informais preliminares com profissionais integrantes de núcleos de saúde do trabalhador, em três organizações, duas destas, inclusive, eram hospitais públicos. Na ocasião, esses profissionais me sinalizaram o quanto os trabalhadores de saúde vêm adoecendo psicicamente e, por conta disso, necessitando de ajuda profissional e mesmo, muitas vezes, de licença médica. Assim, busquei saber com eles, o que achavam deste objeto de pesquisa e se o consideravam pertinente para as suas práticas de trabalho. Então, pelo menos empiricamente, houve um consenso entre essas pessoas com quem conversei de que o objeto da pesquisa lhes parecia bastante oportuno para as respectivas práticas profissionais.

Inclusive, estes mesmos profissionais com quem conversei procuraram me alertar sobre os riscos de eu fazer uma abordagem diretamente junto aos trabalhadores de saúde que retornam de licenças médicas em função destas pessoas terem passado por uma vivência de sofrimento intenso. Porém, essa questão já fazia parte das minhas preocupações desde o início da elaboração deste projeto.

Dessarte, ambas estratégias empregadas exerceram o papel de norteadores para a construção do meu projeto, sobretudo do seu desenho metodológico.

Ressalto que toda a minha proposta metodológica foi construída adotando todas as precauções necessárias, norteadas pelos princípios da bioética como: “autonomia”, “beneficência”, “não maleficência”.

### 4.1 O CAMPO DE PESQUISA E SEUS DESAFIOS

O campo é o espaço físico em que o pesquisador julga ser possível encontrar pessoas que, em seu ambiente natural, “poderão falar com autoridade sobre o tema definido em seu projeto de pesquisa e onde poderá inter-relacionar-se com elas com o alvo de ouvir um discurso pertinente e observá-las em sua postura” (TURATO, 2013, p. 322). Por se tratar de um modelo qualitativo de pesquisa, pressupõe que o investigador vá diretamente ao campo, sendo responsável por todo o processo: da fase preparatória da pesquisa até o trabalho de

campo propriamente dito (TURATO, 2013).

Como esta pesquisa não foi realizada presencialmente (vide mais adiante), a meu ver, esse campo “virtual” foi o primeiro desafio desta investigação. Porque se trata de um espaço que não foi apenas mediado pelo aparato tecnológico<sup>16</sup>, mas especialmente mediado pelo afeto estabelecido na relação pesquisadora-sujeito. Por este motivo, foi um espaço construído sem o envolvimento de dois dos cinco sentidos humanos<sup>17</sup> que considero muito especiais no estabelecimento da relação com o outro. Os sujeitos da pesquisa, em sua grande maioria, sequer me conheciam pessoalmente.

Dessa forma, curiosamente, nesse mundo virtual, eu acessei os sujeitos em seus ambientes de residência e de trabalho. Pude ouvir a buzina da motocicleta do vizinho de um dos entrevistados<sup>18</sup>, pude observar o rabo de um gato acariciando a tela do computador<sup>19</sup>, pude também escutar o tilintar das panelas da cozinha de casa no horário do almoço e ver alguns familiares passando atrás do entrevistado. Enfim, toda a sorte de acontecimentos improváveis de ocorrer em entrevistas presenciais. Do mesmo modo, quando as entrevistas ocorreram nos locais de trabalho, presenciei as batidas na porta de familiares de usuários para esclarecer dúvidas, colegas procurando materiais mesmo interrompendo a entrevista e assim por diante.

Do outro lado da telinha, eu “acolhi” a todos os entrevistados em uma das áreas da minha casa. Houve quem chegasse a ver a “invasão” de “insetos<sup>20</sup> da luz” durante o mês de setembro, disputando a tela do computador comigo e escutou o estrondo de uma britadeira oriunda do ‘playground’ do prédio em que se localiza meu apartamento. Uma distância geográfica ‘encurtada’ pela internet através de momentos compartilhados entre mim e os sujeitos da pesquisa, borrando as fronteiras entre o público e o privado. Aliás, este aspecto possibilitou o que considero ser uma novidade<sup>21</sup> em pesquisas, no campo da saúde pública, cujas consequências só teremos condições de avaliar no período da pós-pandemia.

Um outro desafio do campo de pesquisa e, interconectado ao primeiro, é a implicação, justamente por causa dessa interrelação entre o pesquisador, os sujeitos e o campo de pesquisa. A implicação na pesquisa se constitui elemento central da

---

<sup>16</sup> Computadores, redes de internet, ‘smartphones’.

<sup>17</sup> Refiro-me ao olfato e ao tato.

<sup>18</sup> -“Fulano está chegando”, comentou o entrevistado.

<sup>19</sup> - “Ele quer participar” brincou o entrevistado.

<sup>20</sup> Comuns, nessa época, no Rio de Janeiro, quando o tempo começa a esquentar na estação da primavera.

<sup>21</sup> Não estou querendo dizer com isso, de maneira alguma, que sou a primeira a realizar uma pesquisa nesta modalidade, mas sim, que eu e muitos pesquisadores que precisaram realizar suas atividades em tempos pandêmicos precisaram utilizar recursos pouco usuais no campo da saúde pública.

Psicossociologia e, como afirma Amado (2005): “[...] é simultaneamente fonte de conhecimento e de desconhecimento”, ocupando “um lugar importante tanto no seio dos processos criativos como na alienação individual, social e política” (AMADO, 2005, p. 281). Por entender o quanto a entrada no campo pode nos afetar, nos encantar, nos provocar estranhamentos e tantos outros sentimentos (pesquisadores e sujeitos de pesquisa), é que considero o conceito de implicação fundamental, neste trabalho. Gaulejac (2006) afirma que a análise da contratransferência é fundamental na atitude científica:

[...] Na medida em que haja consequências emocionais, existenciais e sócio-históricas do pesquisador, principais obstáculos à produção científica, este deve privilegiar as interrogações sobre sua relação com o objeto, suas escolhas teóricas ou metodológicas e seus investimentos conscientes ou inconscientes na pesquisa (GAULEJAC, 2006, p. 227).

A dimensão da implicação, nesta pesquisa, será detalhada, na discussão que realizo sobre o processo de concretização da pesquisa (item ‘3.4’). O psicossociólogo, seja qual for a sua prática (pesquisa-ação, consulta, intervenção) sempre coloca em campo a subjetividade das pessoas com as quais irá atuar e a sua própria subjetividade. Nesta perspectiva, o objeto estudado nunca é neutro, muito menos exterior ao sujeito que o pesquisa, o que se trata de um posicionamento contrário ao método hipotético-dedutivo comumente adotado em inúmeras pesquisas (AMADO, 2005). Por este motivo, o psicossociólogo leva consigo, ainda segundo Amado (2005), os seus valores, as suas ideologias, os seus afetos, enfim, o seu olhar sobre o mundo que poderá representar obstáculos ao desenvolvimento da pesquisa, especialmente se as pessoas que integram o objeto da pesquisa são confrontadas com problemas da mesma natureza.

Ressalto que estes aspectos se aproximam dos conceitos de transferência e contratransferência da psicanálise. Assim, para tanto, é interessante que haja, para além de um trabalho de ordem pessoal que ajude o pesquisador a se questionar (exemplo, psicanálise), a existência de locais de supervisão para buscar compreender os aspectos que se encontram imbricados entre a subjetividade e o contexto no qual se está intervindo (AMADO, 2005). Ainda de acordo com Amado, a implicação é: “Fonte de conhecimento e de vida, meio de comunicação e de mudança democrática, [...] e necessita de um trabalho autocrítico, garantia de uma certa ética, tanto no plano do saber como no da ação” (AMADO, 2005, p. 286). Daí ter sido fundamental poder trazer esse olhar “externo” ao campo, em discussões realizadas durante a orientação, também no grupo da Linha de Pesquisa

“Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde”<sup>22</sup> e ao longo da minha participação em um grupo de alunos da pós-graduação no período da pandemia<sup>23</sup>.

Turato (2013) faz uma analogia ao modelo antropofágico do escritor Oswald de Andrade para dizer que temos que “comer o objeto de estudo”, ou seja, o objeto precisa fazer parte de nós. Ao mesmo tempo que observamos tudo o que acontece quando comemos, podemos descrever minuciosamente o “alimento da nossa própria existência”, seu contexto e interação (TURATO, 2013). “Portanto, o pesquisador qualitativo se defronta com aspectos fluidos, não mensuráveis, que podem e devem ser examinados de ângulos os mais diversos [...]” (TURATO, 2013, p. 27).

A metodologia clínico-qualitativa se sustenta sobre três pilares: uma atitude existencialista de valorização da “angústia” e “ansiedade” existentes no sujeito; a atitude clínica de acolhimento dos sofrimentos emocionais dos sujeitos através da escuta e do olhar (inerente ao “habito de dar ajuda terapêutica”); e a atitude psicanalítica da concepção do inconsciente tanto para a construção de instrumentos quanto para a discussão de resultados (transferência e contratransferência). E, por este motivo, faz uma ruptura com os paradigmas de pesquisas no campo da saúde dos modelos da antropologia médica, sociologia e etnografia aplicadas à saúde (TURATO, 2013).

Essa dimensão da pesquisa clínico-qualitativa se aproxima da abordagem da clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção no campo da saúde coletiva, em face do reconhecimento, como assinala Sá (2013), do:

papel do inconsciente, simultaneamente na produção de conhecimento e na produção de efeitos na vida das organizações e das comunidades. Se admitirmos o pressuposto da participação do inconsciente nesses processos, esta talvez seja a melhor abordagem disponível no momento para tratar esses fenômenos [...] (SÁ, 2013, p. 200)

Ao se adotar a perspectiva da pesquisa clínico-qualitativa em saúde, se pressupõe que o pesquisador participa da rotina dos sujeitos no seu espaço cotidiano de vida ou trabalho, transitando entre o “histórico-social e o individual/subjetivo ou entre o institucional/cultural e o afetivo/psíquico” (SÁ, 2013, p. 201), partindo-se dos pressupostos teóricos anteriormente abordados e colocando o trabalhador de saúde e o seu sofrimento como essenciais para a

---

<sup>22</sup> Coordenado pela professora Marilene de Castilho Sá.

<sup>23</sup> Trata-se de um grupo intitulado “Convivência” que se deu de forma remota e foi ofertado para o corpo discente da ENSP/FIOCRUZ sob a coordenação das professoras Marilene de Castilho Sá e Lilian Miranda. Este grupo aconteceu durante o ano de 2020. Era semanal inicialmente e depois se tornou quinzenal. Embora em 2020 eu ainda não tivesse iniciado o trabalho de campo, as discussões sobre nossas expectativas em relação ao mesmo, durante a pandemia, me instigaram e encorajaram a seguir na direção dessa experiência.

investigação e análise. Como já comentei, dada às características desta pesquisa, transitei pelas rotinas do trabalho e também familiar dos sujeitos.

Um terceiro desafio, obviamente que não exclusivamente referente ao campo de pesquisa, mas a toda a sociedade, foi a experiência de vivermos o contexto pandêmico. A pandemia da COVID-19 contribuiu para trazer ainda mais dificuldades e obstáculos ao funcionamento dos hospitais em todo o mundo. Mais especificamente na rede hospitalar brasileira, sob os efeitos de um governo federal que pretende privatizar toda a rede de saúde, demandou uma ágil reorganização assistencial com ênfase na força de trabalho e equipamentos para os cuidados intensivos. Por outro lado, se é que existe um aspecto positivo, posso dizer que contribuiu para interpelar a sociedade civil e os governos estaduais e municipais a reconhecerem a relevância do SUS. Além de que, segundo Canabrava (2021), permitiu que a rede hospitalar brasileira tivesse a sua infraestrutura ampliada, com aporte de recursos financeiros e estudos sobre a sustentabilidade financeira dos hospitais privados e sem fins lucrativos.

A pandemia da COVID-19 demandou que novos arranjos assistenciais precisassem ser estabelecidos especialmente nos hospitais especializados, tais como: a suspensão de cirurgias eletivas e de visitas aos pacientes, revisão da relação com os acompanhantes, redimensionamento da oferta de atendimentos ambulatoriais e internações, entre outros. Cabe dizer que alguns dos efeitos dessas mudanças poderão ser observados em algumas das entrevistas realizadas, mais adiante.

Muito antes da pandemia, a organização hospitalar já vinha lidando com uma multiplicidade de desafios que impactam na assistência e também na saúde do trabalhador. Segundo Azevedo e colaboradores (2010), entre os desafios, tem-se: mudanças no perfil demográfico e epidemiológico impactando na demanda por serviços mais complexos, a intensificação da introdução de novas tecnologias levando a uma incorporação acrítica das mesmas, distorções em relação ao planejamento urbano e financiamento, concentração de gastos em saúde no campo hospitalar e a manutenção de um modelo assistencial hospitalocêntrico.

A medicina tecnológica produziu uma “despersonalização do cuidado” e uma “impessoalidade” da sua prática, segundo Azevedo et al (2010). Estes autores assinalam que a atenção nos hospitais:

está centrada em especialidades, procedimentos e/ou setores do hospital, resultando na fragmentação do cuidado, verticalização das equipes, não responsabilização pelo paciente como um todo e não avaliação dos riscos e

vulnerabilidades do paciente e sua família. Como consequência, predomina nos hospitais a impessoalidade na assistência, a elaboração de planos de cuidados normativos, o não desenvolvimento de solidariedade e empatia e, não raro, até a negligência e omissão quanto a importantes necessidades apresentadas pelos pacientes e suas famílias (AZEVEDO et al., 2010, p.6-7).

Por este motivo, a meu ver, o hospital é perpassado por inúmeros paradoxos uma vez que se trata de um espaço, à princípio, voltado para o cuidado, mas que também pode produzir o descuido para pacientes e trabalhadores. Nesta direção, Feuerwerker e Cecílio (2007) assinalam que ainda há dois grandes desafios para a organização do cuidado, nos hospitais: a recuperação da sua dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção tanto em relação ao atendimento no ambiente hospitalar em si quanto em relação ao estabelecimento de uma conexão entre o hospital e os demais pontos de atenção, na rede de serviços.

No entanto, mesmo tendo no horizonte todas estas dificuldades, até então, elencadas, ter o hospital, como campo de pesquisa, me instiga na busca de respostas que possam contribuir futuramente para a saúde mental dos trabalhadores de saúde. Contudo, para além da curiosidade acadêmica, retorno a questão da implicação para afirmar que o meu interesse no hospital como campo de pesquisa é sobretudo resultante de uma experiência que me foi muito cara durante a minha trajetória profissional, ou seja, a vivência do cotidiano em unidades hospitalares.

## 4.2 A ESCOLHA DO CAMPO DE PESQUISA

Eu escolhi realizar o meu campo de pesquisa em um hospital público federal especializado em oncologia: o Hospital Amazonas. Cabe, então, para melhor compreensão acerca da relevância da atenção oncológica, no SUS, fazer uma breve contextualização da política de cuidados oncológicos, no Brasil.

O Brasil, nos últimos anos, vem apresentando mudanças no perfil demográfico e epidemiológico com “tripla carga de doenças, pela presença concomitante doenças infecciosas e carenciais, causas externas e doenças crônicas, além das alterações nutricionais [...]” (SANTOS et al, 2017, p. 2). Essa transição na carga de doenças implica na migração de um perfil agudo (curta duração) para um perfil crônico (longa duração) que demanda cuidados contínuos e, conseqüentemente, um sistema de saúde integrado (SILVA, 2020).

Portanto, um grande problema a ser enfrentado pela saúde pública, no Brasil, é o câncer em função da magnitude epidemiológica, social e econômica (SILVA, 2020). Afinal,

o câncer impacta na qualidade de vida do sujeito, nos anos de vida, na previdência social, no custo para o Estado. Ainda de acordo com Silva:

Segundo as projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e se adotarmos como parâmetros de pesquisa os anos de 1988, 2018 e 2048, é possível observar que teremos um crescimento significativo da população acima de 65 anos. Resumidamente, a cada 30 anos (com base no ano de 1988) esta mesma população quase triplica, com uma estimativa de cerca de 47 milhões de pessoas idosas em 2048, que vão necessitar de maiores cuidados de saúde de forma contínua e integrados. Em contrapartida, a população total projetada do país crescerá entre 2018 e 2048 apenas 6% (SILVA, 2020, p. 16).

A perspectiva de prevenção e o controle do câncer não é algo recente, no Brasil e remonta aos anos trinta. Porém, foi em 1999 que o Ministério da Saúde reuniu um grupo de especialistas do próprio Ministério, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e de outras instituições vinculadas à problemática oncológica para elaborar uma versão de política nacional de prevenção e controle do câncer que seria submetida a diversas instâncias, até ser adotada pelo governo brasileiro. Essa política foi resultante, pois, da análise de estudos epidemiológicos e da própria experiência de quem trabalhava no setor e é voltada para a prevenção, terapêutica, pesquisa, ensino (KLIGERMAN, 2002).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política de Atenção Oncológica reconhecendo o câncer como um problema de saúde e criando a Rede de Atenção Oncológica (BALTAZAR, 2016). A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta os “princípios e diretrizes dos principais eixos de ação: promoção da saúde; prevenção do câncer; detecção precoce e tratamento oportuno; vigilância, monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e tecnologia; educação e comunicação em saúde” (PEROTTONI, 2018, p. 25). Quando falamos em Rede de Atenção à Saúde estamos falando de uma rede coordenada de prevenção, promoção e controle de agravos, com a participação do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, instituições de ensino e pesquisa, sociedade civil e outros. Portanto, uma proposta de integração de diferentes pontos de atenção à saúde – Atenção Primária em Saúde (APS), Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), hospitais de alta complexidade, ambulatórios especializados, etc.

Em 2013, a portaria nº 874<sup>24</sup> (BRASIL, 2013) instituiu a política nacional de cuidado oncológico como um dos ‘braços’ da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS.

---

<sup>24</sup> De 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito SUS.



Azevedo et al (2010) afirmam que os hospitais passaram por uma série de medidas voltadas para a profissionalização da gestão oriundas da gestão empresarial, entre estas, a abordagem da qualidade total. O Ministério da Saúde buscou adotar algumas dessas estratégias nos hospitais federais, em gestões anteriores, como foi o caso do Instituto de Traumatologia e Ortopedia (INTO) e do INCA. Este último, na segunda metade da década, teve todas as suas unidades “acreditadas pela Joint Commission International, elevando o padrão de qualidade na prestação de serviços oncológicos para a população [...]” (BALTAZAR, 2016, p. 83).

Em relação mais especificamente ao campo desta pesquisa, o Hospital Amazonas se trata de um complexo hospitalar que tem como missão, a coordenação de ações de prevenção, assistência, ensino e pesquisa do câncer. Desenvolve ações de assistência médico-hospitalar prestadas diretamente aos pacientes e integra a rede de serviços ofertados pelo SUS. Esta assistência se dá através das unidades de internação, de um serviço interno de emergência e do ambulatório.

Porém, justamente pelo fato de se tratar de um complexo hospitalar que congrega uma multiplicidade de perfis assistenciais, de pesquisa e ensino abrigados sob um só guarda-chuva é que entendi ser necessário lançar a luz sobre apenas uma de suas unidades hospitalares de modo a promover maior aprofundamento do estudo proposto. Mesmo porque eu observei que não teria condições de realizar uma pesquisa envolvendo tamanha magnitude e multiplicidade de variáveis e características organizacionais.

Como mencionado anteriormente, o primeiro motivo de eu ter escolhido o Hospital Amazonas para realizar a minha pesquisa é porque se trata de uma das poucas unidades hospitalares que conta com o serviço de vigilância e atenção à saúde do trabalhador formalmente instituído doravante chamado de Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Considero de extrema importância a instituição formal de um serviço dessa natureza porque implica em um reconhecimento da importância de vigilância e promoção da saúde do trabalhador, pela organização. Para além disso, considerarei também que os trabalhadores desse serviço seriam importantes contrapartes para me auxiliar na aproximação junto aos servidores que retornaram após a licença por adoecimento psíquico. Entretanto, destaco que identifico aqui um enorme paradoxo pois se trata de um serviço cujo público-alvo é exclusivamente constituído por servidores públicos, já que expressa uma desigualdade no modo de lidar e acompanhar todos os trabalhadores desta instituição.

Um outro fator que também pesou nesta escolha foi que, em hospitais federais, são encontradas estruturas organizacionais menos sujeitas à precarização dos vínculos

empregatícios e, conseqüentemente, com menor rodízio de trabalhadores, nos serviços<sup>25</sup>, como eu considerava que a pesquisa seria presencial, favoreceria o estabelecimento de vínculo entre mim e os trabalhadores de saúde (mesmo aqueles que não viessem a participar diretamente da pesquisa). Através dessa vinculação é possível se conhecer muito dos processos de trabalho, da cultura, dos valores e arranjos formais e informais estabelecidos no seio da instituição.

Uma terceira razão para esta escolha foi o fato de que se trata de um hospital oncológico cuja complexidade de cuidados dispensados aos pacientes pode aumentar o risco de sofrimento e adoecimento psíquico nos trabalhadores de saúde por diversos motivos. Isso porque, entre outros aspectos já abordados, como afirma Fonseca (2014), em organizações voltadas ao cuidado oncológico, existe o “mito da auto superação” que se pauta na ideia de é possível ser o melhor e estar o mais disponível possível às demandas pode ser ainda mais dramático uma vez que:

o desempenho excelente, a auto superação se coloca a serviço de um fim nobre: a assistência ao paciente oncológico, sujeito e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma condição de extremo desamparo, causado por uma doença geralmente devastadora. O contato com pacientes oncológicos de fato tem poderes de mover os trabalhadores a, muitas vezes, excederem seus limites, a despeito de suas defesas contra o sofrimento no trabalho. Entrega e defesa estão sempre se relacionando de forma dinâmica, em um jogo em que não há vencedores (FONSECA, 2014, p. 181).

Além da dimensão apontada por Fonseca (2014), em um outro estudo realizado por Penteado (2014), esta autora observou que os enfermeiros oncológicos lidam com constante estresse ocasionado por: alta exigência de cuidados mais complexos, tratamentos prolongados, maior dependência dos pacientes em relação a eles devido a esses cuidados prolongados, a premência de ter que lidar com o desespero e o medo dos pacientes diante da finitude, as cirurgias mutilantes, os tratamentos com intensos efeitos colaterais, o número de óbitos. Dessa maneira, a minha escolha pelo Hospital Amazonas como campo de pesquisa se deu também visando poder contribuir para discussões acerca dos processos de trabalho e das relações interpessoais que se travam em uma unidade hospitalar oncológica.

---

<sup>25</sup> Os hospitais federais também contam com a presença de trabalhadores com outros vínculos empregatícios em serviços específicos. Por exemplo, é possível encontrar em serviço como “Unidades de Cuidados Intensivos”, médicos e enfermeiros contratados através de Organizações Sociais de Saúde (O.S.S.). Mas, em geral, na sua atividade-fim, são constituídos por servidores públicos concursados.

### 4.3 O ENCONTRO COM OS SUJEITOS DA PESQUISA

Considero importante destacar o fato de que todos os sujeitos que participaram desta pesquisa se disponibilizaram a falar de si, de suas observações sobre as interrelações estabelecidas no trabalho e sobre a própria instituição em que realizam suas atividades laborais. Considero, portanto, que essa face do campo de pesquisa mereça esta especial menção porque alguns destes sujeitos explicitaram o quanto valorizaram a possibilidade de terem um momento em que pudessem abordar o trabalho realizado e do quanto se ressentem porque os espaços existentes não contemplam dimensões subjetivas envolvidas em suas atividades. Ainda que nesse encontro pesquisadora-sujeito de pesquisa ocorresse o risco de vir a ser fragilizado pela inexistência de um contato corpo a corpo presencialmente, ele foi intenso através de meio virtual. É como se, através dessa pequena pausa para participação na pesquisa, os sujeitos se vissem em terra firme, elaborando alguns aspectos passados e, ao mesmo tempo, podendo vislumbrar o futuro, na instituição. Um momento que deu contorno às vivências no trabalho, servindo de continente para afetos, muitas vezes, pouco acionados na rotina da instituição.

Além do mais, entendo que o desejo, anteriormente mencionado, de participação nesta pesquisa adveio do fato não apenas desses sujeitos terem uma compreensão cognitiva acerca do tema e seus efeitos sobre a qualidade de vida no próprio trabalho. Mas também como um momento de pausa necessária para lançar um olhar crítico sobre o cotidiano na instituição e sobre si próprio. Em tempos de extrema escassez de contato e trocas interpessoais (no trabalho e fora do mesmo) devido à pandemia da COVID-19, torna-se possível, através da pesquisa, também um espaço que dê um enquadre aos diversos afetos mobilizados no (e pelo) trabalho.

Apesar de pesquisas com metodologia clínico-qualitativa não terem marcadamente uma preocupação com o tamanho da amostra ao contrário do que ocorre na metodologia quantitativa, considero que, por se tratar de um tema tão delicado, seria interessante aumentar o acesso a um maior número possível de sujeitos, ampliando as discussões sobre o objeto em questão. Um roteiro foi elaborado para nortear esse momento de entrevistas individuais e se encontra no Apêndice VI deste trabalho.

Participaram, pois, desta pesquisa: cinco trabalhadores do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, entres estes aqueles que atuam diretamente com o público-alvo (trabalhadores) e os que se encontram ou se encontraram até pouco tempo atrás, na gestão. Além desses sujeitos, participaram mais quatorze trabalhadores tanto da assistência direta

quanto da gestão. Foram quinze sujeitos entrevistados do gênero feminino e quatro do gênero masculino, totalizando dezenove entrevistados. Desses dezenove sujeitos, quatro tinham retornado ao trabalho após afastamento por adoecimento psíquico. O limite de números de entrevistados se deu a partir do momento que se identificou que o conteúdo reunido, até então, já seria o suficiente para o estabelecimento de reflexões e, possivelmente, de algumas respostas em relação aos objetivos da pesquisa.

No que diz respeito às formações acadêmicas dos sujeitos entrevistados, constaram as seguintes categorias profissionais: cinco assistentes sociais, três enfermeiros, três nutricionistas, três psicólogos, dois técnicos de enfermagem, dois técnicos de nível superior (ambos não são da área da saúde) e um médico<sup>26</sup>. Para além das formações acadêmicas, cinco destes sujeitos tinham especialização ‘lato sensu’, um se encontrava com o mestrado em andamento, cinco tinham mestrado, três se encontravam com doutorado em andamento, dois possuíam doutorado e um sujeito havia concluído pós-doutorado<sup>27</sup>. Considero importante listar essa característica acadêmica de “super” especialização dos profissionais pois marca um diferencial em relação a outros profissionais de saúde que atuam em muitas unidades hospitalares da rede de saúde brasileira.

Ressalto ainda que visando a não identificação dos sujeitos da pesquisa, além de atribuir aos mesmos nomes fictícios, optei por não os caracterizar pelas respectivas categorias profissionais e/ou cargos exercidos na instituição. No entanto, compreendo a importância de deixar transparecer o “lugar de fala” desses sujeitos entrevistados de modo a não perderem a sua corporeidade. Por isso, destaquei, entre parênteses, junto ao nome de cada um desses sujeitos participantes da pesquisa, as seguintes categorias: “saúde do trabalhador” quando me refiro aos que integram o serviço intitulado “Núcleo de Saúde dos Trabalhadores”; “assistência” para aqueles que se encontram na assistência direta; “gestão” designando aqueles que se encontram em cargos de chefias (serviços ou setores ou divisões)<sup>28</sup> liderando diretamente as equipes vinculadas à assistência do hospital; e “retorno” para aqueles que se encontram em situação de retorno ao trabalho.

Cabe enfatizar que, na abordagem clínico-qualitativa, a pesquisa parte da compreensão de que o ‘alvo’ da sua investigação é o sujeito, ou seja, um ser “desejante” que interage com o pesquisador. Segundo Turato (2013), o sujeito é

---

<sup>26</sup> No meu projeto original, constava a possibilidade de entrevistar também residentes, mas não cheguei a entrevista-los por falta de oportunidade para tal.

<sup>27</sup> Dois sujeitos não forneceram esta informação.

<sup>28</sup> Não entrevistei trabalhadores em cargo de direção.

qualquer pessoa que, no campo das questões da saúde, pode ser ouvido quanto aos sentidos e significações que atribui a eventos ligados à questão da saúde-doença, observado pelo pesquisador, podendo esta pessoa (sujeito da pesquisa) ser um indivíduo que ‘porta’ o problema, ou o profissional de saúde que trata do problema, ou finalmente familiares ou outros que convivem de alguma forma com o problema [...] (TURATO, 2013, p. 356).

Como já comentei anteriormente, desde o início da elaboração do projeto, eu tinha uma preocupação com a delicadeza de abordagem direta com aqueles que já haviam passado por momentos profundamente dolorosos do ponto de vista psíquico. Este aspecto foi reforçado pelo testemunho de Neves (2016) que, em sua Tese de Doutorado sobre o retorno ao trabalho para trabalhador com transtorno mental, afirma que o processo de seleção de informantes se constituiu uma etapa difícil em sua pesquisa. Isto porque os trabalhadores afastados com transtornos mentais se sentem “potencialmente” perseguidos. Por esta razão, na prática de campo do referido pesquisador, “funcionou melhor solicitar aos profissionais que acompanhavam esses trabalhadores no serviço que fizessem o contato inicial e, só depois, o entrevistador fazia um novo contato e solicitava a participação na pesquisa [...]” (NEVES, 2016, p. 86). Além do mais, sabia que teria dificuldades de encontrar este grupo de trabalhadores sob o risco de sequer conseguir encontrá-los, a partir de algumas intervenções, nessa direção, de membros da minha banca de qualificação.

Baseada nestas considerações, iniciei o processo de contato com os sujeitos a partir da indicação de um trabalhador do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que já conhecia a mim pessoalmente e o objeto da minha pesquisa. Esse trabalhador, então, me indicou um colega conhecido que considerou se interessar em participar da minha pesquisa. Daí que o trabalhador do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, candidato a ser entrevistado, foi contactado por essa pessoa e permitiu que me fosse repassado o seu número de telefone. Assim, eu entrei em contato através de mensagem por Whatsapp para verificar qual seria os melhores dia e o horário para que eu pudesse ligar e explicar melhor do que se tratava a pesquisa. Esse procedimento foi adotado, por mim, para cada um dos possíveis entrevistados.

Cada candidato a ser entrevistado com que eu estabelecia contato me sinalizava o horário mais conveniente para que eu o telefonasse através de mensagem por Whatsapp e, uma vez havendo concordância para tal, fazíamos um agendamento da entrevista. Durante o contato telefônico aproveitava para esclarecer também acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (vide os Apêndices “I”, “II” e “III”) e de um formulário para

preenchimento dos dados pessoais (vide Apêndice “V”), do mesmo modo que buscava esclarecer como se daria o fluxo para o reenvio destes documentos para mim<sup>29</sup>.

A primeira pessoa entrevistada foi tão sensível e disponível à pesquisa que me indicou três outras para eu entrevistar. Ela teve o cuidado de perguntar ao próximo a ser entrevistado se eu poderia entrar em contato. E foi desse jeito que eu entrevistei um a um, em geral, com cada um indicando o subsequente.

Somente houve duas situações que eu entrei em contato com as pessoas, sem sucesso. Uma pessoa que agendou comigo duas vezes para eu telefonar, mas declinou na última hora por conta da sua agenda de trabalho apertada. Deixei-lhe à vontade para ela própria me informar quando pudesse, mas isso não ocorreu. Uma segunda pessoa chegou a conversar comigo por telefone e fizemos o agendamento da entrevista, mas ela faltou. Depois ela me informou que não se sentira bem para entrevista e também lhe deixei a vontade para fazer contato no momento que considerasse isso possível, o que ela não fez.

Como mencionado anteriormente em relação aos sujeitos integrantes do grupo daqueles que retornaram ao trabalho, foram entrevistados quatro (desses dezenove), sendo que dois se encontravam *sem restrições* e estavam na assistência direta ao passo que dois se encontravam *com restrições* (em *readaptação*), fora da assistência direta.

Embora eu tenha considerado que, no caso dos trabalhadores em situação de retorno ao trabalho, estes seriam entrevistados após um ano desse retorno, na prática, isso ficou muito difícil de acontecer. Aqueles que retornam ao trabalho *sem restrições*, como está detalhado no capítulo “8”, o fazem de maneira muito “discreta”, sem que os colegas e, na maioria das vezes, suas chefias tenham ideia do real motivo de seu afastamento (licença psiquiátrica). Então, localiza-los em uma instituição da dimensão do Hospital Amazonas é como procurar agulha no palheiro. Por esse motivo, o primeiro sujeito que entrevistei nestas circunstâncias de retorno *sem restrições* foi por acaso, no grupo de trabalhadores em geral.

O segundo sujeito integrante deste grupo, por sua vez, foi indicado por esse primeiro sujeito entrevistado. Ambos haviam retornado às suas atividades laborais há menos de um ano. Ambos estiveram afastados do trabalho após diagnóstico de ansiedade e depressão. E apesar de serem colegas, um sujeito sabia pouco a respeito do outro, a não ser que passaram por experiência similar no tocante ao motivo do afastamento e o retorno após a alta médica.

Um terceiro sujeito foi indicado por um dos entrevistados que sabia que esta pessoa

---

<sup>29</sup> Ambos os documentos eram enviados pela forma que melhor aprovesse ao futuro entrevistado (por e-mail ou Whatsapp).

retornara ao trabalho em situação de readaptação. Entretanto, também para a minha surpresa, antes que esse sujeito viesse a se retornar em situação de “readaptado”, já havia saído e retornado várias vezes até agravar a tal ponto que não foi mais possível voltar para a assistência.

Por fim, o quarto sujeito chegou também de modo inusitado. Encontrava-se em início do processo de readaptação fora da assistência e ficara sabendo da minha pesquisa através de colegas. Então, por iniciativa própria, me procurou e se ofereceu para participar desse trabalho.

O ‘feedback’ sobre as entrevistas da parte de alguns destes sujeitos, em situação de volta ao trabalho, foi muito gratificante no sentido de terem aproveitado elementos desse momento para trabalharem em suas respectivas psicoterapias aspectos pessoais vinculados às suas atividades, a perspectiva de darem novos rumos ao trabalho e a valorização do espaço de escuta encontrado em nossas trocas. Senti-me também muito acolhida por cada um desses sujeitos e acredito ter conseguido estabelecer um vínculo afetivo que espero que perdure por muito tempo.

#### 4.4 A MATERIALIZAÇÃO DO PROCESSO DE PESQUISA

O meu desenho metodológico inicial foi pensado para que eu pudesse realizar esta pesquisa em quatro etapas presencialmente, na unidade hospitalar. A proposta era que a partir dos resultados das três primeiras etapas, emergiriam elementos para a elaboração de roteiros voltados para a realização da quarta etapa. Estas etapas se dariam do seguinte modo: na primeira, eu faria entrevistas individuais com trabalhadores do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores; na segunda, realizaria observação participante; na terceira, realizaria grupos focais com trabalhadores de saúde em geral (assistência e gestão) e na quarta etapa eu entrevistaria os trabalhadores em situação de retorno ao trabalho há, no mínimo, um ano.

No entanto, como já adiantei no item “3.1”<sup>30</sup>, precisei fazer ajustes na metodologia em função do momento da pandemia da COVID-19. A partir daí, excluí a etapa de observação participante, do mesmo modo que a proposta de realização de grupos focais com os trabalhadores em geral. Ao invés de realizar grupos focais, propus a realização de entrevistas individuais semi-abertas para este grupo de trabalhadores. E, ao invés de presenciais, todas as entrevistas foram realizadas remotamente através de uma plataforma

---

<sup>30</sup> “O campo de pesquisa e seus desafios”.

de videoconferências (Zoom)<sup>31</sup>. Ressalto que os efeitos dessas adequações da metodologia feitas, nesse contexto histórico-social, são discutidos mais detalhadamente adiante, no item “3.5”<sup>32</sup>.

Em suma, na atualização da metodologia empregada, propus a realização de entrevistas semi-abertas com os trabalhadores do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, com os trabalhadores em geral e com os trabalhadores em situação de volta às atividades laborais, via Zoom. Porém, no caso destes últimos, para a realização dessas entrevistas foi adotada uma abordagem diferenciada através da solicitação de que o sujeito realizasse um relato de sua vida laboral desde a sua escolha profissional até o momento atual. O convite especialmente feito aos trabalhadores que retornaram ao trabalho se deu, para tanto, empregando o método de “história de vida laboral” (PINTO, CARRETEIRO e RODRIGUEZ, 2015) com o objetivo de melhor compreender os sentidos e as vivências narradas por cada um dos sujeitos em meio à dinâmica institucional e ao contexto histórico-social. Um recorte que propicia, no meu entendimento, melhor compreender as expectativas construídas em torno da carreira profissional e os sentidos atribuídos a sua vivência atual, no trabalho<sup>33</sup>.

Por conseguinte, na perspectiva teórico-conceitual da psicossociologia, o método “história de vida” tem como objetivo não apenas coletar, mas também analisar o discurso de um indivíduo ou grupo, buscando acessar o que foi vivido por esses sujeitos (memórias e experiências) e compreendendo as relações estabelecidas durante a sua existência. Entende-se, sob este olhar, que ao falar de sua própria experiência, esta estará ligada ao contexto social em que se encontra inserido (PINTO, CARRETEIRO e RODRIGUEZ, 2015). Então:

Ao voltar sua atenção para as questões do campo laboral, a psicossociologia coloca no centro de suas preocupações teóricas, éticas e metodológicas o trabalhador e o grupo institucional, como sujeitos de suas ações, almejando auxiliá-los a conhecer os limites e as possibilidades dos lugares sociais e psíquicos que ocupam nas organizações onde realizam suas atividades laborais e, conseqüentemente, nas formas de atuação no campo do trabalho (PINTO, CARRETEIRO e RODRIGUEZ, 2015, p. 983).

Entendo que essas narrativas propiciam também reflexões acerca de aspectos das suas escolhas profissionais dificilmente acessadas, no cotidiano do trabalho, e que, muitas

---

<sup>31</sup> Essas alterações metodológicas também precisaram ser submetidas aos respectivos Comitês de Ética (ENSP e Hospital Amazonas).

<sup>32</sup> “O rio e o desvio de curso: a pesquisa de campo em contexto pandêmico”.

<sup>33</sup> Elaborei um roteiro para nortear esse momento com os sujeitos que retornaram ao trabalho que se encontra no Apêndice “VII” (“Roteiro de História de Vida Laboral”) deste trabalho.



vezes, estão relacionadas à forma como esse trabalho pode ser conduzido. Em outras palavras, a meu ver, expectativas pouco realistas em relação à carreira profissional (em geral, escolhida no início da vida adulta), por exemplo, talvez possam levar a muitas frustrações ao lidar com o real do trabalho. Como afirmam Pinto, Carreteiro e Rodriguez:

Ao narrarem suas histórias, os indivíduos reconstróem o passado através de suas lembranças. Os fatos não são, necessariamente, colocados de forma cronológica; novos sentidos podem ser construídos no momento em que se rememoram os eventos. As lembranças vão sendo organizadas no encontro entre narrador e pesquisador. Cabe ao entrevistador, no diálogo com os narradores, questionar os discursos que surgem, tensionando e aprofundando aquilo que julgue necessário (PINTO, CARRETEIRO e RODRIGUEZ, 2015, p. 1000).

Através da invocação da memória, os sujeitos partiram do presente para a reconstrução do passado. Esse foi um dos motivos porque para cada uma das pessoas entrevistadas que haviam retornado às atividades laborais, me coloquei à disposição para conversar e trocar ideias fora do espaço da entrevista e, de fato, chegou a acontecer com um dos sujeitos que solicitou para conversarmos algum tempo após a entrevista.

É importante frisar que me senti tocada emocionalmente por cada uma das histórias narradas e muito preocupada, no caso daqueles que retornaram ao trabalho após licença médica, de que pudesse com a entrevista estar abrindo portas para lembranças que ainda não estivessem no momento (em termos de tempo psíquico) de serem recobradas por aquele sujeito.

Cabe assinalar que durante o processo de análise das entrevistas, não reconstitui integralmente as narrativas dos trabalhadores em situação de retorno. Fiz, assim, a opção de trabalhar com os fragmentos dessas narrativas de modo a garantir o máximo possível a preservação do anonimato desses sujeitos.

Desse modo, mais uma vez tem-se aqui ratificada, a importância da implicação do pesquisador já que o relato é sempre dirigido a alguém. Nesses nossos encontros, fui instigada a sair da posição de suposto saber de pesquisadora. Como Pinto, Carreteiro e Rodrigues assinalam (2015), estamos falando de uma abordagem dual em que o pesquisador assume o papel de ouvinte acerca do que o sujeito tem a dizer sobre si próprio e o que considera mais importante de ser dito. Aspecto esse que, a meu ver, torna esse encontro pesquisador-sujeito algo singular e denso, do ponto de vista afetivo-emocional, para ambas as partes.

Em virtude desse momento tão singular, e como forma de dar um retorno a todos aqueles que participaram como sujeitos dessa investigação, considero que interessante

convidar a todos para assistir a defesa desta tese. Afinal, esse trabalho se constitui também fruto de seus múltiplos olhares sobre o objeto de pesquisa.

#### 4.4.1 Os rios do Brasil: uma pequena nota de esclarecimento

Esclareço que resolvi substituir os nomes originais do hospital e dos sujeitos participantes desta pesquisa por nomes de rios do Brasil<sup>34</sup>. O motivo desta escolha envolve as inúmeras simbologias em torno da imagem de um rio, a começar pela sua associação à vida, à força e à beleza, atributos que exalto na realização do trabalho em saúde. Os rios podem ser aparentemente plácidos, mas suas correntezas desconhecidas e potencialmente perigosas podem tragar as pessoas silenciosamente, como a invisibilidade do sofrimento e adoecimento psíquico. As águas de um mesmo rio estão continuamente em movimento o que nos faz lembrar que a dinâmica psíquica de um mesmo sujeito pode todo o tempo transmutar, transbordar e mudar o seu curso. O rio também abriga a simbologia do paradoxo tensionamento entre as pulsões de vida e de morte. E, por fim, porque em tempos de crise ambiental dos recursos hídricos, em todo o planeta, considero importante fazer um pequeno tributo a um dos maiores bens do nosso país que vem sendo dilapidado como tantas outras riquezas de nossas terras.

#### 4.5 O RIO E O DESVIO DE CURSO: A PESQUISA DE CAMPO EM CONTEXTO PANDÊMICO

*Eu me sentei diante do rio e observei a tromba d'água se formar. Assustei-me com o volume da água e a velocidade da correnteza, mas não houve jeito, me soltei e me deixei levar...*

Após a experiência de tantos anos de atuação na assistência e na gestão, a oportunidade de trabalhar em uma pesquisa empírica despertava em mim inúmeras expectativas quanto a minha capacidade de desempenhar essa atividade de forma hábil e sensível. Embora o ambiente hospitalar me fosse familiar, a perspectiva de atuar como pesquisadora me interpelava a sair da 'zona de conforto' de uma atividade e um tipo de organização que há tempos eu conhecia. (Considerando que toda instituição é extremamente dinâmica e que o trabalho é sempre algo novo mesmo para os mais experientes, a 'zona de conforto' é uma mera ilusão). Mas o que dizer, então, quando é necessário sair de um lugar

---

<sup>34</sup> Esses nomes foram escolhidos aleatoriamente e, à título de curiosidade, a localização desses rios se encontra listada em um quadro, no Apêndice "VIII" ("Quadro de localização dos rios do Brasil").

de relativa segurança justamente em um momento histórico-social tão adverso como de uma pandemia?

A pandemia da COVID-19 nos fez mergulhar em brumas de incertezas quanto ao futuro, mobilizando temores reais e imaginários em torno da morte e do luto. Como afirmam Sá, Miranda e Magalhães (2020), a pandemia ratificou o “potencial disruptivo” (p.29) do imaginário de autossuficiência das sociedades neoliberais, explicitando o que há de descontrole em relação à sociedade e à nós mesmos. Porque a “violência e as angústias acompanham as mudanças resultantes dos acontecimentos catastróficos” (SÁ, MIRANDA e MAGALHÃES, 2020, p.33). Além disso, o contexto político-social de total negação da ciência e das medidas sanitárias preconizadas pela OMS, assim como os inúmeros pronunciamentos pouco cuidadosos com a população da parte do governo federal contribuíram para que eu tivesse um sentimento de todos nós (população brasileira) estarmos sendo empurrados para dentro de uma caverna sem luz e prestes a desmoronar. Uma insegurança desmedida na capacidade de superarmos tamanha crise e ainda distantes daquilo que mais precisávamos naquele momento, o contato físico com nossas redes de afeto.

Diante desse acontecimento, pus em dúvida se o meu projeto acadêmico seria compatível com a vida tal qual ela se apresentava naquele momento e, especialmente, com o cotidiano de uma unidade hospitalar. Também não nego que me causou uma certa irritação ser demandada institucionalmente a dar conta de formalidades acadêmicas enquanto o mundo parecia que iria literalmente acabar, pelo menos, do jeito que nós o conhecíamos. Era como se estivesse adentrando por uma trilha desconhecida no interior de uma mata fechada, derrapando, me escorando em pedras com limo, caindo e me levantando sem estar certa de que chegaria ao lugar desejado.

Além do mais, eu me questionava se não seria um momento pouco propício para ocupar o tempo dos trabalhadores com uma pesquisa enquanto eles precisavam sobreviver à correnteza de urgências e emergências de trabalhar, no campo da saúde, em um contexto pandêmico.

Pouco a pouco fui elaborando psiquicamente todo contexto que vivíamos, naquele momento. Pude entender, então, a importância do doutorado do ponto de vista subjetivo, como uma forma de me dar algum contorno e enquadre para conter ou minimizar tamanha angústia diante das incertezas. Neste ponto é importante destacar que se de um lado, me apavorava tocar a vida como se eu vivesse em um contexto não pandêmico, por outro lado, era importante ser interpelada pela academia como forma de manter a minha própria saúde mental a partir de todas essas demandas formais. Assim, o momento era de começar a

retomar os contatos para apresentar o projeto e fazer agendamentos de entrevistas, ainda que o real do trabalho se fizesse presente.

Por isso, decidi seguir um caminho menos arriscado do ponto de vista sanitário para mim e para aqueles com quem eu convivia em meu núcleo familiar. Em comum acordo com a minha orientadora, optei pela realização do trabalho de campo remotamente e que seria um plano “B” em meu projeto de pesquisa. É importante assinalar que quando foi tomado este rumo metodológico ainda não havia imunização disponibilizada e as perspectivas de início da mesma no ano seguinte eram ainda remotas, no Brasil. Para tanto, deixamos de lado a ideia de realização de grupos focais e observação participante de modo que eu pudesse realizar entrevistas individuais através de uma plataforma de videochamadas (Zoom) com todos os sujeitos já previstos no projeto. Porém, outros riscos vieram à tona do ponto de vista do trabalho enquanto pesquisadora.

A insegurança de assumir novos cursos para uma atividade desafiadora me deixou muito mais tensa do que eu esperava. A cada descoberta de novas demandas administrativas para a realização do projeto, me perguntava se tudo aquilo cabia em um mundo tão instável cuja perspectiva de futuro era ainda duvidoso. Eram movimentos que eu precisava fazer no sentido de sair as ruas, enfrentar transportes públicos e adentrar em ambientes nada seguros como o hospital. Ao mesmo tempo, sentia-me envergonhada por atuar de forma tão hesitante, comparando-me aos colegas, trabalhadores de saúde, que por mais que estivessem amedrontados, não se eximiam do trabalho nem de atender a minha demanda de pesquisa.

Para que eu pudesse realizar o trabalho de campo, ainda que remotamente, foi necessário que eu obtivesse autorizações presencialmente de modo a oficializar a minha inserção no Hospital Amazonas. Além de esse processo me gerar muito medo de me contaminar com a COVID-19, nem todos se encontravam disponíveis e/ou com agendas compatíveis com a minha para que eu pudesse levar o documento para as devidas assinaturas. Muitos gestores com quem eu precisaria estar em contato e outros profissionais da assistência se encontravam em trabalho remoto por fazerem parte dos grupos de risco. Nesse momento, estávamos diante do fato que o número de óbitos por COVID-19 em todo o país subia velozmente.

Um outro fator estressante para o início do trabalho de campo foi que algumas pessoas com quem havia conversado informalmente antes de delinear o projeto, não se encontravam mais atuantes nos espaços em que as havia conhecido originariamente. Algumas haviam sido exoneradas de seus cargos comissionados. Então, fiquei com muito receio de que o projeto já delineado não fosse bem aceito por aqueles que substituíram as

pessoas com quem eu já havia conversado. Só que a essa altura, percebi que eu não poderia retroceder nem me deixar paralisar sob o risco de paralisar o projeto. Eu precisava caminhar para dar conta das exigências formais do doutorado, eu precisava simplesmente caminhar.

A questão é que ao suprimir também a observação participante acabei por excluir um dos momentos que eu considerava mais preciosos da pesquisa que é a aproximação e estabelecimento de vínculos com os trabalhadores de uma unidade hospitalar. Ainda que já pretendesse trabalhar com a perspectiva de um sujeito me apresentar ao sujeito seguinte a ser entrevistado, entendia que estar inserida no ambiente de trabalho desses sujeitos me daria maior oportunidade de melhor conhecer as rotinas e os processos de trabalho. Quando se está circulando pela instituição fica mais fácil conhecer os horários disponíveis das pessoas que você precisa contactar, da mesma maneira que as/os secretárias/as, assessores dessas pessoas, com seus e-mails e telefones 'que funcionam'. Quando se está dentro da instituição, é possível sentir e vivenciar os movimentos desta. É também possível se estabelecer algum nível de aproximação no momento de uma refeição, de um café ou mesmo, num encontro casual no ponto de ônibus. Por isso, o sentimento advindo desta etapa 'queimada' do processo de pesquisa foi o de enorme frustração frente ao que eu considerei uma mutilação no meu projeto. Contudo, face a tantas outras frustrações como de não poder estar perto do meu pai, irmãos, cunhadas, sobrinhos, amigos, nem mesmo de poder sair de casa sem todo o aparato de cuidados necessários para não me contaminar, a frustração com o projeto foi mais um com o qual eu precisava aprender a lidar.

Outro ponto que eu considerava arriscado era de que o convite realizado através de telefonemas pudesse ser menos valorizado e mais suscetível às negativas. Embora isso não tenha ocorrido, de fato. Todos e todas com que entrei em contato pelo Whatsapp, para agendamento de um horário para que eu pudesse explicar o projeto e fazer o convite, foram muito acolhedores e gentis. Aliás, o fato de o Hospital Amazonas ter um viés de ser também uma instituição de ensino e pesquisa favorece que os trabalhadores valorizem a oportunidade de participação nas mesmas, eles próprios como sujeitos.

É importante enfatizar que as pessoas que aceitaram participar da pesquisa sustentaram um desejo de realizar esta atividade já que nem eu nem a instituição oferecemos recursos para que tal acontecesse. A internet da instituição é precária e os computadores não contam com câmeras de vídeos. Isso significa que todos que participaram empregaram seus celulares, computadores e internet pessoais. E a maioria que eu consegui contactar, aceitou participar com boa vontade a ponto de eu ter entrevistado pessoas em início de férias, dias ou horários de folga. Todos foram unânimes em me dizer o quanto consideravam o tema

importante e daí o interesse em participar da pesquisa.

O maior impeditivo para a não participação de alguns convidados foi a alegação de falta de tempo. Entretanto, eu esperava que fosse acontecer em escala muito maior, considerando o contexto pandêmico, o que não foi o caso. Apenas um sujeito chegou a agendar o horário da entrevista e não apareceu no horário marcado, me informando por mensagem de Whatsapp que não estava se sentindo bem o suficiente para participar da mesma, naquele dia. Esta pessoa integrava o grupo daqueles que haviam retornado da licença por adoecimento psíquico, tendo ficado de me contactar posteriormente assim que se sentisse melhor, mas não o fez e por respeito ao seu desejo, não insisti.

Para quebrar o gelo inicial com as pessoas, eu sempre começava uma conversa informal antes de gravar, até para verificar se haveria também alguma dúvida em relação ao TCLE. Também costumava falar um pouco mais de mim, do meu “lugar de fala” como profissional que atuou tanto tempo no SUS. Em vários momentos e com vários sujeitos, percebi que isso estabelecia uma relação transferencial mais rapidamente, deixando as pessoas um pouco mais à vontade. Em relação aos roteiros para a realização das entrevistas, acabou que os utilizei menos do que imaginava, deixando as entrevistas fluírem mais livremente.

O principal inconveniente de se entrevistar remotamente é ter que lidar com internet intermitente, ora minha, ora dos/as entrevistados/as. Em alguns momentos, acontecia de existir um certo hiato por conta da intermitência da internet entre uma fala e outra que me levava a pensar que o sujeito já havia encerrado o assunto. Isso gerou alguns pequenos embaraços de eu falar junto com o entrevistado (e vice-versa) o que acredito não ter comprometido o conteúdo e o resultado final. Somente com um sujeito aconteceu de a minha internet cair de vez, mas a pessoa aceitou dar continuidade naquele mesmo dia após a reestabelecer a conexão. Para a minha grata surpresa, a gravação da primeira parte da entrevista não foi perdida. Aliás, uma questão de ordem prática positiva é que a própria plataforma do Zoom oferece a possibilidade de gravação. Então, eu sempre esclarecia que não utilizaria a gravação de imagem, apenas a de áudio. Todos foram compreensivos e aparentemente não demonstraram preocupação neste sentido.

Foi graças ao acolhimento e implicação das primeiras pessoas entrevistadas que pude chegar até os entrevistados subsequentes sem maiores problemas. A partir do momento que os entrevistados referendavam a pesquisa (consequentemente, a mim), abria-se caminho para a minha aproximação com o próximo entrevistado. Em cada entrevista realizada, sentia-me um pouco mais próxima da pessoa entrevistada, de suas questões, angústias e conquistas.

Foi como se revivesse um pouco, através delas, a minha própria experiência em unidade hospitalar, algumas vezes, também sofridas. Contrariando as minhas expectativas de que seria ansiogênico realizar entrevistas, apesar de ser pelo Zoom, foi uma experiência bem interessante.

Quanto ao local de realização das entrevistas, alguns sujeitos optaram por estar em suas próprias residências e outros preferiram permanecer no trabalho e encontrar alguma sala com maior privacidade, no momento das entrevistas. Nenhum deles solicitou manter a câmera fechada, permitindo que a entrevista se desse face a face, apesar de não presencial. Por fim, fiquei com a percepção de que a maioria dos sujeitos se mostrou bastante à vontade comigo, com a plataforma e com este formato de entrevista, tornando o meu trabalho de campo menos espinhoso.

Considero importante ressaltar que todos os sujeitos participantes desta pesquisa são servidores públicos federais que foram selecionados para atuar no Hospital Amazonas através de concurso público. Esta característica em particular é sinalizada porque, primeiramente, somente trabalhadores com o vínculo público federal recebem o suporte do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. E, segundo, porque o fato de terem sido selecionados através de um concurso público muito concorrido, evidencia o grau de exigência da instituição no processo seletivo de seus trabalhadores.

Entretanto, ao se pensar a trajetória de vida de um sujeito, são levados em conta inúmeros aspectos que não necessariamente contribuem para a pesquisa. Por isso, Pinto, Carreiro e Rodrigues (2015) assinalam a necessidade de se estabelecer recortes de modo que se possa realizar essas análises. Recortes estes que podem ser trabalhados a partir de algo que predominou nas falas dos sujeitos ou estabelecidos à priori pelo pesquisador baseado no eixo analítico desenhado em meu estudo. Como assinalado anteriormente, no caso desta pesquisa, o meu recorte foi o campo laboral.

Embora eu já tivesse previsto que o campo de pesquisa se daria remotamente<sup>35</sup>, precisei ir algumas vezes ao Hospital Amazonas para resolver pendências formais do projeto, como já comentado anteriormente. Na maioria das vezes, preferia subir de escadas para os andares não apenas para ceder a vez para pacientes, acompanhantes e profissionais, como também como uma forma de me sentir mais literalmente ambientada com o espaço físico de lá. Já havia estado no Hospital Amazonas há alguns anos, mas nunca por motivos profissionais. Então, subia vagarosamente para fazer um reconhecimento quase cartográfico

---

<sup>35</sup> Inclusive, junto aos Comitês de Ética e Pesquisa da ENSP e do Hospital Amazonas.

de cada andar. Apesar do corre-corre de alguns pelas escadas, impressionou-me o silêncio que somente era quebrado no andar da pediatria. Os corredores são todos parecidos e com sinalizações, a meu ver, não muito óbvias. Acabava sempre perguntando a algum segurança os locais onde pretendia chegar. Mesmo sendo muito bem recebida por todos com quem cruzei, da portaria até aqueles com quem precisava entrar em contato efetivamente, fiquei com uma forte impressão de um ambiente muito formal em que todos parecem estar pouco à vontade, bem diferente dos espaços hospitalares por onde passei anteriormente. Todavia, há de se ter o devido desconto para o fato de que estávamos em pleno momento de pandemia e que, portanto, se tratava de tempos, por si só, soturnos.

Considerando o fato de eu ser uma aprendiz em termos de pesquisa empírica, percebo que o trabalho trouxe mais satisfação e boas surpresas do que eu imaginava, superando o momento inicial de frustração e me levando a encontrar novos coloridos para a minha pesquisa. Não era exatamente do jeito que eu queria, mas pelo conteúdo captado, considero que as entrevistas possibilitaram lançar luz sobre alguns dos objetivos da pesquisa.



## 5 BOAS-VINDAS! IDEALIZAÇÕES E DESTINOS DAS IDEALIZAÇÕES

*“[...] Então, eu tinha um sonho de passar pro Hospital Amazonas. Meu objetivo de vida é atender no Hospital Amazonas [...]” (Aramá)*

O ato de trabalhar não se atém ao ‘salariação’, daí, existir uma distinção entre o trabalhar e o ter um emprego. O trabalho se constitui uma mobilização de energia em direção a um objetivo, com um caráter fundamentalmente social, ou seja, ele não se trata de uma atividade solitária que atende apenas aos desejos individuais, mas é voltado também para um fim coletivo. Segundo Dominique Lhuilier, é a partir do trabalho que se desenvolve a identidade, levando o sujeito a criar, a manifestar e poder retirar um “duplo reconhecimento”, reconhecimento da imagem que tem de si e da imagem que tem aos olhos dos outros. Por esse motivo, estar inscrito em um grupo de pertença é a “condição do reconhecimento social” (LHUILIER, 2005). Entretanto, cabe enfatizar que a construção identitária não se dá exclusivamente através do trabalho pois nos constituímos como sujeitos através do olhar do outro em um processo resultante de múltiplas identificações.

Dejours (2012a) afirma existirem dois tipos de reconhecimento: o “juízo de utilidade” proferido por superiores hierárquicos e o “juízo de beleza” proferido por aqueles que conhecem bem o trabalho realizado, isto é, os seus pares. E são estes julgamentos que ‘dão o tom’ da qualidade do trabalho a ser realizado. Portanto, o reconhecimento é fundamental para transformar o sofrimento em prazer. Justamente porque o trabalho oferece gratificações “essenciais no registro da identidade” capazes de mobilizar a “inteligência” e o “zelo” daqueles que trabalham.

Segundo Fonseca (2014), apoiada na perspectiva teórico-conceitual da psicodinâmica do trabalho, a relação prazer/sofrimento no trabalho, na área da saúde, é complexa por incluir o componente de “se sentir útil”. Dessa maneira, esta autora compreende que nem sempre o trabalho do profissional de saúde implica em sofrimento uma vez que existe a dimensão do cuidar do outro que pode ser para ele gratificante.

Jarí (retorno), por exemplo, alude ao fato de que a melhor parte do trabalho é efetivamente o cuidado dado a esses pacientes oncológicos, o que para um observador externo pode causar estranheza dada à complexidade da doença e seus possíveis tratamentos.

Na fala de Tefé (assistência), há uma clara contraposição entre o prazer no trabalho assistencial que realiza e as limitações institucionais que perpassam o seu trabalho quando ela diz:

*“[...] Porque não é de agora, pra ficar claro. Tudo o que eu estou falando já vinha acontecendo e aí tem a ver com esse contexto institucional, com a precarização da saúde também. Tem cada vez menos gente pra trabalhar, entendeu? Uma sobrecarga grande de trabalho, [...] Não é fácil trabalhar com oncologia, por tudo que ela produz em termos de sofrimento e morte. Mas a gente se anima porque a gente trabalha nisso porque a gente quer, porque, na verdade, o que faz sentido é aquilo que posso fazer pelo meu usuário pra ele poder, pra que ele possa atravessar esse momento, da melhor forma possível [...]” (Tefê)*

Daí ser possível observarmos o contingente de trabalhadores de saúde implicados com suas práticas e dispostos a realizar atividades nem sempre consideradas agradáveis pelo senso comum, como por exemplo, o cuidado oncológico. Como assinala Christophe Dejours, a disposição para o trabalho, o emprego da criatividade, a cooperação, a solidariedade, a gratificação pela sua contribuição no trabalho e o enfrentamento das dificuldades diárias são elementos que explicam o porquê que nem todos os trabalhadores adoecem psiquicamente mesmo submetidos a situações similares de pressões organizacionais. Acrescento à estas dimensões relacionadas, o desejo e a esperança na possibilidade de transformação da realidade a partir da inserção no trabalho, molas propulsoras para o enfrentamento dos desafios do trabalho.

Segundo Enriquez (1991), as instituições se erigem como divinas (únicas a proporcionar salvação e redenção àqueles que a frequentam) e se apresentam como sistemas culturais, simbólicos e imaginários. Enquanto sistemas culturais, as instituições—oferecem um sistema de valores, normas, pensamento e ação que modelará o comportamento dos sujeitos ali inseridos. Também como sistemas culturais elaboram um certo modo de viver na instituição através de uma armação estrutural (reuniões, grupos de especialistas, etc.) que conformam hábitos que facilitam a edificação de uma obra coletiva e desenvolvem um processo de socialização dos diferentes atores para se definirem em relação ao ideal proposto (ENRIQUEZ, 1991). Enquanto sistema simbólico, uma instituição não vive sem elaborar um (ou mais) mitos unificadores, instituir ritos de passagem e de realização. Como diz Enriquez, as instituições não vivem sem mitos, ritos, heróis que permanecerão na memória coletiva (ENRIQUEZ, 1991).

Destarte, o fato de ter sido aprovado em um concurso muito disputado como do Hospital Amazonas corresponde a um rito de passagem, com o diz Enriquez, que não apenas delinea o perfil dos trabalhadores selecionados, mas simultaneamente contribui para

construir um modelo idealizado de profissional que estará apto a integrar o corpo de profissionais desta instituição. Talvez, por este motivo, o fato de ser concursado pareça ser motivo de orgulho e de muitas idealizações para os trabalhadores, além de se constituir expressão de reconhecimento a que Lhuilier se refere. Este aspecto transparece na forma como alguns se apresentaram quando lhes era solicitado que falassem sobre o trabalho que realizavam na instituição. Alguns, assim, frisaram o fato de serem concursados como se apresentasse um ‘cartão de visitas’ e podemos encontrar essa dimensão na fala de Iguaçu (assistência)<sup>36</sup>:

*“[...] Então, eu estou no Hospital Amazonas há dez anos. Nós entramos em 2011, pelo concurso público [...]” (Iguaçu).*

Do mesmo modo expresso na fala de Içá (saúde do trabalhador):

*“[...] eu entrei aqui no Hospital Amazonas por meio do concurso público realizado em 2014, tomei posse em 2015 [...]” (Içá).*

Assim como, no comentário de Indaiá (retorno):

*“[...] Eu fiz o processo seletivo, pelo concurso público e entrei desde fevereiro de 2011[...].” (Indaiá).*

Alguns já aguardavam por este concurso mesmo ainda no período de graduação, como no caso de Jarí (retorno), que dada às suas condições sociais, ao longo da vida acadêmica, enfrentou muitas dificuldades financeiras:

*“[...] na verdade, foi muito difícil até concluir a graduação. Eu tinha muita expectativa em relação ao concurso público, que se a gente for resgatar aí, nos idos de xx (ano em que se formou) [...] era a expectativa de muitos alunos, a realização de um concurso público [...]” (Jarí).*

---

<sup>36</sup> Destaco que todas as falas dos sujeitos entrevistados foram mantidas seguindo o modo coloquial com que se expressaram sem uma preocupação com efetuar correções concernentes a aspectos gramaticais. Assim, apenas foram ajustadas algumas destas quando havia muitos ‘vícios de linguagem’ que dificultavam a compreensão durante a sua leitura.

É importante destacar a dimensão social acerca deste concurso público pois representava não apenas a garantia de emprego, mas também a possibilidade de melhoria das condições de vida. Esses aspectos mencionados podem servir como indicativos de que, para além das expectativas de inserção no mercado de trabalho para alguns destes trabalhadores, o fato de serem servidores públicos federais do Hospital Amazonas lhes propicia um sentimento de distinção e valorização frente a outros trabalhadores da saúde da rede pública de saúde, como podemos observar em algumas narrativas em torno das expectativas positivas acerca de trabalhar no Hospital Amazonas, antes do concurso.

No caso de Aramá (assistência), havia uma expectativa sobre como seria esse seu primeiro trabalho em uma instituição considerada referência nacionalmente em oncologia quando ela diz:

*“Então, eu tinha um sonho de passar pro Hospital Amazonas. Meu objetivo de vida é atender no Hospital Amazonas. Mas não imaginei que seria tão rápido. Eu não imaginei que eu conseguiria passar de primeira. Então, eu cheguei bem assustada. Eu falei: “- Poxa! Eu estou num lugar de referência [...]” (Aramá).*

O estar em um lugar considerado de ‘excelência’ traz para o sujeito quase que uma obrigação de ele próprio ser especial e estar à altura para atender aos ideais atribuídos à instituição.

Indaiá (retorno) também se refere ao trabalho no Hospital Amazonas como algo muito desejado desde a época de sua formação acadêmica, na graduação:

*“Eu terminei a minha graduação e já comecei a trabalhar logo direto. E eu não tinha a oportunidade de fazer residência, de fazer especialização aqui no Hospital Amazonas. Mas eu queria muito. Mas, enfim, pela vida, pela, pela forma que fui conduzindo, não foi possível fazer porque precisava de dedicação exclusiva e tal[...]quando saiu o edital do concurso pro Hospital Amazonas [...] Eu falei assim: “- Não! É esse o concurso que eu vou passar”. Então, eu me dediquei muito. E aí eu fui, consegui... passar. E aí foi um sonho. [...] E, então, assim, foi uma alegria muito grande. [...]” (Indaiá)*

A respeito desta idealização, Eugène Enriquez afirma que a instituição pode oferecer “um objeto ideal a ser interiorizado, que dá vida, no qual todos devem manifestar a sua lealdade, e até mesmo se sacrificar [...]” (ENRIQUEZ, 1991, p. 58). Por conta disso, a

instituição apresenta suas exigências, obrigando a agirem pelo orgulho do trabalho e a realizar a sua missão salvadora (ENRIQUEZ, 1991).

É interessante destacar que o fato de esses concursos públicos federais demorarem tanto a acontecer podem servir como mais um agente deflagrador de expectativas e idealizações. Ademais, vivemos no SUS um aumento da precarização dos vínculos empregatícios com frequentes demissões, rotatividade de profissionais e gestores (implicando, entre outros aspectos, em descontinuidade de projetos de trabalho e novas demandas). Acrescenta-se a esta instabilidade do mercado de trabalho o fato de que trabalhar no Hospital Amazonas implica, muitas vezes, em ter um único vínculo público a depender da categoria profissional já que há uma exigência de dedicação exclusiva de quarenta horas para algumas categorias e trinta horas para outras. Inclusive, no Brasil, a possibilidade de o trabalhador de saúde poder estar em um único emprego é considerado quase que um luxo, favorecendo que o trabalhador tenha tempo suficiente para a realização de outros projetos pessoais e profissionais, sem o desgaste físico e emocional de precisar se deslocar de um trabalho para o outro, muitas vezes, até em municípios diferentes de um mesmo estado ou de estados diferentes.

Canindé (assistência), por exemplo, resolveu fazer concurso para o Hospital Amazonas porque desejava “*poder estar num lugar em paz*” e, ao mesmo tempo, ter disponibilidade para se dedicar ao consultório. Embora se mostre implicada com o atual trabalho nesta instituição, é feita a ressalva de que gostava muito das suas atividades realizadas anteriormente, em outros dois vínculos públicos, optando por abrir mão dos mesmos para estar no Hospital Amazonas. Essa decisão se deu, então, como diz Canindé (assistência): “*com muito pesar porque eu gostava muito desses dois lugares*”.

Mapuá (gestão) também abriu mão de um vínculo público municipal em um hospital de grande porte para assumir no Hospital Amazonas. Na forma de Mapuá (gestão) se expressar é como se essa instituição representasse também a possibilidade de ascensão profissional. Assim, Mapuá (gestão) descreve que os anos de experiência prévia na área hospitalar lhe propiciaram os acúmulos de conhecimentos teóricos e práticos necessários para que:

“*pudesse chegar no Hospital Amazonas que é um hospital quaternário, um hospital de referência, um hospital de alta complexidade e que também exige muito do profissional*” (Mapuá).

É possível observar aqui, uma sucessão de adjetivos positivos, que vão em um crescente, empregados para caracterizar o Hospital Amazonas. Esse imaginário de excelência compartilhado sobre o Hospital Amazonas se articula ao narcisismo do próprio profissional. Isso significa dizer que uma instituição que é descrita como um “hospital de referência” e que “exige muito do profissional”, exige que ele próprio seja também um profissional de excelência. Como mencionado anteriormente, além dos sistemas culturais e simbólicos, a instituição mobiliza sistemas imaginários. A este respeito Enriquez afirma:

Imaginários no sentido de que a Instituição procura capturar os indivíduos na armadilha dos seus próprios desejos de afirmação narcísica e de identificação, nas suas fantasias de onipotência ou na sua necessidade de amor, declarando-se capaz de responder aos seus desejos naquilo que apresentam de mais excessivo ou de mais arcaico [...] Imaginárias igualmente na medida em que a Instituição vai tranquiliza-los quanto à sua capacidade para protegê-los contra a possibilidade de abalamento da sua identidade, dos seus temores de desmoronamento, da angústia da fragmentação despertada e alimentada por qualquer vida comunitária, proporcionando-lhes as couraças sólidas do estatuto da função (constitutiva da identidade social) e da identidade maciça da Instituição [...]” (ENRIQUEZ, 1991, p. 57)

Um outro fato que torna o concurso para o Hospital Amazonas um atrativo para os trabalhadores da saúde para além da melhoria salarial é o prestígio social decorrente de fazer parte de uma instituição reconhecida nacionalmente pela sua excelência. No caso de Indaiá (retorno), por exemplo, acrescentava-se uma certa idealização de que seriam estabelecidas relações de poder menos assimétricas entre a categoria médica e demais categorias profissionais, no serviço público. Isso porque quando Indaiá (retorno) trabalhava em hospital da rede privada, no início de carreira, observava que as decisões clínicas eram sempre tomadas pela equipe médica e isso a deixava bastante desanimada com a sua categoria profissional. Indaiá (retorno) chegou, inclusive, a questionar se realmente iria permanecer na carreira escolhida, afirmando que pensou que teria “*dois caminhos*” a tomar para sua vida profissional:

*“[...] ou eu continuava lá e ficava frustrada, e aí eu provavelmente teria estudado para fazer outra graduação, ou comecei a pensar em estudar pra concurso [...]” (Indaiá).*

Dessa maneira, para Indaiá (retorno), o fato de fazer parte do corpo profissional do Hospital Amazonas valeu a pena porque:

*“[...] pelo menos, assim, abriu leque. Aqui a gente tem autonomia, tem um salário*

*legal. Então, assim, acabou que preencheu alguns pontos que estavam ruins, no outro hospital que eu estava [...]” (Indaiá).*

A partir de uma maior oferta de vagas de trabalho, na ocasião, houve quem enxergasse o campo da saúde pública como a possibilidade de melhorar as condições de vida de sua família. Juruena (retorno), por exemplo, identificou na área da saúde a perspectiva de melhorar a sua posição no mercado de trabalho. Então, segundo o seu relato, resolveu aproveitar uma oportunidade oferecida pelo governo federal para obter um certificado de técnica de enfermagem já que atuava na área administrativa de uma unidade de saúde da rede privada. O término do seu curso coincidiu com o concurso para vaga de técnico de enfermagem no Hospital Amazonas. E, assim, a partir de sacrifícios pessoais por ela narrados, foi aproveitando a sucessão de oportunidades e com muito empenho nos estudos foi selecionada para integrar o corpo profissional desta instituição.

Mas entre a expectativa de atender a um ideário de excelência institucional e profissional e a realidade, existe uma distância que Barigüi (assistência) sinaliza de forma emocionante, lembrando que os trabalhadores são, antes de tudo, humanos:

*“[...] E no Hospital Amazonas muito mais gritante pela natureza do trabalho, pela natureza da doença. É uma doença muito devastadora. São pessoas que, que querem se travestir de heróis pra enfrentar o dia-a-dia da dessa doença. Mas não são heróis. São pessoas de carne e osso. São seres humanos, são pessoas com fragilidades que deveriam ser tratadas com dignidade. Infelizmente, eu não vejo isso na instituição que eu trabalho. Fico muito triste.” (Barigüi).*

Ao dizer que as pessoas “querem se travestir de heróis para enfrentar o dia-a-dia dessa doença”, Barigüi (assistência) põe em evidência a necessidade narcísica do sujeito se colar a imagem idealizada da instituição como aquela que tem a missão de salvar aqueles acometidos pelos quadros oncológicos. Perpassa, pois, através de um imaginário de heroísmo, a imagem da capa do super-herói, “capas” estas, que ao serem “vestidas”, podem servir de proteção para os sujeitos virem a se proteger do contato com uma realidade tão difícil.

Tefé (assistência), por sua vez, trouxe à baila que quando tomou posse na instituição, não gostou da ideia de permanecer até se aposentar no mesmo local, o que lhe ocasionou um sentimento angustiante e claustrofóbico de “engessamento”, de impossibilidade de

mobilidade e de realização de atividades criativas. Penso até que ponto Tefé (assistência) também não se sentia do mesmo modo. Entretanto, contrastando com essa surpresa sinalizada por essa profissional, ela própria apresenta os diferentes modos que encontrou para renormatizar o espaço de trabalho. Tefé (assistência), além de uma atuação sistemática no campo do ensino e pesquisa, vem participando de comissões intersetoriais voltadas para a melhoria de qualidade do cuidado. Isso, pois, me faz pensar que apesar de Tefé (assistência) não ter como mudar de serviço ou setor, pode se manter dinamicamente em atuação em outras frentes de trabalho que não apenas a assistência. Em outras palavras, o trabalhador pode também ressignificar o seu trabalho sem que necessariamente precise modificar drasticamente a sua inserção na instituição.



## 6 QUANDO O REAL TRANSBORDA: FONTES DE SOFRIMENTO NO TRABALHO

*“[...] Então, assim, quando você chega, você acaba vendo que não é tanto assim idealizado [...]” (Indaiá)*

À medida que os trabalhadores ingressam efetivamente na instituição, os excessos do real transbordam, a começar pela forma como os concursados foram recepcionados na instituição, causa e prenúncio de algumas desilusões que estavam por vir no cotidiano árduo da assistência oncológica.

Retomo, então, à discussão já realizada sobre a existência de um hiato entre os procedimentos e prescrições de um lado e a realidade, de outro. Para Dejours (2012a):

O mundo real resiste. Ele confronta o sujeito levando-o ao fracasso, provocando a manifestação de um sentimento de impotência, ou de irritação, de raiva ou ainda de decepção ou de desamparo. O real se deixa conhecer pelo sujeito sob o efeito de surpresa desagradável, ou seja, de um modo afetivo. É sempre afetivamente que o real do mundo se manifesta para o sujeito. Mas no instante em que o sujeito prova, de fato, a resistência do mundo, é a afetividade que esse manifesta em si. Assim, é nessa relação primordial de sofrimento no trabalho que o corpo realiza a um só tempo a experiência do mundo e de si mesmo. (DEJOURS, 2012a, p. 25)

Em outras palavras, “é sempre afetivamente que o real do mundo se revela ao sujeito” (DEJOURS, SZNELWAR e MASCIA, 2008, p. 39). Esta surpresa desagradável também pode se expressar através de certo desencanto do trabalhador face a algo que esta instituição demonstra ser tão reluzente para a sociedade: o seu aparato tecnológico. Assim, Canindé (assistência) faz uma crítica de supervalorização institucional aos saberes tecno-científicos em detrimento da escuta clínica ao que o sujeito tem a dizer sobre o próprio adoecimento:

*“[...] Muito difícil essas instituições que lidam com doenças potencialmente mortais. E elas não podem lidar só a partir do saber, elas precisam lidar também com aquilo... Elas não sabem o que elas podem aprender com os pacientes, e às vezes, eles vendem uma ideia de que eles sabem muito. Não sei se sabem tanto, não. Certamente de quimioterapias, radioterapias e cirurgias, eles sabem. Mas dos sujeitos? A gente vai aprendendo. [...] Um sujeito às voltas com o medo de morrer, com as perdas. Assim, é isso! O que importa é que os pacientes vivem [...]” (Canindé).*

Canindé (assistência) chama a atenção para o fato de que as instituições “vendem a ideia de que sabem muito”, mais uma vez é posto um foco no imaginário de excelência desta

instituição. Assim, se por um lado, os inúmeros predicados atribuídos ao Hospital Amazonas pelos trabalhadores expressam para um imaginário de um lugar ideal para se trabalhar ou para se ascender profissionalmente, por outro lado, pude também observar uma leitura crítica dessa realidade e sentimentos que contrastaram com toda essa percepção. Indaiá (retorno), por exemplo, aborda esta ambivalência em relação aos sentimentos do seguinte modo:

*“[...] acho que antes era uma coisa muito idealizada talvez. Aquela coisa: “- Ahh eu quero trabalhar no Hospital Amazonas. Nossa! Eles são ‘top’. São referência e tal”. Então, assim, quando você chega, você acaba vendo que não é tanto assim idealizado. Claro que tem aí a expertise, [...] a gente consegue às vezes saber mais coisas do que alguns médicos que estão lá fora e que não sabem. Então, a gente consegue realmente chegar, conversar, discutir os casos de uma forma bem ampla, assim, bem diferente de outro profissional que não teve essa experiência de passar por aqui, vivenciar isso [...]” (Indaiá).*

Portanto, cabe contextualizar o momento de chegada de alguns destes servidores. O Ministério Público Federal vinha cobrando providências da União no sentido de parar de recorrer a mecanismos provisórios para suprir a necessidade de recursos humanos no Hospital Amazonas. Assim, um dos últimos concursos do Hospital Amazonas, ocorreu em um período em que inúmeros trabalhadores da assistência contratados por uma determinada Fundação estavam sendo substituídos pelos concursados por determinação do Ministério Público. Os profissionais cujo vínculo empregatício era da referida Fundação já se encontravam, neste hospital, há algum tempo, tendo estabelecido vínculos interpessoais e rotinas de trabalho, o que gerou muita discórdia entre os dois grupos de profissionais (contratados e concursados) que chegaram a conviver temporariamente. A substituição de todos os que já atuavam pelos concursados se tratava, pois, de um processo esperado pela organização, isto é, determinado por lei. Entretanto, a forma como essa transição foi conduzida pela gestão geral e gestão de pessoas, talvez tenha carecido de estratégias que pudessem minimizar ou evitar alguns dos atritos mencionados adiante.

Juruena (retorno), que entrou neste período de demissão dos profissionais da Fundação que atuava no Hospital Amazonas, lembra que além dos colegas que assistiam de malgrado outros colegas serem substituídos pelos concursados, alguns gestores<sup>37</sup> também expressavam sua insatisfação com a substituição dos antigos funcionários pelos

---

<sup>37</sup> É importante ressaltar que quando me referir a “gestores”, em diferentes momentos deste texto, refiro-me às chefias imediatas de setores, serviços, divisões.

concurados:

*“[...] Eles, na verdade, estavam chateados demais porque estavam indo embora os contratados que eram da Fundação [...]” (Juruena).*

Além de um possível descontentamento por parte de alguns gestores com a saída de funcionários da Fundação que atuava no Hospital Amazonas, segundo Juruena (retorno), a sua pouca experiência profissional pode ter pesado igualmente na má recepção por parte destes gestores já que parecem ter ficado “irritados” com a perda de profissionais mais experientes. Assim, Juruena (retorno) relata que uma gestora chegou a lhe questionar se realmente desejaria permanecer no hospital apesar da pouca experiência na área da saúde e de se tratar de uma unidade altamente especializada. Ainda segundo Juruena (retorno), essa mesma gestora comparou a sua experiência com a daqueles que seriam “profissionais maravilhosos, competentes” que estavam saindo. O sentimento de ser injustiçada, de um desamparo institucional e pelo não reconhecimento de seu valor profissional, pela forma como foi acolhida pela chefia, transparece no que ela verbalizou ter pensado naquela ocasião, mas que não teve coragem de dizer diretamente para a pessoa que a abordou:

*“[...] Só que eles fizeram concurso que eu fiz e eles não passaram. E eu só lamento. Poucos passaram. E eu me preparei dia e noite pra qualquer concurso público [...]” (Juruena).*

Por mais que tenha percebido atitudes hostis (implícitas ou não) contra a sua inserção na unidade, Juruena (retorno) relatou se sentir satisfeita por ter resistido e permanecido no Hospital Amazonas. A possibilidade de lidar com a frustração é, a meu ver, um processo sofrido, mas, no seu caso, se tornou compensador do ponto de vista psíquico.

Vale assinalar uma outra questão institucional importante, levantada por Juruena (retorno) e que possivelmente também contribuiu para a forma como se sentiu mal recepcionada, no hospital, e que diz respeito a uma assimetria salarial e de direitos trabalhistas entre os concursados e os contratados. Nesta ocasião, a sua chefia imediata, assim como, outras chefias do Hospital Amazonas, em sua maioria, não haviam sido aprovadas neste mesmo concurso e, por conta disso, se encontravam contratados com uma faixa salarial menor que a dos funcionários subordinados a elas (sendo muitos destes, já

concurados)<sup>38</sup>. No entendimento de Juruena (retorno) tal discrepância salarial (além do fato de não terem sido aprovadas no concurso) levava a um ressentimento dessas mesmas chefias que não chegava a ser explicitado verbalmente, mas que transparecia através de um mal tratamento endereçado aos profissionais concursados, como pode ser observado na sua fala a seguir:

*“[...] a chefia ganhava menos que nós, servidores, e a gente sentia, assim, um tratamento ríspido, grosseiro, entendeu? Nada humano. E a gente achava que um dos motivos, era esse. Porque eles sabiam que não, que eles não passaram no concurso, não ficariam e que estava acabando a fundação e aí a maioria das chefias, alguns passaram no concurso e continuaram a chefia, e outros não passaram e tiveram que sair. Mas enquanto estavam lá, tratavam o Ministério<sup>39</sup> muito, muito mal! [...]” (Juruena).*

Enfim, trata-se de paradoxos institucionais evidenciados nestas diferenças salariais e que perpassaram as relações interpessoais entre os trabalhadores pois produzem seus efeitos nas relações de poder, na instituição, gerando ainda mais sofrimento aos mesmos.

Outro sujeito entrevistado apresenta a mesma percepção de “maltrato” em sua chegada à instituição através do concurso. Canindé (assistência), por sua vez, levanta outra hipótese para possíveis causas daquilo que considera se tratar de um não cuidado com quem chegava por concurso<sup>40</sup>. Para Canindé (assistência), estas causas estariam situadas no âmbito da macropolítica a partir de um possível interesse do governo federal na privatização do Hospital Amazonas. Esse aspecto seria justificado, no seu entendimento, pela contratação de recursos humanos através de uma Fundação e pela escassez de concursos públicos para suprir a necessidade profissionais nesta instituição. Em outras palavras, o fato de realizar concurso público para ampliação da força de trabalho contrariaria os supostos propósitos do governo federal em relação a este hospital:

*“[...] Hospital Amazonas queria era ser privado e poder contratar os profissionais que ele quisesse, pelo valor que ele quisesse. Então, a gente foi inserido no Hospital*

---

<sup>38</sup> Além disso, as definições salariais em relação aos recursos humanos do Hospital Amazonas se encontram em uma instância superior a essa instituição, ou seja, diretamente vinculada ao governo federal.

<sup>39</sup> Ao se referir à “Ministério”, Juruena (retorno) está se referindo aos servidores públicos federais sob a gestão federal do Ministério da Saúde.

<sup>40</sup> Além das falas recorrentes que lamentavam a saída dos trabalhadores contratados pela Fundação que atuava no Hospital Amazonas, como mencionado anteriormente.

*Amazonas goela abaixo pelo Ministério Público do Trabalho por conta do concurso público. Assim, então, a gente foi muito maltratado[...] Assim... já escutei: “- Você veio tirar o meu lugar [...]” (Canindé).*

A afirmativa de Canindé (assistência) nos faz pensar em um outro analisador importante das relações estabelecidas no interior desta instituição que é a distinção de direitos e benefícios entre servidores concursados e trabalhadores contratados<sup>41</sup>. Juruena (retorno), por exemplo, se refere aos profissionais contratados como “escravos” porque aceitavam toda a sorte de exigências sem reclamar com receio de serem demitidos, algo que não ocorria com os concursados do “Ministério”. É interessante observar a mudança de perspectiva a respeito das cobranças realizadas pela gestão. Neste ponto, Juruena (retorno) parece sugerir que os concursados, pela estabilidade do vínculo empregatício, não se submetem acriticamente às exigências da gestão. Entretanto, mais adiante, como poderá ser visto, ela própria se queixará justamente das situações de pressão a que é submetida na execução do trabalho, mesmo sendo concursada.

## 6.1 ALGUMAS FONTES DO SOFRIMENTO E ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES

*“[...] A verdade é essa: com o SUS falido do jeito que está, ele vai buscar atendimento aonde? [...]” (Araguaia)*

Dejours (2007) assinala que algumas das causas frequentes de sofrimento dos trabalhadores são o medo da incompetência, a pressão para trabalhar mal e a desesperança na obtenção de reconhecimento. O medo da incompetência ocorre quando o trabalhador não tem como saber se as falhas no seu trabalho se constituem consequências de problemas no sistema técnico ou de sua própria capacidade técnica de realização da atividade. Assim, o receio de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar situações que exijam responsabilidade e habilidade. Voltando ao caso de Juruena (retorno), observo que o sofrimento adveio não apenas pelo não reconhecimento de sua capacidade em ser aprovada em um concurso disputado nacionalmente, mas possivelmente também pelo fato de ela própria, em sua inexperiência profissional, temer não estar à altura de trabalhar em uma renomada instituição quando a chefia a chama atenção para este fato.

---

<sup>41</sup> Inclusive, lembrando, como já mencionado anteriormente, que o próprio Núcleo de Saúde dos Trabalhadores somente acompanha a saúde dos servidores públicos.

No caso da pressão para trabalhar mal, a situação se mostra oposta à descrita anteriormente porque a competência e a habilidade não são postas a prova. O trabalhador, pois, sabe o que precisa ser feito, mas as pressões sociais do trabalho o impedem de fazê-lo. Desse jeito, o trabalhador é constrangido a executar mal o seu trabalho, ou mesmo, a agir de má-fé, causando-lhe intenso sofrimento no trabalho. Em geral, a maioria dos trabalhadores se esforçam para fazer o melhor, investindo energia e paixão. Por isso, como assinala Dejours (2007), é justo que tenha a sua contribuição reconhecida. No entanto, quando há uma indiferença geral, desestabiliza-se o referencial sobre o qual o trabalhador apoia a sua identidade. Assim:

[...] Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d'alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental. Não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade. Eis o que confere à relação com o trabalho sua dimensão propriamente dramática [...] (DEJOURS, 2007, p. 34)

Não ter condições materiais para executar o seu trabalho pode desestruturar o trabalhador, do ponto de vista identitário. Não ver a sua obra finalizada pode indicar a possibilidade dele próprio não ter capacidade de cumprir o que foi capacitado em sua formação profissional para fazer. Considero que a partir daí pode emergir uma ferida narcísica neste sujeito que idealizava que empregar os seus próprios conhecimentos como ferramenta de trabalho seria o suficiente para realizar o seu trabalho.

Um ponto levantado por mais de um sujeito entrevistado é o sentimento da sobrecarga de trabalho e a não valorização daquilo que realizam pelos gestores maiores, tendendo a cobrar cada vez mais dos trabalhadores que ainda permanecem no serviço. Essa sobrecarga é sentida não apenas pelos que trabalham diretamente na assistência, mas também por aqueles que se encontram na gestão. Atuba (gestão), na gestão de um serviço, se sente ultrapassando os próprios limites, quando diz:

*“[...] A gente é de carne e osso. Então, tem dia também que a gente não está em condições. A gente tem que saber dos nossos limites. [...] De vez em quando, a gente tem que tirar uma folga. Porque tem que ir a médico. Tem que fazer as nossas coisas [...] A gente*

*tem que cuidar da nossa saúde mental também quando a doença aparece [...]”(Atuba).*

Capibaribe (gestão) ilustra o seu sofrimento no trabalho frente à crise do sistema de saúde que já existia mesmo antes do início da pandemia da COVID-19:

*“[...] a gente depende muito das políticas sociais. A gente trabalha muito com as políticas sociais, com os programas e projetos sociais e filantrópicos, enfim. Então, tem muita coisa que, no governo atual, a gente não consegue fazer já há algum tempinho, alguns aninhos a gente não consegue fazer muita coisa porque está..., agora então, com a pandemia está muito pior. A gente não consegue nem encaminhar muito pra rede filantrópica porque até essa já estão, numa situação complicadíssima. Na verdade, antes da pandemia já estava grave e agora ficou mais grave ainda [...]”(Capibaribe).*

Araguaia (saúde do trabalhador) se refere também ao esvaziamento de políticas públicas e à dificuldade de acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com visível irritação pelo fato de se constituir obstáculo ao seu trabalho a partir do momento que ela precisa realizar um encaminhamento para a rede de atenção à saúde:

*“A verdade é essa: com o SUS falido do jeito que está, ele vai buscar atendimento aonde? Esquece atendimento psicológico, psiquiátrico nas CAPS<sup>42</sup>. Esquece! Tem bons profissionais? Tem. Mas as consultas são semestrais. Impossível [...] Eu encaminho [...] E o retorno? “- Eu fui lá e eles me marcaram pra junho”. Um paciente psiquiátrico pode esperar? Eu já perdi dois meses de tratamento da pessoa, aí nessa brincadeira, entendeu? [...]” (Araguaia).*

Capibaribe (gestão) aborda o quanto essa “pressão para trabalhar mal” exercida pela instituição afeta negativamente a saúde mental do trabalhador:

*“[...] A gente está com um índice absurdo de negativas de direitos sociais, de acesso a recursos previdenciários, de acesso a bolsa de alimentos (uma coisa que era do voluntariado, tá?) Porque não tem número suficiente para atender toda a demanda que aumentou absurdamente! [...] Claro que o sofrimento do paciente que não tem acesso a esses direitos é enorme. Mas o sofrimento da minha equipe [...] O sofrimento de negar e não*

---

<sup>42</sup> Centro de Atenção Psicossocial.

*ter o que fazer, não ter recursos, não ter política pra acessar [...]”(Capibaribe).*

Assim sendo, existe uma enorme distância entre um suposto ancoradouro<sup>43</sup> que o Hospital Amazonas pode representar imaginariamente em razão de seu reconhecimento social como uma instituição de excelência e o cotidiano deste hospital oncológico. Entendo que talvez haja uma correlação entre a organização dos processos de trabalho e o processo de adoecimento por depressão dos trabalhadores a partir da existência de um abismo entre o imaginário de excelência institucional e profissional e o real do trabalho eivado de tantas impossibilidades.

De mais a mais, identifiquei que outras dimensões ocasionam sofrimento nos trabalhadores. No caso de Juruena (retorno), ela narrou que se assustou ao chegar no Hospital Amazonas frente à quantidade de mortes, pois se tratava de algo com a qual nunca havia se deparado antes em virtude da sua pouca experiência profissional:

*“[...] aí a minha primeira experiência foi com paciente jovem que aí, ele se ligou muito, se apegou muito em mim, eu me apeguei também muito a ele. E aí ele queria só ser cuidado por mim. [...] Acabou que ele começou a piorar o estado dele e aí ele foi [...] E aí eu comecei a sofrer com isso e ele com aquela falta de ar, aquela falta de oxigênio... Ele segurava na minha mão, ele pedia ajuda. Ali começou, comecei a sentir, criar uma ansiedade em mim [...]”(Juruena).*

A forma como ela descreve a situação aflitiva de falta de ar do jovem paciente chegou a me mobilizar face a imagem de angústia e impotência diante do sofrimento do jovem e a sua iminente morte. Uma sensação de falta de ar próxima aquela sentida em uma crise de ansiedade. A saída que ela buscou para não lidar com situações similares foi solicitar a transferência da unidade de internação em que estava lotada para um setor de exames de imagens. Então, entendia que não precisaria acompanhar o paciente de maneira tão próxima quanto em um processo de internação.

Apesar de os trabalhadores, ao ingressarem esta instituição, saibam, em tese, que há casos em que a morte é incontornável, a desilusão frente ao trabalho e a instituição se expressam na angústia diante das primeiras vivências de acompanhamento de pacientes terminais que são descritos por alguns dos entrevistados com muita intensidade.

---

<sup>43</sup> Considerando aqui a palavra “ancoradouro” no seu sentido originário quando se referia um local onde o barco parava e era lançada a sua âncora na água.



Em algumas entrevistas, estes relatos foram tão vívidos que me senti não apenas como uma ouvinte, mas transportada até a cena narrada como se eu tivesse testemunhado aquele momento. Um real que põe à prova, inclusive, se algo tão desejado como ingressar na instituição realmente valeu a pena e continua a fazer sentido para eles. Cabe, entretanto, fazer o seguinte adendo em relação ao fato de o trabalhador voltado para os cuidados oncológicos precisar lidar com a morte e o luto. Ambos os casos se tratam apenas de alguns dos elementos, mas não os únicos indicativos que marcam a distância entre o Hospital Amazonas idealizado e o real do trabalho neste hospital.

Em relação à possibilidade de estabelecimento de vínculo afetivo com os pacientes, Indaiá (retorno) narra outro modo de lidar com o sofrimento intenso dos pacientes.

*“[...] No início aqui no Hospital Amazonas, eu não sabia dosar muito o quanto de envolvimento ter com aquelas famílias e com aqueles pacientes, então assim, acontecia muito de ler a história, saber dos casos, se envolver com a família, chorar a cada internação, a cada complicação, cada óbito. Era assim do tipo de ficar chorando de soluçar. [...] eu fui criando barreiras, assim, de proteção. Comecei a ouvir, ouvir menos das histórias ou quando ouvia, tentar levar pro lado o mais profissional possível pra tentar não sofrer muito. E ficava tentando manter um distanciamento saudável que fosse pra mim, que fosse pro paciente, mas ao mesmo tempo tentar não ficar tão fria, tão, tão distante mesmo. Deu certo, assim, deu muito certo e eu acho que eu consegui chegar num meio termo [...]” (Indaiá).*

Nesse ponto, me chamaram a atenção duas expressões empregadas por Indaiá (retorno). A menção ao fato de que no início de seu trabalho “não sabia dosar muito o quanto de envolvimento”, expressando a imagem de possibilidade de graduar conscientemente a intensidade do afeto que viesse a ser estabelecido com pacientes e familiares. Outra expressão interessante é ela dizer que foi “criando barreiras” para se referir ao que seriam as suas próprias defesas necessárias para lidar com duplo sofrimento: do paciente e dela própria.

Nessa mesma linha adotada por Indaiá (retorno), Cajari (retorno) diz ter procurado não estreitar o relacionamento com alguns pacientes. A diferença é que faz referência a um grupo específico de pacientes que são as crianças. Então, ela afirma:

*“Eu não tenho relação, assim, extra, assim, fora do Hospital Amazonas. Mas eu tento sempre conversar. Porque, assim, algumas vezes, a gente teve vínculo, com as crianças...”*

*Passaram algumas crianças lá bem, bem especiais, depois acaba morrendo. Então, assim, eu preferi tentar cortar um pouco isso. Não me envolver tanto porque teve um menininho que até hoje eu tenho vídeo dele, aqui, no celular. Ai é bem pesado. Porque parece que aqueles que você mais tem vínculo. Ai depois acontece alguma coisa ruim [...]” (Cajari).*

Ao se referir que pode acontecer “alguma coisa ruim”, Cajari (retorno) está se referindo ao óbito após o estabelecimento de vínculo com o paciente. Trata-se de situações particularmente dolorosas que ocorrem, no setor de pediatria e que podem impactar emocionalmente, especialmente aqueles que têm filhos da faixa de idade das crianças internadas. Portanto, não se “envolver tanto” não implica em endurecimento no modo de cuidar do outro, mas uma busca de se resguardar um pouco deste sofrimento.

## 6.2 OS PROCESSOS DE TRABALHO: ENTRE SILÊNCIOS E CEGUEIRAS

*“[...] “- Vamos fazer uma reunião. Vamos ouvir vocês!” E depois nada é considerado do que é falado. Faz o que a gestão acha que tem que ser feito. Eu acho que os trabalhadores têm que ser ouvidos [...] ” (Capibaribe)*

Até aqui, vimos discutindo algumas fontes de sofrimento para os trabalhadores. Neste tópico, questiono em que medida os trabalhadores têm não apenas as causas desse sofrimento, mas o sofrimento propriamente dito reconhecidos pela instituição como um todo. Por isso, o título deste subitem se referir aos silêncios dos trabalhadores estabelecidos voluntariamente ou por constrangimentos externos, e os modos como a instituição demonstra não enxergar as demandas desses sujeitos.

Baltazar (2016) assinala que, no contexto dos hospitais públicos federais, há uma conjugação, em uma única instituição, de diferentes modos de gestão (taylorismo, tecnoburocrático, gestão de excelência, humanização) que impactam na complexidade de relações estabelecidas entre os profissionais e o hospital. Segundo Baltazar:

*[...] o sofrimento psíquico no trabalho tem íntima relação com a impossibilidade de os profissionais questionarem e se interrogarem sobre as tensões e os conflitos produzidos no processo de trabalho em saúde, impedindo a construção de novos e singulares modos de realizar o trabalho, que se reflitam em modos de cuidado ao paciente. São esses processos macro e micropolíticos do trabalho em saúde que precisam ser incorporados na análise do sofrimento psíquico no trabalho, ultrapassando sua análise restrita a vivência individual do profissional [...] (BALTAZAR, 2016, p. 44)*

É fato que a rotina de atividades em instituições hospitalares, especialmente, em serviços de urgência, unidades de cuidados intensivos, emergência ou ambulatório dificulta a realização de reuniões. As decisões precisam ser tomadas com agilidade (em tempo oportuno) e uma vez que não haja gestões colegiadas, resta pouco espaço para a fala e escuta voltadas para os trabalhadores direta ou indiretamente ligados à assistência. Por essa razão, quando iniciei o campo de pesquisa, baseada na minha vivência profissional e na pesquisa bibliográfica, já tinha ideia que esse precisaria ser um aspecto a ser abordado com os sujeitos da pesquisa. Observei, então, que, realmente, existem reuniões institucionalizadas que ocorrem sistematicamente há tempos, no Hospital Amazonas. São essas: reuniões entre chefias de determinadas categorias profissionais e os seus pares; reuniões intersetoriais realizadas por algumas comissões, reuniões de chefias e direções.

Contudo, apesar de existirem reuniões instituídas formalmente, estas apresentam uma função objetiva e pragmática de resolução de problemas imediatos. A meu juízo, entendo a relevância de reuniões de equipe não apenas para dar este continente aos trabalhadores, como também para propiciar um maior entrelaçamento dos laços sociais, oportunizando cooperação e solidariedade, ou seja, possibilitando um suporte mútuo necessário às equipes para o enfrentamento dos transbordamentos institucionais. Chamo de transbordamentos institucionais a todos os excessos de regras, protocolos e ‘mandos’ (ou comandos) que não fazem sentido para os trabalhadores, apenas os pressionando na realização de um trabalho massivo e destituído de significados para os envolvidos.

Identifiquei, entretanto, que majoritariamente as queixas manifestas pelos sujeitos entrevistados se deram em torno do formato das reuniões já existentes. Primeiramente, porque dependendo da categoria profissional, essas reuniões são muito hierarquizadas e voltadas apenas para informes sobre decisões já tomadas por seus superiores hierárquicos. Indaiá (retorno) comenta as reuniões que costuma participar acerca do seu formato e frequência:

*“[...] Em relação às reuniões de serviço, até há com a própria chefia, mas não é uma coisa... É mais por demanda, por necessidade de discutir um assunto ou quando a gente tem alguma sessão clínica, mas não é assim uma reunião específica, uma data específica pra ter reuniões. É muito de acordo com a necessidade interdisciplinar. Não. Não tem muito. Não tem a nível de rotina a não ser que seja uma coisa muito específica também, mas é raro. É raro acontecer [...]” (Indaiá).*

Ademais, mesmo quando as lideranças são afeitas a escutar as suas equipes, conforme esses sujeitos entrevistados, é comum o receio de posicionamento de opiniões de modo a ficarem expostos e poderem vir a sofrer futuramente perseguições por colegas e chefias. Esse dado me alerta considerando que, no caso, todos são profissionais entrevistados, como já sabido, são concursados. Então, mesmo o vínculo empregatício não sendo precário, eu suponho que as relações interpessoais podem se tornar precarizadas no sentido de fragilizadas pelas disputas de poder. A estabilidade do vínculo empregatício pode se tornar um problema se o trabalhador se sentir ameaçado por um colega, chefia ou mesmo um grupo já que dificilmente teria como mudar de setor ou mesmo de unidade hospitalar, nesta instituição. Essa é uma enorme contradição posto que o vínculo empregatício que dá estabilidade durante as tormentas do mercado de trabalho, pode atar as mãos do empregado em determinadas circunstâncias. Como explicita Canindé (assistência) sobre as reuniões da sua categoria profissional:

*“[...] eu acho que tem pouco espaço formal pra troca. A reunião xx (cita o nome da categoria profissional), por exemplo, ultra protocolar. Eu acho de uma pobreza administrativa porque ninguém quer se expor, ninguém quer falar o que é difícil. É isso [...]” (Canindé).*

Parece-me que um dos efeitos do quanto esses diferentes modos de gestão afetam as interrelações são estabelecidas, no hospital, é que por mais que cheguem até os trabalhadores, propostas de inovações no campo da gestão do cuidado, algumas vezes, não são bem aceitas pela instituição (DINIZ e TEIXEIRA, 2016). Os trabalhadores e gestores acabam não aderindo ao que lhes parece imposto, isto é, sem uma construção coletiva prévia, por melhor que a proposta possa lhes parecer (CECÍLIO, 2007).

Estes modos de realizar a gestão são percebidos por Canindé (assistência) da seguinte forma:

*“[...] O Hospital Amazonas tem uma organização de trabalho taylorista, fordista, não lembro bem qual dos dois era, mas, assim, uma coisa muito mecanizada. Quarenta horas diante do paciente oncológico é muito tempo. Eu falei: “- Vamos pensar. Vamos pactuar trinta horas semanais, dez horas pra fazer um curso, fazer em outra instituição” “- Não! Você são quarenta horas!” [...]” (Canindé).*

Vários dos sujeitos entrevistados sinalizaram identificar o quanto investem física e psicologicamente na realização do cuidado oncológico, porém, identificam também que não haveria uma preocupação com os trabalhadores e sua saúde, no âmbito institucional.

Embora exista um serviço instituído formalmente para atuar com a saúde do trabalhador, no Hospital Amazonas, a impressão que passa é que este se encontra apartado de todo o restante da instituição. A começar pelo fato de se encontrar geograficamente distante de todo o complexo hospitalar. Pareceu-me sintomático que uma instituição do porte desta instituição não conte com profissionais em quantidade o suficiente para descentralizar a vigilância em saúde do trabalhador em suas diversas unidades. Como o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores se encontra subordinado à Gestão de Pessoas do Hospital Amazonas, é comum que se confunda com a função deste Núcleo com a de um departamento pessoal voltado para controle de frequência, licenças, etc. ou simplesmente de perícia médica.

A partir das entrevistas realizadas observo, pois, que o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores do Hospital Amazonas apresenta características muito próximas daquelas identificadas por Santos (2010), citada anteriormente, em sua investigação acerca dos espaços de intervenção em saúde do trabalhador, no município do Rio de Janeiro. Santos (2010) assinala a predominância de atividades de perícia médica, a reprodução de modelo assistencial clínico (e de medicina do trabalho), a pouca escuta dos trabalhadores como sujeitos, dificuldade de formação de equipe multiprofissional qualificada, baixa autonomia entre outros.

Por esse motivo, os trabalhadores acabam tendo uma visão muito crítica em relação ao papel do referido Núcleo. Iguacu (assistência) questiona o papel deste serviço, especialmente na pandemia quando foi orientado que os trabalhadores não levassem a documentação até o espaço físico do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, mas que enviassem tudo por e-mail. A sua questão vai na direção de que no momento que precisavam contar com o apoio do serviço de saúde do trabalhador não poderem chegar até o mesmo. Ao passo que quando não havia pandemia, os trabalhadores se viam obrigados a levar toda a documentação até este local que fica distante geograficamente do complexo hospitalar.

*“[...] Então, foi engraçado, durante a pandemia, a primeira coisa que eles lançaram, foi assim “- Não venha na rua XXX” (onde fica o prédio do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores). Não venham aqui. Manda tudo por e-mail [...] “É ridículo! E é um papel que você tem só entrega, lá, o cara carimba e acabou, se você falta. Você tem que andar horrores. Se você é de outra unidade, você tem que sair da sua unidade pra ir lá entregar*

*[...] E, assim, conforto zero pro servidor. [...] Aí, agora, por conta da pandemia, eles não quiseram ninguém do hospital lá dentro. Nós éramos, assim, os... trazendo a cultura hindu pra cá, nós éramos os ‘dalits’. Ninguém queria saber, os impuros, ninguém queria saber de você lá dentro entregando. Eu só achei graça dessa questão [...]” (Iguaçu).*

Estes aspectos mencionados por Iguaçu (assistência) sinalizam, mais uma vez, o quanto de cegueira institucional existe em relação às necessidades e demandas dos trabalhadores. Além do mais, para Iguaçu (assistência), o fato de não receber os trabalhadores no momento que eles mais precisavam (durante a pandemia) soou como discriminação. A comparação que Iguaçu (assistência) faz entre os trabalhadores e os ‘dalits’ (impuros) é muito significativa porque diz respeito não apenas ao fato de isolar os trabalhadores do próprio Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, como de reforçar a estigmatização que os trabalhadores de saúde vinham sofrendo, na ocasião da pandemia, ao serem considerados aqueles que disseminavam o vírus. Na minha percepção, em que pese que foi a única pessoa entrevistada que falou a este respeito, o seu ressentimento quanto a esta situação me pareceu pertinente. De fato, o contexto conturbado de início da pandemia era o momento que os trabalhadores mais precisavam de um porto seguro, de um lugar de referência para cuidar/ampará-los o que não encontraram de imediato (mesmo sabendo que todos estavam foram perpassados pelas mesmas incertezas e dúvidas quanto ao trabalho e a vida).

Além do mais, o fato de o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores estar vinculado à Gestão de Pessoas, segundo Abaeté (saúde do trabalhador), acabava induzindo a não procura por alguns trabalhadores que que apresentassem questões relacionadas à saúde mental:

*“[...] muitas vezes, a gente não tem nem conhecimento porque não é todo profissional que passa pela, pela perícia ou junta médica que passa pela psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores [...] o próprio profissional não quer [...] Muitos profissionais fantasiam, como nós estamos ligados ao RH, o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, de repente, nós temos assim um vínculo com a chefia. Já as chefias nos veem, muitas vezes, como os protetores dos profissionais, quase como sindicalistas que tamos ali lutando pelos os benefícios deles. Então, a gente tá sempre nesse meio, vistos às vezes, com certa desconfiança [...]” (Abaeté).*

Assim, por esta perspectiva, o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores acaba tendo a sua

missão comprometida pelas desconfianças suscitadas por ambos os lados: os trabalhadores da assistência e os trabalhadores da gestão. Do ponto de vista de Mapuá (gestão) vinculada ao serviço de psicologia, a distância física deste Núcleo e a urgência da situação de sofrimento do colega, justifica o porquê alguns casos não chegam ao serviço de saúde dos trabalhadores, pelo menos, não de imediato.

*“[...] Não cabia chamar o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores porque, na verdade, a gente está separado fisicamente. A gente está aqui dentro do hospital que é no XXX (cita o endereço do hospital) e os profissionais do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores ficam no XXX (cita o endereço do referido Núcleo). Então, não dá! Então, algumas situações a verdade é que a gente acaba atendendo, mesmo que, num segundo momento, isso seja encaminhado pro Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Então, situações de emergência, nós atendemos, ligada aos profissionais. E eu acho importante essa primeira acolhida ao colega [...]” (Mapuá).*

É compreensível que pela insuficiência de pessoal de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, além da distância física em relação às demais unidades justifique que os trabalhadores busquem os psicólogos que atuam em seus serviços (ou de outros serviços) com quem já tenham estabelecido algum vínculo. Entretanto, o fato de estes casos não chegarem a saúde do trabalhador, acaba sendo muito conveniente para a instituição que segue sem reconhecer ou dar visibilidade à demanda por assistência em saúde mental dos trabalhadores. Em outras palavras, para a instituição, implicaria reconhecer o sofrimento e adoecimento psíquico de seus trabalhadores.

Mas me parece que a própria Mapuá (gestão) busca outros argumentos para justificar essa não procura dos trabalhadores pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e que acabam servindo bem à instituição:

*“[...] E também tem situações aonde o profissional, isso é um dado importante, ele não quer ir ao Núcleo de Saúde dos Trabalhadores porque ir a este Núcleo, por exemplo, quando eu escuto um profissional e identifico ali um sofrimento psíquico, evidente que esse profissional precisaria de um acompanhamento, de um trabalho psicológico e isso implica dizer que este profissional terá que ter horas disponíveis, na sua carga horária, para justamente fazer esse acompanhamento psicológico e isso é um grande entrave. Porque a chefia precisa fazer a liberação desse profissional pra que ele faça o atendimento. E aí,*

*muitas vezes, o que acontecia, era isso, já estou aqui dentro do Hospital Amazonas fazendo acompanhamento com algum profissional daqui, você não precisa sair do seu canto de trabalho. Você está dentro do mesmo espaço! [...]”(Mapuá).*

Isso significa que, para além de possíveis desconfiâncias em relação ao Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, como enunciada por Abaeté (saúde do trabalhador), há também uma questão argumentada por Mapuá (gestão) que é de ordem prática e diz respeito à própria logística do trabalhador se ausentar do trabalho para buscar apoio psicológico ou resolver outras questões, precisando se deslocar para um local distante geograficamente de seu serviço. Por isso, é comum que os psicólogos da instituição acolham colegas em sofrimento e procurem dar alguma destinação a essa angústia, seja fazendo alguns atendimentos, seja encaminhando para fora da instituição para atendimento psicoterápico. Mas o que me parece importante ressaltar é o quanto os trabalhadores em sofrimento se veem tão assoberbados de trabalho, envolvidos em seus processos de trabalho, que consideram mais conveniente ser escutados pelo próprio colega, dentro da unidade hospitalar. Ademais, cabe enfatizar que as questões logísticas podem ser contornadas ou minimizadas quando há vontade política para que tal aconteça.

Na instituição, não há espaços para que esses trabalhadores possam fazer uma “descompressão” em meio a um trabalho cuja especificidade está relacionada à maior sofrimento psíquico (SÁ, 2009). Aramá (assistência) acredita que o cuidado oncológico exige um esforço enorme do trabalhador e relaciona possíveis causas para tal:

*“[...] Eu considero que tenha esse peso porque é uma carga horária ali, juntinho, com a dor física. Então, a gente lida com um paciente que sente dor. Então, ele sente dores físicas e aquele medo da morte. Então, lidar com óbitos. Você já atende o paciente e dependendo do diagnóstico, você já sabe qual vai ser o percurso da doença. Você já sabe como... então, você se lida com a dor da família. Você lida com as dificuldades do usuário. [...] Então, lá, a gente não tá lidando com sorrisos. A gente acaba lidando com dores, desespero, morte. Então, é pesado [...]”(Aramá).*

Indaiá (retorno) também assinala o quão é difícil trabalhar com o cuidado oncológico, e, por esse motivo considera necessário que a instituição tenha uma maior atenção à saúde mental do trabalhador:



*“[...] E trabalhar com oncologia é difícil, é muito difícil. A gente trabalha vendo dor e sofrimento o tempo todo. Então, eu acho que você tem que está fortalecido também, nessa questão emocional pra conseguir encarar a oncologia, o trabalho, o mercado de trabalho, as rivalidades, essas questões de uma forma mais, não sei se mais leve, mas de uma forma mais madura [...]” (Indaiá).*

Quando Indaiá (retorno) se refere à possibilidade de conseguir “encarar a oncologia, o trabalho, o mercado de trabalho, as rivalidades”, ela nos sinaliza que para além do trabalho em assistência oncológica em si, há outros aspectos que contribuem para esse adoecimento e que são perpassados pelo contexto social (“mercado de trabalho”, “rivalidades”). Estes aspectos se relacionam à “banalização da injustiça social” (Dejours, 2007) cujos efeitos incidem diretamente sobre inúmeras situações vivenciadas por muitos trabalhadores, entre elas, o assédio moral.

A necessidade de cuidar do trabalhador de saúde para que este tenha condições psíquicas de prestar um cuidado oncológico e poder lidar melhor com o real do trabalho também emerge na fala de Barigüi (assistência):

*“[...] Então, eu acho que é uma instituição de uma relevância tão grande, de profissionais que lidam com uma doença tão violenta, ingrata. Uma doença que corrói as pessoas, corrói a família. São tratamentos longos, dolorosos que, muitas vezes, vão mutilando as pessoas aos poucos, física, emocionalmente, espiritualmente. Então, acho que todo profissional de saúde precisa ter essa retaguarda [...]” (Barigüi).*

Cajari (retorno) sugere que este cuidado com a saúde do trabalhador pode acontecer a partir de um espaço voltado para o mesmo:

*“[...] O Hospital Amazonas é, realmente, um lugar muito difícil de trabalhar [...] eu não sei como é as taxas de adoecimento por questão de problema psiquiátrico, mas deve ser altíssimo porque realmente, a gente lida com muitos casos difíceis. Então, assim, muitas vezes casos muito semelhantes, você se coloca sempre ali no lugar do paciente. Poderia ser você, poderia ser um familiar. Então, é um lugar que é muito difícil mesmo. Tinha que ter toda semana, um programa, alguma coisa pro funcionário, realmente, tentar esquecer um pouco e conseguir porque é difícil [...]” (Cajari).*

Capibaribe (gestão) fala do quanto é necessária que a instituição valorize mais a saúde do trabalhador:

*“[...] Mas eu acho que as instituições, em geral, não estou falando do Hospital Amazonas não... estou falando geral. O Hospital Amazonas, inclusive, eu acho que tem uma necessidade, uma urgência de olhar pra saúde dos seus trabalhadores. Não só saúde mental. Também, não só. É porque eu não tenho certeza do que eu vou falar, mas eu imagino que o sofrimento psíquico daqueles trabalhadores, ali na saúde, no Hospital Amazonas que lida diretamente com o sofrimento, com tratamento oncológico que é um tratamento é tão difícil e longo, invasivo, enfim, tem, ‘ene’ fatores que se agregam a fatores da ordem social, econômica que agravam muito. Então, assim, esses profissionais sofrem muito [...]”* (Capibaribe).

Aramá (assistência), Indaiá (retorno), Barigüi (assistência), Cajari (retorno) e Capibaribe (gestão) apresentam em comum o sentimento de desamparo institucional e a necessidade de espaços de cuidado para estes trabalhadores em sofrimento e/ou já adoecidos psicologicamente, o que é um indicativo do quanto a instituição nega ou não valoriza o sofrimento do trabalho no serviço oncológico. Porém, é possível também identificar um olhar biologizante desses sujeitos em relação à problemática do adoecimento. Cajari (retorno), inclusive, menciona a expectativa de haver um programa voltado para uma atenção ao trabalhador de modo que ele possa *“tentar esquecer um pouco”*.

Quando as instituições partem do pressuposto de que precisa tratar e promover o bem-estar dos trabalhadores, é comum que procurem promover intervenções focadas apenas nos sintomas manifestos dos mesmos, como terapias, meditações, ginásticas laborais, espaços de recreação. Uma vez adotando exclusivamente estas estratégias, a gestão se exime de suas responsabilidades sobre os processos de trabalho, os modos de gestão e sobre as pressões realizadas nos trabalhadores no sentido de alcançarem metas e produtividade.

Portanto, é preciso que haja um programa alinhado a uma política institucional que transcenda ações pontuais, em geral, individualizadas. Uma política institucional que precisaria, então, cartografar todos os processos de trabalho, seus fluxos e seus pontos de convergências e/ou divergências, sem deixar de contemplar o que os trabalhadores têm a dizer sobre o assunto.

Uma situação de extrema cegueira da instituição em relação aos trabalhadores foi descrita por dos sujeitos entrevistados. Segundo Barigüi (assistência), a inexistência de uma

política institucional de saúde mental que contemple os trabalhadores de saúde pode levar a um desconhecimento sobre o real contingente de pessoas que adoecem psiquicamente. Ela traz, então, a situação dramática de trabalhadores que foram se desvinculando da instituição sem que esta percebesse o que está acontecendo a ponto de somente descobrirem que a pessoa está internada em hospital psiquiátrico ou que simplesmente não estava sob nenhum tipo de cuidado quando o setor de Recursos Humanos detectava o número de faltas, no trabalho. Somente quando isso era detectado, é que se fazia uma busca ativa dessas pessoas, o que não era procedimento fácil tamanho o esfacelamento dos laços sociais e dada à conjuntura de escassez de recursos do próprio Hospital Amazonas (falta de transporte, por exemplo):

*“[...] Sim, tivemos. Tivemos alguns poucos casos, pra mim, talvez não explícitos, mas de tamanha fragilidade, daquele servidor, de alimentação, de cuidado, de ir se desvinculando de tudo. Não ia mais nas perícias, não atendia mais os telefones, isolamento. Já não estava ligando se ia ser exonerado ou não [...]” (Barigüi).*

O caso que mais me chocou quanto ao nível de invisibilidade do trabalhador, na instituição, foi o que só chegou ao conhecimento de Barigüi (assistência) porque o setor de pagamento detectou um número de faltas desse sujeito acima do limite. Este trabalhador se encontrava afastado por adoecimento psíquico e chegara a se internar sem dar notícias. Observo que este fato traz dois indicativos importantes acerca da instituição. Primeiramente que é preciso buscar as causas de um serviço voltado para a vigilância em saúde do trabalhador não monitorar e ter conhecimento acerca dos casos de afastamento por adoecimento psíquico. Depois, o quanto a vinculação afetiva desse trabalhador com os colegas e chefias, encontrado, nestas condições, havia se deteriorado a ponto de não notarem o seu sumiço, o que faz lembrar Bauman (2008) em sua discussão sobre a construção da subjetividade na sociedade contemporânea e o esgarçamento dos laços sociais. Uma sociedade que valoriza o individualismo, o empreendedorismo (ERHENBERG, 2010) e levou para as instituições públicas de saúde, uma lógica gerencialista focada nas metas, na qualidade, na produtividade (GAULEJAC, 2007) que perpassam as instituições, os grupos e os sujeitos. Sob este enfoque, se o trabalhador não é capaz de “produzir”, então, não merece um lugar na instituição, cabendo-lhe apenas a invisibilidade e a mudez frente à instituição, seus pares e gestores.

A lógica gerencialista se expressa também no modo como vem se dando a condução

de reuniões e outras formas de encontros de profissionais, privilegiando uma comunicação instrumental e pragmática para tratar de assuntos administrativos, dar informes, combinar fluxos, discutir casos. Com isso, muito pouco se deixa de espaço e de tempo para reflexões sobre o cotidiano de trabalho, como afirma Baltazar:

[...] A gestão se organiza como se o objeto de trabalho do profissional de saúde pudesse ser pensado dentro de uma lógica material de controle dos corpos, afetos e dos atos daqueles que usam de si no atendimento as necessidades de saúde da sociedade [...] (BALTAZAR, 2016, p. 41)

Assim, Tapajós (gestão) comenta como vem conduzindo as reuniões do setor que gerencia:

*“[...] É mais reuniões pra falar de problemas pontuais, de que forma que a gente poderia melhorar, pra falar de um treinamento de um equipamento novo. São, assim, agora, pra bate-papo informal, não [...] Só quando tem algum problema: “Olha, está acontecendo uma questão com o equipamento ‘xis’ [...] “Então, a rotina ‘ípsilon’ não está sendo totalmente cumprida. O que que a gente poderia fazer pra melhorar?” São reuniões, mas a nível do setor, a nível pra falar mesmo da instituição. Nada pra falar dele. Pra falar deles é quando eu chamo individualmente quando eu percebo a necessidade [...]” (Tapajós).*

Ao chamar individualmente para conversar, parece que Tapajós (gestão) tenta tamponar essa ausência de espaços para trocas e interações entre os trabalhadores através de um espaço individual de escuta, quando observa que o trabalhador que está sob a sua gestão precisa de algum suporte. É um modo delicado e sensível de não se dobrar às rotinas institucionais e flexibilizar a presença do trabalhador em sua gestão.

Capibaribe (gestão), por sua vez, também fala de outro modo de conduzir a sua gestão:

*“[...] Eu sempre tento imprimir, na minha gestão, um viés mais democrático possível. E a minha equipe é bem assim. As outras chefias também tinham essa prática de discutir as questões em equipe e eu tento fazer isso, o máximo possível. Tem decisões que não têm como, que a gente tem que decidir, inclusive, na hora, tem que dar resposta ali. Agora, o que diz respeito à equipe, aí sempre tenho que levar pra reuniões. A gente tem reunião agora também. Isso diminuiu no Hospital Amazonas por conta da pandemia, mas assim,*

*historicamente, no serviço, a gente teve reunião uma vez por semana, toda xx (cita o dia da semana) à tarde, entendeu? Porque isso facilita a nossa integração. Facilita esse processo democrático que eu coloquei pra você.” (Capibaribe).*

É possível vislumbrar em Capibaribe (gestão) um esforço de não reproduzir a prática de gestões centralizadoras, na instituição. Porém, esta visão da gestão é contraditória em relação a visão de quem se encontra na assistência. como Tefé (assistência):

*“[...] Com a reunião. Então, assim, não tem espaço! Os médicos continuam se reunindo em mesas redondas. Nós continuamos nos reunindo em nossos serviços. A psicologia, a deles. A enfermagem tem lá os processos. Mas acho que a gente perdeu, inclusive, a possibilidade de estar conversando com o Comitê de Gerenciamento da Crise da Pandemia [...]” (Tefé).*

Içá (saúde do trabalhador) verbaliza que trabalha com uma equipe multidisciplinar, mas paradoxalmente, ao se referir a um determinado processo de trabalho, diz que cada categoria cuida dos seus relatórios. Acerca dessas reuniões intersetoriais, Içá (saúde do trabalhador) relata:

*“[...] Quando nós temos esse tipo reunião geralmente quem vai representando sou eu ou o meu substituto. E aí sim é recorrente. Tanto com a direção geral quanto com a coordenação de assistência, quanto a divisão de enfermagem. Aí sim, mas não vai a equipe toda não. Geralmente, vou eu ou meu substituto. Se tem um assunto que é muito específico, aí sim, a gente chama alguém daquela área pra ser o técnico [...]” (Içá).*

De qualquer forma, o que se observa nestes pontos abordados é um trabalho bastante fragmentado e pouco compartilhado. Apesar disso, há esforços de algumas lideranças para que discussões possam ser feitas coletivamente, mesmo que não sejam permanentes. Na instituição, por exemplo, chegou a haver movimentos dos trabalhadores para lidar com o assédio moral, constituindo, para tal, uma comissão. Entretanto, essa comissão não mais existe e são diferentes as percepções sobre o que teria ocasionado esse término, como pode ser observado nas falas que se seguem.

Barigüi (assistência) entende que uma comissão de combate ao assédio moral integra o rol de projetos institucionais que não foram adiante porque mobilizava grupos de

trabalhadores para discussões difíceis de serem realizadas como:

*“[...] direitos dos trabalhadores, não só, não apenas a escuta, mas que tivessem a incorporação dessa temática dos direitos, aí incluído assédio moral, aí incluído as condições de trabalho. Um espaço para fazer essa mediação entre a questão do direito e adoecimento [...]” (Barigüi).*

Além do mais, para que uma comissão possa funcionar e atuar efetivamente é preciso que a instituição esteja aberta para o estabelecimento de debates, conflitos, consensos e dissensos características de estruturas democráticas. Será que esta instituição teria maturidade o suficiente para lidar com as propostas de uma Comissão de Combate ao Assédio?

Barigüi (assistência) assinala o quanto é difícil tratar dos direitos dos trabalhadores:

*“[...] falar de direitos sempre foi um pouco tabu ali naquela instituição, entendeu? Então, estes espaços de conversa, de diálogo, que extrapolasse a questão somente do eu, e levasse pra uma coletividade era um trabalho difícil [...]” (Barigüi).*

Contrariamente à percepção de Barigüi (assistência), na opinião de Içá (saúde do trabalhador), a comissão não chegou a ser desfeita, mas apenas aguarda alguns atos administrativos para dar prosseguimento ao trabalho:

*“[...] O que eu tenho conhecimento é que o Hospital Amazonas já teve uma comissão de assédio moral, essa comissão está suspensa atualmente porque falta aprovar o regimento interno dela e publicação de portaria [...]” (Içá).*

Ao passo que para Abaeté (saúde do trabalhador), este término foi algo definido pelo próprio grupo que integrava a referida comissão:

*“[...] Perdemos a equipe toda que compunha, todos os integrantes da equipe de assédio moral que existia. E toda equipe pediu pra sair dessa comissão porque que via não estava conseguindo realizar nada. Não tinha, digamos assim, não conseguia o respaldo institucional pra fazer o que tinha que ser feito [...]” (Abaeté).*

Enfim, as opiniões sobre o término de uma Comissão voltada para discutir o assédio moral são distintas, mas o mais importante é podermos observar que para que os coletivos de trabalho se sustentem é preciso que os trabalhadores estejam reunidos em torno de um projeto comum, algo difícil de ocorrer em uma instituição que estabelece tantas muralhas hierárquicas. Como diz Lhuilier (2005):

[...] A pertença a um coletivo de trabalho solicita a elaboração de uma maneira de ser e de fazer com os outros na diferença a fim de que possa ser reconhecido aquilo que especifica cada um na sua contribuição para o projeto comum. Esta elaboração coletiva é tornada possível graças a uma sustentação em apoio mútuo em que se experimentam a unidade e a divisão, a pertença e a autonomia [...] (LHUILIER, 2005, p. 212).

Será que a instituição está disposta a dialogar e buscar proposições para lidar com um tema tão espinhoso quanto do assédio moral aos trabalhadores? Em relação ao modo de funcionamento dos coletivos de trabalho, nos serviços de saúde, Baltazar (2016) observa que:

[...] A natureza reflexiva do processo de trabalho em saúde não se reflete em modos de gestão que trazem à cena as singularidades que o ato de cuidar e atuar sobre a doença, dor e sofrimento das pessoas traz para o profissional de saúde em seu processo de trabalho cotidiano [...] (BALTAZAR, 2016, p. 41).

Capibaribe (gestão) nos fala sobre a necessidade desta muralha institucional ser rompida o que poderia ocorrer se os trabalhadores conseguirem romper os silêncios e serem enxergados. Se os trabalhadores tivessem o valor do seu trabalho reconhecido, se pudessem participar mais das discussões sobre os rumos de seu trabalho juntamente com os gestores, para Capibaribe(gestão), essas barreiras começariam a ser rompidas:

*“[...] a gente também quer ser tratados de maneira mais humana. Olhando pra gente não como força de trabalho do Hospital Amazonas, não de colaboradores que, agora, a nova onda, é ‘colaboradores’ [...] Não somos colaboradores apenas. Nós somos trabalhadores que temos uma psiquê, que temos que ter um envolvimento afetivo, nesse processo. Isso é uma outra coisa: não somos robôs. A gente tem que ter envolvimento ativo, nesse processo, a gente tem que ser respeitado por isso, a gente tem que ser ouvido e não ouvido: “Vamos fazer uma reunião. Vamos ouvir vocês!” E depois nada é considerado do que é falado. Faz o que a gestão acha que tem que ser feito. Eu acho que os trabalhadores têm que ser ouvidos, de verdade...Eu acho que o processo de decisões mais democráticas é*

*importante e é isso o trabalhador do Hospital Amazonas, ele não é visto como um todo. Ele é visto como uma força de trabalho [...]” (Capibaribe).*

Quando Capibaribe (gestão) enfaticamente diz que a fala dos trabalhadores precisa ser respeitada e que não basta fazer reuniões para ser ouvido, “mas ser ouvido” está se referindo ao fato que este ato implica em que o trabalhador tenha a sua voz valorizada, efetivamente escutada e reconhecida de modo a contribuir para o coletivo do trabalho. Todavia, Capibaribe (gestão) entende que, para tanto, as reuniões precisariam se dar de forma mais democrática, como os trabalhadores sendo tratados não como mera “força de trabalho”, mas como sujeitos. Como assinala Cecílio (2007), nessa concepção de gestão de pessoas, de gestão de “força de trabalho”, se encontra implícita uma visão instrumental do homem resultante das abordagens da Teoria Geral da Administração e suas “escolas”. Em outras palavras, a instituição gerencia os trabalhadores, como se gerencia os materiais, os equipamentos e os medicamentos. Assim, me parece muito difícil para a instituição romper com essa lógica tradicional de administração para lidar com os trabalhadores.

Apesar de a gestão se mostrar, muitas vezes, centralizadora através de uma lógica de redução da construção de espaços de trocas de experiências, como as reuniões de equipe, os sujeitos e os grupos resistem. Tenho como hipótese que há sempre brechas na muralha que representa estas formas de controle da instituição. Por isso é comum observar o uso dos corredores (e copas) como lugares de encontros furtivos para comentários sobre o que acontece nas “entranhas da organização”, as “novidades” do dia, os momentos de “sucessos pessoais” (nascimentos, formaturas de filhos) e trocas afetivas. Aquelas conversas conhecidas como “rádio corredor” e que constituíam espaços denominados por Roussillon (1991) de “espaços intersticiais”. Esclareço que os espaços intersticiais são necessários aos trabalhadores e se caracterizam por se constituírem um espaço de separação entre a carga horária trabalhada e o tempo “vivido subjetivamente”; um “espaço transicional” e, do ponto de vista econômico, “o interstício, tal como a câmara de escape dos submarinos, é o espaço-tempo no qual se realizam, de maneira espontânea, os renivelamentos psíquicos e as regulações de tensões energéticas que supõem” (ROUSSILLON, 1991, p. 141). Canindé (assistência) exemplifica com neste trecho de seu relato:

*“[...] Olha, informalmente, temos. Informalmente, às vezes, eu vou tomar um café, às vezes com a minha chefe, aí falo: “- Oh tem um caso difícil...” E aí, informalmente, nós trocamos. Com os residentes, a gente troca mais. Eu gosto demais de ser preceptora de*



*residentes porque eles vêm com umas perguntas muito legais. Assim faz a gente repensar o trabalho [...]” (Canindé).*

Em relação aos processos de trabalho, também considero bastante intrigante observar que trabalhadores da assistência e alguns dos gestores entrevistados têm a nítida percepção (ainda que seja, para alguns, apenas empiricamente) de um possível aumento de trabalhadores da instituição que estão adoecendo psicologicamente. Contudo, apesar do Hospital Amazonas contar com mais de um sistema informatizado de informação, não parece ser tarefa fácil mapear quantos trabalhadores se encontram afastados e as causas destes afastamentos. O processo todo costuma ocupar muitos procedimentos da equipe que monitora estes dados. Segundo Iriri (saúde do trabalhador) alguns desses sistemas não se interconectam diretamente, e que por este motivo, talvez não sejam os mais adequados para a emissão de relatórios, demandando conseqüentemente um esforço maior para reunir os dados e analisá-los:

*“[...] É preciso a gente fazer o cruzamento de várias informações pra que a gente consiga identificar um setor. Ele traz informações mais macro e aí a partir disso, a gente conseguia, às vezes, por próprio pedido de uma determinada área, a gente conseguia fazer ali um serviço mais pontual. Mas assim, não é, não era tão simples. O sistema não é tão amigável nesse sentido da gente conseguir dele trazer esse relatório, mapeando quais unidades hospitalares ou quais serviços a gente enxergar, assim, onde que tá o maior índice de afastamento [...]” (Iriri).*

Iriri (saúde do trabalhador) se refere, então, a como é possível extrair alguns dados para a produção de informações:

*“[...] então, a gente consegue saber, por exemplo, os CID<sup>44</sup>s que mais estão afastando. A partir disso você consegue montar um gráfico pra acompanhamento de quais meses ou quais CIDs têm se repetido. Você consegue ver categorias que mais estão se afastando e com qual tipo de CID. Mas isso tudo assim ele te dá um bloco de informações e aí daí, fora do sistema, que a gente consegue ter algum tipo de trabalho nele [...] Ele é um sistema de registro. Então, assim não facilita muito pra que a gente consiga ter uma*

---

<sup>44</sup> Código Internacional de Doenças

*agilidade assim no desenvolvimento e uma avaliação dessas questões [...]” (Iriiri).*

Considero essa dificuldade em se chegar aos resultados e a opacidade dos sistemas de informação mais um indicativo (sintoma) do quanto a instituição se nega a enxergar esses processos ou a entrar em contato com a realidade do adoecimento psíquico dos trabalhadores. Isso acaba expondo uma situação conveniente para aqueles que não estão dispostos a mudar esta realidade institucional, ou seja, os gestores da instituição.

Entendo que muitas destas dificuldades estão além da governabilidade institucional porque perpassam o próprio Ministério da Saúde e os seus múltiplos sistemas informatizados de informação que não se articulam entre si. Inclusive, não me parece que isso seja casual porque as informações acabam ficando nas mãos de alguns e mais sujeitas a possíveis distorções. Entretanto, esta conveniência para o MS em manter os dados espalhados em diferentes sistemas acabam encontrando substancial ressonância no Hospital Amazonas. Afinal, existem inúmeras maneiras das instituições organizarem os seus próprios sistemas de informação, e que poderia ser construído a partir de uma escuta às necessidades dos gestores dos serviços, dos próprios trabalhadores e do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores<sup>45</sup>

Enfim, independentemente dos aspectos, até então, mencionados acerca das limitações dos sistemas de informação, Içá (saúde do trabalhador) destaca que, de fato, está havendo esse aumento de casos de adoecimento psíquico:

*“[...] Então, a gente tem percebido pelo sistema que a gente tem tido um aumento de atendimentos relacionados à saúde mental, um aumento de afastamentos relacionados à saúde mental [...]” (Içá).*

Mas o que vem sendo feito com estes dados para melhorar a situação dos trabalhadores? Em outras palavras, quais providências vêm sendo tomadas para evitar, minimamente, que o adoecimento mental avance na instituição?

Segundo Costa et al. (2013), caberia aos atores que atuam na saúde do trabalhador agir coletivamente visando mudanças nos processos de trabalho para melhorias nas condições e ambientes de trabalho. Para tanto, ainda conforme Costa et al. (2013), a abordagem precisa ser inter (trans) disciplinar e intersetorial com a participação dos trabalhadores. Todavia, é muito complexa a constituição de uma equipe inter ou trans

---

<sup>45</sup> Chegou a ser mencionado, em uma das entrevistas, que o Hospital Amazonas já contou com um sistema de informações customizado para a sua realidade e mais “amigável” para os usuários, mas, pelo que pude entender, este não se encontra em uso regularmente.

disciplinar no Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, uma vez que sequer dá conta de constituir uma equipe minimamente multidisciplinar. Aliás, é importante mencionar que uma insuficiência de recursos humanos do Núcleo citado que talvez seja equivalente proporcionalmente à mesma insuficiência de pessoal da área assistencial. Se aparentemente poucos vêm sendo os concursos públicos para ocupar as vagas dos profissionais no campo da assistência, o que dirá para cobrir as vagas de profissionais em um serviço que não se constitui uma área-fim do hospital? O Núcleo de Saúde dos Trabalhadores é considerado um serviço relevante para a instituição ou está ali apenas para responder a algum nível de regulação do MS?

Na visão de alguns trabalhadores e gestores, não se sabe o que o serviço de saúde dos trabalhadores do Hospital Amazonas realiza de atividades efetivamente. Atuba (gestão) comenta a este respeito:

*“[...] O Núcleo de Saúde dos Trabalhadores é visto pelos funcionários como aquele órgão que recebe o atestado. “Ah, eu tenho que marcar ida à saúde do trabalhador pra levar meu atestado”. Mas a gente não conhece o trabalho do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, como é que é feito esse acolhimento desse funcionário. Se existe alguma equipe só pra cuidar desses readaptados. Eu acho que não tem. Eu acho que não tem nenhum projeto nessa linha, mas é que eu vejo! Não tenho certeza, entendeu? Não tenho, não [...]” (Atuba).*

De fato, me parece difícil algum reconhecimento em relação ao trabalho do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, pelos trabalhadores, se a própria instituição não investe neste serviço. A equipe técnica desse Núcleo conta com pouco mais de vinte profissionais, alguns atuam mais diretamente com o cuidado aos trabalhadores: técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeuta, médicos peritos. Quando é necessária a opinião de um psiquiatra, na junta de peritos, o trabalhador é encaminhado para o Núcleo Estadual do MS já que no Hospital Amazonas, não há psiquiatra integrando o corpo de peritos. Aliás, esta insuficiência de contingente de trabalhadores para a realização da vigilância em saúde foi mencionada por vários trabalhadores entrevistados do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que se sentem sobrecarregados à medida que precisam dar conta de todo o complexo hospitalar.

No serviço público federal, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora foi implantada integrando a perícia médica e o programa de saúde do trabalhador através do sistema integrado de assistência à saúde do servidor (SIASS) (BALTAZAR, 2016). Assim, no Hospital Amazonas, cabe ao Núcleo de Saúde dos

Trabalhadores cumprir a função de vigilância em saúde do trabalhador, mas apenas para os servidores públicos federais como mencionado anteriormente, abrindo-se exceção para algumas ações, durante a pandemia.

Içá (saúde do trabalhador) explica como vem atuando o referido Núcleo, nesse momento pandêmico:

*“[...] a saúde do trabalhador do Hospital Amazonas, por limitação de profissionais do próprio Núcleo que tem um número reduzido sempre atendeu somente os trabalhadores estatutários<sup>46</sup>. Com a pandemia, a gente entendeu que, em alguns casos, a gente podia abrir para os demais profissionais, como foi o caso, por exemplo, do atendimento do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores contra o coronavírus, pra tirar dúvidas em relação a tudo o que envolve o coronavírus, sobre vacinação e etc. A vacinação também, a gente não fez distinção de vínculo<sup>47</sup>, e também agora, a gente tá abrindo, o grupo de escuta da psicologia. Então, assim, conforme a gente consegue atender um público maior, a gente vai expandindo. Mas assim a perícia realmente a gente não consegue expandir. Hoje em dia, falta médico também pra atender até os próprios servidores [...]” (Içá).*

É interessante o relato de que “com a pandemia” se buscou expandir a oferta de atendimento pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, no entanto, ao se disponibilizar um número maior de ofertas de um mesmo serviço, contando com o mesmo quantitativo de trabalhadores, é possível que se criem novos problemas como, por exemplo, o aumento da pressão de trabalho sobre os próprios trabalhadores do serviço de saúde do trabalhador. Assim, trata-se de mais uma faceta da dificuldade da instituição em lidar com a situação de adoecimento psíquico dos trabalhadores. Não são buscadas soluções mais efetivas, mas se amplia uma oferta de um serviço que já está tão precarizado pelo quantitativo insuficiente de trabalhadores, inclusive, agindo como se isso não fosse um problema.

Na visão de um dos sujeitos entrevistados, só houve uma aparente valorização dos temas concernentes à saúde mental dos trabalhadores quando, durante a pandemia, este assunto foi destacado pela mídia. Barigüi (assistência) fala o seguinte a esse respeito:

---

<sup>46</sup> Os grupos de reflexão deste Núcleo também recebem trabalhadores não estatutários, mas isso não está claro para muitos dos sujeitos entrevistados.

<sup>47</sup> E nem poderia ser já que se trata de uma ação sanitária estratégica ofertada pelo SUS e, portanto, sendo o o acesso à imunização garantido a toda a população, por lei.

*“[...] É um tema que passou a ser falado na pandemia porque ele gritou, ele extrapolou. E, de alguma forma, ele foi legitimado pela mídia, porque o assunto veio à tona e a instituição meio que foi convocada a incorporar práticas que já eram executadas [...] enquanto uma política institucional. Eles pegaram aquilo que a gente já fazia, aí colocaram no postermat, deram certa visibilidade [...]” (Barigüi).*

Quando se pensa na saúde mental do trabalhador, é possível se observar que muitos entrevistados identificam apenas a figura de profissionais da psicologia como capazes de dar suporte ou discutir o assunto. Considero necessário contextualizar que o serviço de psicologia, muito antes da pandemia, na figura de um de seus profissionais, já oferecia grupos de reflexões voltados para os trabalhadores (incluindo, residentes). Ainda no período anterior à pandemia, eram realizados também alguns grupos voltados para os trabalhadores conduzidos por uma assistente social cujos objetivos eram outros<sup>48</sup>.

Enfatizo que considero as iniciativas destes profissionais muito importantes para os trabalhadores, mas como não estão alinhados a qualquer política institucional, se constituem estratégias de intervenção com uma sustentação muito frágil. Um exemplo disso é o fato que uma vez que estes profissionais não estejam mais no serviço, as propostas deixam de ter continuidade, como foi o caso dos grupos conduzidos pelo serviço social quando este profissional deixou de fazer parte da equipe do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

Desde que se iniciou a pandemia, os profissionais da psicologia da Núcleo de Saúde dos Trabalhadores vêm disponibilizando grupos visando reflexões sobre o trabalho. Essas atividades ofertadas na pandemia foram divulgadas principalmente através da intranet e, em virtude de ser um serviço sedimentado há algum tempo, quem atua nele é bastante valorizado como pode ser visto na percepção de alguns entrevistados.

Ainda em relação estes grupos de reflexão mencionados, há pouca clareza para alguns trabalhadores dos seus objetivos. Tanto que Iguaçu (assistência), por exemplo, questiona o porquê de os mesmos serem ofertados aos residentes já que estes, a partir de uma lógica pragmática, não deveriam se ausentar dos serviços para participar em grupos pois deixam os serviços desfalcados de profissionais:

*“[...] O que acontece é o seguinte, o grupo de reflexão dos residentes... é porque o residente está lá, às vezes está pegando fogo na enfermaria, vem ele falar: “- Ah vou sair*

---

<sup>48</sup> Discutiam-se questões relacionadas aos direitos, benefícios, condições de trabalho incluindo o assédio moral, o adoecimento.

*pro grupo de reflexão”. Vai fazer reflexão. Primeiro que isso, infelizmente, não é uma realidade dos hospitais e do mundo aí fora. É uma realidade que só existe no Hospital Amazonas que eles vão fazer essa reflexão, que acho que é uma válvula de escape pra eles. Não que não seja importante. É porque é assim, a gente é tão maltratado e não tão nem aí pra nossa saúde física e mental, que você vê o residente fazendo isso e você acha até curioso [...]” (Iguaçu).*

Além disso, parece haver um ressentimento de Iguaçu (assistência) em relação à instituição, no seu modo de entender, pelo fato de ser dada maior atenção e cuidado aos residentes do que para aos trabalhadores que ali se encontram há tempo. Iguaçu (assistência) tem os seus motivos para ter esta percepção, no entanto, não condiz com a realidade já que estes grupos voltados para os trabalhadores de saúde já existiam muito antes do início da pandemia. Segundo Iguaçu (assistência):

*“[...] Mas não existe nenhum tipo de suporte psicológico. Já chegaram a tentar fazer isso no Hospital Amazonas, mas eu acho que não deu continuidade [...] Acho que sinceramente, precisaria ter um grupo lá [...] E também um apoio psicológico a todos os servidores, ainda mais assim, na pandemia. Mas nem passa perto da instituição, esse tipo de apoio, pelo menos até o momento [...]” (Iguaçu).*

Contrariando ao entendimento de Iguaçu (assistência), outros trabalhadores (gestão e assistência) não apenas reconhecem a importância destes grupos de reflexões propostos pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, como sinalizam a busca de apoio deste serviço em outras circunstâncias, como no caso de Capibaribe (gestão):

*“[...] Sei que tem algumas profissionais da equipe que procuram a psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Enfim, procuram. Eu mesma já procurei, não pra mim, mas pra tratar de questões da minha equipe. E aí eu procurei Tocantins especificamente. E aí a gente teve essa aproximação, mas com a psicologia. Não foi com a psicologia! Ela está nesse setor, mas não foi com o setor [...]” (Capibaribe).*

Apesar de soar contraditório, entendi que Capibaribe (gestão) quis enfatizar que não buscou o serviço de psicologia ou mesmo o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, mas, especificamente, o profissional Tocantins. A meu ver, este é mais um sinalizador do quanto

a inexistência de uma política institucional favorece que as atividades ocorram de forma pontual e individualizada por cada profissional. Capibaribe (gestão) prossegue o seu relato:

*“[...] A gente procurou a psicologia e o Tocantins pra nos ajudar, na equipe. A gente estava com uns nós e tal, questões na equipe que a gente precisava trabalhar [...] E isso atrapalhava o andamento do serviço [...] E aí, não foi assim: “Vou procurar o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.” Foi: “Vou procurar Tocantins”. E aí Tocantins fez um trabalho magnífico na nossa equipe [...] Foi magnífico porque a gente está pensando, de repente, vai ser bom pra A, B, porque A e B têm uma resistência maior pra trabalhar com a equipe. Mas, na verdade, a equipe inteira precisava e a equipe inteira foi muito beneficiada com o trabalho [...]” (Capibaribe).*

Desse modo, Capibaribe (gestão) percebe e valoriza o benefício do trabalho realizado sob um viés grupal, ou seja, coletivo. O trabalho de Tocantins, neste caso, estabelece uma ruptura com um entendimento de que o “problema” (em relação ao adoecimento psíquico) estaria apenas no trabalhador individualmente e não na organização do trabalho.

Atuba (gestão) corrobora o que venho assinalando acerca da ausência de políticas institucionais para a saúde mental dos trabalhadores do Hospital Amazonas:

*“[...] E eu confesso que eu sinto falta do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores mais perto da gente. Tem uma psicóloga até que eu tenho contato, ela até se colocou muito disponível pra gente aqui, porque quando tem alguma situação com funcionário, eu vou até ela. Eu tenho o Whatsapp dela. Ela até se colocou disponível [...] Mas protocolo formal mesmo, não tem. Tem, assim, os profissionais que tem uma boa vontade, [...] e criaram essa ‘linha de comunicação’. Tanto que toda vez que tem uma situação, ela já me deu essa liberdade: “Qualquer coisa você pode passar o meu Whatsapp pra qualquer funcionário”. E umas duas ou três vezes, eu precisei e passei o zap<sup>49</sup> dela. Previamente, falei com ela, primeiro e passei o Whatsapp dela pra esses funcionários. Mas protocolo formal, nós não temos [...]” (Atuba).*

O fluxo, embora não instituído formalmente, acaba sendo o contato direto com um profissional da psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que disponibilizou o seu

---

<sup>49</sup> Modo coloquial de se referir ao ‘Whatsapp’.

telefone pessoal para dar um suporte a esta liderança e sua equipe, quando necessário. Esse nível de informalidade, volto a dizer, é muito conveniente à instituição porque se descompromete de olhar efetivamente para o que possivelmente adocece ou faz sofrer esses trabalhadores, no âmbito da instituição.

Canindé (assistência), por sua vez, afirma que não existe um cuidado com o trabalhador enquanto sujeito, mas sim enquanto um rótulo, um psicodiagnóstico (‘ansioso’, ‘deprimido’). Contudo, Canindé (assistência) sinaliza que consegue identificar esse olhar cuidadoso sobre o trabalhador-sujeito no trabalho de grupos de apoio conduzidos, em especial, por profissional do serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores:

*“[...] Hoje, Tocantins até faz um trabalho interessante. Eu falo Tocantins porque é a psicóloga que eu conheço do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores com os residentes e parece que é bem interessante. Rodas de conversa. Eu acho bem legal! [...]”*(Canindé).

Nestes relatos, destaca-se novamente o trabalho de Tocantins, atuando individualmente, mas realizando uma oferta de intervenção para toda a equipe e não especificamente para aqueles trabalhadores em sofrimento. Mas apesar do esforço e presença implicada de alguns do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores junto aos trabalhadores da instituição, há uma distância entre as expectativas que trabalhadores referentes a esse Núcleo e as reais condições deste serviço de atuar no campo da vigilância em saúde.

À vista disso, há três aspectos a serem pontuados nos relatos apresentados anteriormente e que me chamaram a atenção. O primeiro ponto diz respeito ao fato de parecer haver uma expectativa de que o serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores pudesse vir a fazer um atendimento direto aos trabalhadores em sofrimento. Isso diz muito do quanto a gestão acaba tendo uma perspectiva funcionalista dos trabalhadores, isto é, se estão sofrendo ou adoecidos, é porque existiria algo disfuncional que precisaria ser ajustado, tratado. O segundo ponto é que está bem explicitada a ausência de política institucional à medida que Atuba (gestão) afirma que inexistente um “protocolo formal” para lidar com as situações de adoecimento psíquico dos membros da sua equipe. Terceiro, mas não menos importante, é que, mais uma vez, se evidencia a presença de Tocantins na sustentação da saúde do trabalhador, inclusive, oferecendo o seu telefone particular para a gestora, mas que se traduz em um ato de implicação com o próprio trabalho que ocorre isolado em relação a todo o serviço de saúde do trabalhador. O problema, a meu ver, é que não se trata de uma proposta institucional do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, mas uma excelente iniciativa



e assinatura de uma única profissional. Será que na sua ausência, esse trabalho teria continuidade? Portanto, esses três pontos listados expressam, mais uma vez, a ausência de uma política institucional voltada para a saúde dos seus trabalhadores.

Aliás, existe pouca clareza da parte dos trabalhadores acerca da missão do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, o que transparece não apenas em seus processos de trabalho, como também no acesso dos trabalhadores a este serviço. Destaco que eu mesma senti um pouco de dificuldade para compreender o fluxo de acesso dos trabalhadores em sofrimento psíquico (com alguma questão concernente à saúde mental) a este serviço de saúde do trabalhador. Não me parece algo trivial que estes fluxos não estejam postos de maneira clara para a organização e para quem tem o olhar de fora da organização. Reproduzo, então, o meu esforço de compreensão e sistematização desses fluxos.

Resumidamente, no que diz respeito à saúde mental, há casos de trabalhadores que buscam o serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e o fazem espontaneamente, seja porque ele reconheceu que precisa de ajuda, seja porque colegas e/ou chefias recomendam que o façam. Ou mesmo porque souberam que o serviço de psicologia oferece grupos de apoio ou porque foram indicados por médicos, fisioterapeuta, enfermeiros ou outros profissionais do próprio Núcleo de Saúde dos Trabalhadores quando ele já passou por lá por qualquer motivo. Ademais, há também os casos em que a própria chefia (ou colegas) intercede por este trabalhador junto ao serviço de psicologia seja porque percebeu algo diferente no cotidiano do trabalho, seja porque observa muitos conflitos provocados (à princípio) por esta pessoa. Em alguns casos, o trabalhador após ser acolhido pelo serviço de psicologia (individual ou coletivamente) pode ser encaminhado para acompanhamento psicoterápico fora do hospital. Já quando os trabalhadores que se encontram adoecidos, levam o atestado de seus médicos (oriundos da rede pública ou privada) para a perícia que decidirá se ele está apto ou não para a continuidade do trabalho.

Quando considerados inaptos, eles são afastados através de uma licença médica. Assim, essa licença médica poderá redundar em aposentadoria por invalidez, necessidade de *readaptação*, também chamado de *retorno com restrições*<sup>50</sup> (nestes dois primeiros casos, essa decisão é tomada uma junta médica de peritos) ou uma simples reinserção ao trabalho (*retorno sem restrições*). Cabe enfatizar que o trabalhador que simplesmente retorna ao trabalho *sem restrições*, não mais volta à perícia, nem é acompanhado pelo serviço de

---

<sup>50</sup> “Retorno *com restrições*” equivale à *readaptação* e “Retorno *sem restrições*” equivale à reinserção ao trabalho sem necessidade de alterações na atividade e/ou lotação. Ambas são classificações empregadas pela perícia médica.

psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, a não ser que ele se mantenha em algum grupo ou busque por iniciativa própria este serviço. O trabalhador que volta através da *readaptação* também não é mais acompanhado pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores a menos que seja necessário ou que ele próprio procure o serviço para integrar os grupos ou alguma atenção realizada individualmente. No caso desta pesquisa, todos os sujeitos que retornaram (dois somente em situação de reinserção e dois em situação de reabilitação) e que foram entrevistados por mim se encontravam em atendimento psiquiátrico e psicoterápico fora da instituição.

Quando a chefia intercede, segundo Abaeté (saúde do trabalhador):

*“[...] a primeira coisa é a gente perguntar se essa chefia já conversou que está indicando ele pra atendimento da psicologia porque, às vezes, eles não querem [...]”* (Abaeté).

Quando observam que o trabalhador precisa de ajuda no campo da saúde mental, há outra via de acesso abordada por Iriri (saúde do trabalhador) que é através de o contato direto das chefias ou de colegas de equipe com a gestão do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores visando buscar:

*“[...] informação sobre, muitas vezes, como abordar, contando algumas situações. E aí tentando identificar se era necessário ou não fazer algum tipo de encaminhamento. Ou de que forma a gente poderia ajudar aquele outro colega que eles estavam identificando que precisavam de algum tipo de auxílio [...]”* (Iriri).

Considerarei, pois, impressionante essa variabilidade dos fluxos de chegada do trabalhador ao Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, reflexo, torno a afirmar, de uma ausência de política institucional sobre a saúde mental do trabalhador. Porém, considerarei ainda mais impressionante a dificuldade da instituição de abordar a situação desses fluxos coletivamente. Talvez coubesse um esforço do próprio Núcleo (como um todo, não apenas um ou dois profissionais) de se aproximar dos serviços visando uma melhor organização desses fluxos de acesso ao Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, ou seja, estabelecer discussões sobre o tema.

Compreendo, assim, que estes fluxos pouco claros expõem também a pouca capacidade da própria instituição de reconhecer que existe um contingente de trabalhadores

que não estão apenas sofrendo, mas efetivamente adoecendo psicologicamente. Se a instituição é incapaz de enxergar este adoecimento, não intervirá no sentido de facilitar a chegada do trabalhador à saúde do trabalhador.

### 6.2.1 Os meandros dos processos de trabalho na pandemia da COVID-19

*“[...] Cada um correndo por si. Então, era cada um, na sua individualidade, pegando máscara, enfim, cada um... Sabe aquela coisa de guerra? “Eu preciso sobreviver” [...]” (Indaiá).*

A pandemia enquanto evento psicossocial impactante se constitui um exemplo bem específico de como o real transborda e do quanto é difícil encontrar espaços para escoamento destes excessos. O período da pandemia da COVID-19 foi deflagrador de enorme crise sanitária, como já mencionado anteriormente. Crise que perpassa toda a sociedade, mas que nas unidades de saúde acabou sendo ainda mais desestabilizadora de processos de trabalho, culminando em inúmeros afastamentos de trabalhadores por adoecimento físico e psíquico.

Não foi por acaso que empreguei a palavra ‘meandros’ do trabalho para uma analogia com os modos de trabalho adotados na situação de COVID-19 e os rios, no Hospital Amazonas. Essa palavra tem como um dos seus significados os caminhos tortuosos tomados pelo curso das águas. Isso porque essa pandemia instigou que precisassem ser delineados, em ritmo de urgência, novas rotinas de trabalho, com inúmeros servidores afastados por apresentarem comorbidades (e conseqüentemente, maior vulnerabilidade à letalidade da COVID-19), necessidade de maior apropriação de conhecimentos sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e agilidade no planejamento de novos formatos para o trabalho assistencial. No hospital, então, a pandemia contribuiu para tornar ainda mais complexo o cuidado com pacientes e a atenção com os trabalhadores de saúde. Alguns entrevistados trouxeram seus testemunhos sobre este momento, na instituição, com tons vívidos do sentimento de terror que a pandemia arrastou consigo.

Rotenberg et al (2022) realizaram estudo epidemiológico e pesquisa empírica qualitativa com trabalhadores de saúde que atuam em UTIs e emergências do município do Rio de Janeiro. A partir deste estudo foram apontados aspectos que contribuem para o adoecimento psíquico dos trabalhadores de saúde: sobrecarga de trabalho; mudanças de trabalho em função da pandemia; sentimento de impotência frente à doença e à sensação de que pode se contaminar a qualquer momento; reduzida preocupação com a saúde dos trabalhadores no início da pandemia (restrição de testagem, por exemplo); falta de apoio

psicológico para suportar lidar com pressões do trabalho; suporte psicológico à distância visto como pouco efetivo (preferiam que os psicólogos vivenciassem com eles as dificuldades); falta de espaço físico, na unidade, para que pudessem fazer catarse; sentimento de falta de reconhecimento dos gestores que modificaram organizações do trabalho sem consulta-los previamente; preocupação com próprio bem-estar e dos pacientes.

Os resultados deste estudo ratificam aspectos mencionados pelos sujeitos da presente pesquisa. Atuba (gestão) aborda essas questões do seguinte modo:

*“[...] Na realidade, a pandemia já tem mais de um ano que nós começamos. A princípio, nós achávamos que não iria durar tanto tempo. Mas, infelizmente, já tem durado esse tempo todo. No início, tivemos que nos organizar bastante. Foi extremamente exaustivo porque nós não tínhamos muitas informações a respeito da doença. Então, aquilo que nós tínhamos a nossa mão, nós tivemos que organizar protocolos assistenciais uma vez que, de certa maneira, existia um pânico com relação à virulência da doença da COVID, da gravidade dos casos. E nós já tínhamos informações de que muitos profissionais de saúde tinham, não somente adoecido como vindo à óbito, ao redor do mundo [...]” (Atuba).*

Atuba (gestão) exemplifica o quanto o conhecimento de casos de óbitos entre profissionais de saúde é aterrador para aqueles que se encontram na unidade de serviço. Neste momento, se coloca em questão, de modo concreto e imaginário, quem será o próximo a ser vitimado pela doença. Indaiá (retorno) conta uma vivência ainda mais aflitiva:

*“[...] Então, assim, foi um estresse muito grande pra mim. Eu vi que os outros profissionais, meus colegas, meus pares, assim, estava todo mundo com muito medo. Muito medo porque a gente não sabia o que estava por vir, o que estava acontecendo [...] ia pipocando casos de suspeitos a todo lugar. E a gente não tinha um fluxo [...] Não tinha testagem. Assim, foi muito confuso. [...] eu entrei numa crise de ansiedade muito grande. Eu só chorava, só chorava, chorava toda vez que eu vinha pro Hospital Amazonas. Eu ficava muito taquicárdica. Eu tinha dor de barriga, tinha sudorese, tinha um medo absurdo. Eu não conseguia ir ao banheiro porque tinha medo de tirar a roupa, de tocar na roupa. Então, eu não conseguia ir. E assim, eu percebia que as outras, que os outros colegas estavam no mesmo pânico. A gente praticamente era um pânico de você tirar, que a gente não tinha equipamento, EPI, pra uso [...] Eu não bebia água. Eu ficava doze horas no plantão sem beber água porque eu não queria tirar a máscara porque eu tinha medo que fosse me*

*contaminar quando fosse tomar água. Enfim, foi tocar em maçaneta, enfim, foi. Não tinha álcool também! Ai depois, começou a não ter álcool [...]” (Indaiá).*

Apesar de Indaiá (retorno) atribuir à pandemia um fator estressante e propulsor do início do seu adoecimento, é importante observar que a insuficiência de recursos materiais (as máscaras de EPIs, o álcool, etc.) e as informações desconhecidas sobre como agir atuaram como fatores institucionais que levaram os trabalhadores a se sentirem ainda mais inseguros e desamparados. Embora reconheçamos que processos subjetivos estejam envolvidos na produção do adoecimento psíquico, este é frequentemente catapultado pelo modo que a instituição tenha de gerenciar os trabalhadores. O individualismo exacerbado, como assinala Indaiá (retorno), no relato a seguir, se mostra um reflexo direto da forma como foram gerenciados os recursos e as informações para os trabalhadores:

*“[...] Primeiro, que eu percebi que as pessoas estavam desesperadas com a questão do COVID. Então, o clima estava muito ruim. Cada um correndo por si. Então, era cada um, na sua individualidade, pegando máscara, enfim, cada um. Sabe aquela coisa de guerra? “Eu preciso sobreviver”. Então, assim, se estava dando máscara, num setor lá, todo mundo saía correndo, pegava suas máscaras, guardava não sei o quê, depois que estava seguro, falava pro outro que tinha máscara, ou às vezes, nem falava... Então, assim, foi meio cada um correndo pela sua sobrevivência [...]” (Indaiá).*

Iguaçu (assistência) também fala da insuficiência de EPIs para todos, no início da pandemia, e os impactos dessa insuficiência de materiais de trabalho sobre o modo como os trabalhadores reagiram emocionalmente:

*“[...] É a gente deixou de fazer algumas rotinas pra evitar o excesso de exposição, por vezes desnecessário, e também, num primeiro momento, além desse excesso de exposição porque o material era restrito também, material, capote... pra se proteger pra entrar no leito[...] é mais emergencial, mais urgente que médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem tenham esse material reservado. No começo, isso foi um pouco assustador. Ninguém sabia do que se tratava direito aquelas informações ainda desconhecidas [...] “Ah não! Tem que usar máscara! Tem que usar! Não, não é pra usar a N95, é a melhor máscara. É pra usar máscara normal.” Assim, não dá nem pra culpar porque estava todo mundo batendo cabeça, no início da pandemia. Todo mundo assustado. Ninguém passava*

*visita [...] O hospital mudou de característica [...] Mudou tudo. Virou uma coisa assim, virou uma clínica, apenas de que se entrasse lá paciente, a gente teria que tomar conta, enfim [...]" (Iguaçu).*

Ao se referir ao modo como reagiram emocionalmente, entendi estar se referindo ao pavor ao se perceberem desprotegidos pela instituição (pela insuficiência de materiais de segurança e informações desencontradas)<sup>51</sup> frente ao um vírus altamente contagioso, letal e desconhecido. De mais a mais, essa mudança de rotina foi particularmente nociva para os pacientes a partir de: suspensão de cirurgias e atendimentos ambulatoriais, redução de visitas à beira do leito e outros. Mas a própria Indaiá (retorno) tem o entendimento da situação crítica da instituição no período da pandemia:

*"[...] Estava todo mundo muito desesperado, todo mundo com muito medo. Então, era uma sensação, assim, todo mundo estava correndo atrás de si, do tipo: "- Ah, não quero fazer tal coisa porque lá tem risco de se contaminar. Não quero ir determinado setor porque lá é muito ruim. Mas aí, se o outro for, não tem problema, porque é o outro." Então, era mais ou menos assim [...] Eu também não estou bem não, então, vai você seguir com os seus problemas que eu já tenho os meus..." Então, estava bem assim, todo mundo individualizado, cada um meio que vendo suas questões [...]" (Indaiá).*

No momento que todos se encontram sob as mesmas condições de medo e sem poderem contar com um apoio nem dos grupos em que se encontravam inseridos, nem da instituição como um todo, cada qual buscou cuidar de si próprio para não contrair COVID.

Cajari (retorno) não havia se licenciado anteriormente, mas já havia sido diagnosticada com TAG<sup>52</sup> antes do início da pandemia, o que ela atribuiu ao trabalho no Hospital Amazonas. Nessa ocasião, realizava psicoterapia com uma psicóloga. Mas foi também com a pandemia que ela viu o seu processo de adoecimento piorar:

*"[...] Aí passou esse ano da pandemia e piorou bastante. Aquela coisa que eu tinha, eu tinha quase uma certeza que, que no final da pandemia ou eu ia morrer ou algum parente ia morrer, que ia ser uma catástrofe. Então, eu tinha pavor. Até hoje, eu fico muito, muito*

---

<sup>51</sup> Resultantes de um período que toda a sociedade ocidental estava ainda pesquisando sobre o vírus e a pandemia.

<sup>52</sup> Transtorno de Ansiedade Generalizada

*restrita por conta de questões de COVID. Eu tenho muito, muito receio. E, na época do COVID, juntou tudo, aí filho que não podia ir pra escola, o meu marido estar trabalhando em casa. Então, ele ficava com ele. Então, dá conta de casa, de filho. E aquilo só foi aumentando. Eu acho que juntou a ansiedade aí ela juntou a um pouco de depressão e a juntou também **acho que transbordou** (grifo nosso) que eu também estava muito cansada. Demorou uns vinte dias pra me recuperar [...]” (Cajari).*

É interessante o uso do verbo “transbordar” para tratar da questão dos excessos insuportáveis que emergiram nas relações de trabalho. O momento de crise proporcionado pela pandemia serve como um divisor de águas<sup>53</sup> nas práticas dos serviços de saúde, com pouca clareza se as mudanças necessárias, nesta situação, seriam ou não continuadas futuramente.

Na narrativa de Indaiá (retorno), são relatadas as vezes que tentou passar para atendimento remoto temporariamente de modo a não lidar diretamente com pacientes contaminados por COVID-19, e que foram negadas pela sua chefia. Nessa ocasião, o seu maior pânico era contaminar familiares com quem convivia (um adulto com comorbidades e uma criança pequena). Posteriormente, solicitou não ter que ficar em enfermarias para pacientes contaminados pela COVID-19, mas isso também lhe foi negado dado à premência de todos os trabalhadores estarem nos serviços em meio a baixa de alguns que haviam sido contaminados ou estavam afastados por apresentarem outras comorbidades. Abro parênteses para enfatizar que ao citar este fato não estou, de modo algum, emitindo juízos de valor sobre as decisões da sua chefia, principalmente considerando que a sua posição diante da necessidade de compor a sua equipe era também muito estressante. Mas essa situação nos dá a dimensão da dramaticidade que foi esse contexto da pandemia para todos os trabalhadores.

Em meio à pandemia, o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores passou por uma situação de mudança de gestores. Como assinala Giust-Desprairies (2005), a crise no trabalho emerge como ruptura às estruturas estabelecidas levando com que tantos os sujeitos quanto os grupos percam as suas referências. O período da pandemia, por si só, já trouxe enormes desafios organizacionais na área da saúde o que pode ter sido ainda mais intensificado com a troca de gestores neste contexto. Por um lado, me causa um estranhamento, a partir de uma lógica gerencial/racional, mudar lideranças no meio da condução de uma situação de crise, pois por

---

<sup>53</sup> Permita-me mais uma metáfora concernente às águas.

melhor que sejam os gestores substitutos, implicará em novos diagnósticos situacionais, mudanças de rotinas, apresentação da equipe, realinhamento de planos estratégicos, rearranjos de equipes, etc. Por outro lado, em meio a um contexto pandêmico tão esvaziado de sentido e tão repleto de incertezas, talvez esse rompimento com a gestão anterior tenha sido um esforço institucional para dar algum contorno e enquadramento a um serviço que começou a ser mais cobrado socialmente<sup>54</sup> no sentido de cuidar dos trabalhadores de saúde. De acordo com Abaeté (saúde do trabalhador):

*“[...] Mas assim, nós fomos, com o passar do tempo, aí muitas coisas também aconteceram [...] Veio nova chefia [...] Isso tudo também, muitas vezes, não permite que você consiga conduzir suas atividades da forma que você gostaria porque são pedidos, assim, emergenciais da chefia, “Façam isso.” Reuniões o tempo todo, às vezes de toda equipe, às vezes de parte da equipe. E assim, quando você vê, o ano passou. E aí tivemos muitas mudanças, não somente da chefia mas da equipe, de integrantes da equipe do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores [...]” (Abaeté).*

Mas algo parece estar claro para os trabalhadores, foram necessários novos aprendizados sem espaços para elaboração/ressignificação do que estava sendo vivido, sem recursos humanos o suficiente, sem espaços suficientes para a troca de experiências e planejamento. Uma verdadeira situação de guerra como observou Indaiá (retorno).

Içá (saúde do trabalhador) utiliza a metáfora do furacão para se referir à pandemia:

*“[...] Não, eu só acho assim que por conta até da própria pandemia, a gente acabou assim, sendo atravessada por um furacão, com muita demanda que a gente mesmo nem tinha conhecimento de como se iria fazer. Não só a gente, mas toda a administração pública em geral. Então, a gente foi aprendendo e assim, as mudanças têm sido assim de um dia pro outro e ainda continuam [...]” (Içá).*

Içá (saúde do trabalhador) emprega a ideia da destruição causada por um furacão para se referir à pandemia que destruiu muito do que já estava estruturado, na instituição. Para

---

<sup>54</sup> No contexto da pandemia, era muito comum reportagens, documentários sobre a importância dos trabalhadores de saúde e da sua saúde mental para se manter na linha de frente de combate à doença. Assim como, também foram várias as homenagens prestadas aos trabalhadores de saúde, em diversos países ocidentais.



Aramá (assistência):

*“[...] É! Foi um momento difícil. Não posso dizer que foi um momento fácil, aprender com o momento. Então, todo mundo aprendendo junto como atender e como vivenciar uma pandemia [...]? Então, foi um aprendizado, na hora. Nós não estávamos preparadas pra isso. Então, é se adaptar e aprender de acordo com a situação que vai sendo apresentada. Então, foi difícil. Foi desgastante. Foi um momento de, pra mim, [...] de dor, um momento de medo, treinar como é que você usa os EPIs, como é você usa máscara, como você tem que colocar todo aquele aparato todo pra poder atender um usuário. Então, esse momento muda [...]viver um, um momento histórico foi bem complicado. Foi um momento difícil, de angústia e de medo. Eu estou fazendo o certo? Eu estou me protegendo? Eu estou protegendo quem eu estou atendendo? Eu estou levando o vírus pra minha casa? Eu estou atendendo eticamente? [...] Então, foi no tumulto, no caos, nesse momento, nessa agitação, sem muito saber como fazer [...]” (Aramá).*

Os sujeitos entrevistados mencionaram outros aspectos que obstaculizaram os encontros e as reuniões profissionais relacionados ao contexto da pandemia da COVID-19. O primeiro deles foi a recomendação sanitária para que não houvesse aglomerações. Em alguns casos, houve reuniões que precisaram passar para o meio remoto não apenas para não aglomerar, mas para incluir aqueles trabalhadores que estivessem afastados por precaução (o caso daqueles com comorbidades que foram imediatamente colocados em trabalho remoto). Porém, a depender do serviço, as reuniões foram suspensas temporariamente devido à pandemia e o meio que a chefia encontrou para comunicação com a sua equipe foi o envio de comunicados por uma ‘lista de transmissão’<sup>55</sup>. Atuba (gestão) fala a este respeito:

*“[...] A gente usa muito ‘linha de transmissão’. A gente evita colocar todo mundo junto. Antigamente, a gente até fazia. A gente tinha café da manhã, uma vez por mês, pra comemorar os aniversariantes. Nós tínhamos a cada dois meses uma reunião do serviço pra conversar sobre as rotinas. Então, hoje em dia, nós trabalhamos muito com a ‘linha de transmissão’. E normalmente quando eu quero passar algo pra equipe toda, eu converso particularmente com os enfermeiros da noite que são os multiplicadores, e vou de sala em sala, conversando com cada equipe. A gente evita fazer reunião porque o grupo é muito grande. E aí, muitas vezes, colocar todos numa sala e aí o espaço se tornar pequeno*

---

<sup>55</sup> Recurso tecnológico em que você envia uma mesma mensagem, em geral, com conteúdo informativo, para um grupo de pessoas através do Whatsapp.

[...]”(Atuba).

Outro fato que me chama a atenção é o fato de que embora se tratasse de reuniões para discussão das rotinas de trabalho, se tratava de um espaço empregado como forma de socialização através de eventos comemorativos. Daí que a partir do encerramento desse momento, os trabalhadores acabam se distanciando mais uns dos outros e da própria chefia.

Conforme assinalam Schwartz, Durrive e Duc (2010), a relação entre o trabalho e a linguagem sempre existiu. No entanto, o que a diferenciou ao longo da história foi que, na época de Taylor, o trabalhador tinha que se calar, ao passo que atualmente, a injunção é se “comunicar, utilizar ao máximo a palavra no trabalho” (SCHWARTZ, DURRIVE e DUC, 2010, p. 131). Em uma gestão taylorista, havia um imperativo de se manter a todos os trabalhadores silenciados para que não “desperdiçassem” o tempo que deveria ser dedicado à produção. Como resultado, a fala do trabalhador era dirigida apenas aos superiores hierarquicamente estabelecidos nas organizações (ênfase no caráter individual da comunicação e não coletivo). Contudo, como ressalta Schwartz, Durrive e Duc (2010), isso não significava a não existência de “trocas linguajeiras” nestas organizações marcadas por essa lógica ‘taylorista’. Essas “trocas linguajeiras” não necessariamente acontecem em espaços instituídos e podem ocorrer até através do silêncio e da linguagem não-verbal. Do mesmo modo que não necessariamente a existência de reuniões em que a verbalização é imperativa significa que a comunicação entre os sujeitos seja mais direta e clara.

Atuba (gestão), por exemplo, buscou se manter conectada a sua equipe através do Whatsapp, ao passo que simultaneamente procura resolver os assuntos buscando cada uma dessas pessoas da equipe para uma conversa realizada individualmente:

*“[...] E no dia-a-dia, a gente vai conversando com as pessoas, evitando, ao máximo, aglomerar [...]”*(Atuba).

Entendo o compromisso desse gestor no sentido de não desamparar a sua equipe. O problema é que ao deixar de lado a perspectiva de uma discussão coletiva (ainda que hierarquizada) e estabelecendo conversas individuais, caso a caso, muito se perde em termos de novas ideias, compartilhamentos de dúvidas e decisões. Desse modo, se esvanece particularmente o sentimento de pertencimento grupal e de o sujeito poder se sentir amparado por fazer parte desse grupo. Como se não bastasse este ponto citado, quando a reunião se dá apenas entre liderança e liderado, pode ser mais difícil para o trabalhador assumir ou defender determinados posicionamentos porque implicaria numa confrontação

direta com a sua liderança. Essa atitude poderia ser entendida como algo do âmbito pessoal contra a chefia e não alguma proposta de encaminhamento de uma pauta de trabalho.

Observo, assim, que no âmbito da micropolítica, as propostas de romper com a lógica de fragmentação do trabalho nos moldes ‘tayloristas’ e de romper com uma lógica corporativa de organização do trabalho ainda representam enormes desafios ao SUS. É comum que os processos de trabalho sejam planejados pelos gerentes de serviços (hospitales), de acordo com os produtos esperados (ex.: ‘x’ número de curativos executados num dado plantão, por exemplo) e não mediante uma racionalidade pautada no cuidado integral do paciente, o que se demandaria, necessariamente, espaços de interlocução entre os profissionais de saúde para as necessárias tomadas de decisões.

Tefê (assistência) traça uma crítica ao fato de as categorias profissionais prosseguirem atuando isoladamente e também não terem sido incluídas no Comitê de Gerenciamento de Crise criado para proposição de estratégias institucionais para lidar com a pandemia:

*“[...] Então, assim, não tem... espaço! Os médicos continuam se reunindo em mesas redondas. Nós continuamos nos reunindo em nossos serviços. A xx (cita o nome da categoria profissional), a deles. A enfermagem tem lá os processos. Mas acho que a gente perdeu, inclusive, a possibilidade de estar conversando com o Comitê de Gerenciamento da Crise da Pandemia. [...] Pra mim, na minha avaliação, o Comitê de Gerenciamento da Crise da Pandemia, por conta de produzir impactos, no processo de assistência, para todas as categorias, deveria contemplar, pelo menos, um representante de cada categoria, pra que cada um pudesse contribuir com o seu olhar, pelo menos, isso, minimamente, isso. E pudesse contribuir também com aquilo que tem sido derivado das decisões que estão sendo tomadas. E pra gente não viver esse faz-de-conta que eu acho que a gente está faz um tempo [...]” (Tefê).*

Pareceu-me muito forte a menção de Tefê (assistência) a um “faz-de-conta” em relação à espaços de interação entre os profissionais que acabam não apresentando resultados objetivos, como se funcionassem como mera formalidade. Um outro problema, a meu ver, que foi levantado pelos sujeitos foi que os serviços tiveram a sua organização do trabalho “remodelados”, no início da pandemia, para atender às enfermarias que antes eram destinadas aos serviços clínicos e cirúrgicos. Foi, então, instituída uma separação de enfermarias entre aquelas destinadas a pacientes com e sem COVID-19. Nesse novo arranjo

institucional, os pacientes clínicos e cirúrgicos acabaram sendo “misturados”. Daí que as pequenas equipes multidisciplinares (enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia) existentes até então, também foram desfeitas o que faz com que os vínculos interprofissionais precisem ser refeitos, o que aliás, demanda algum tempo.

Dessa maneira, uma determinada categoria profissional, por exemplo, a partir da pandemia, precisou mudar o seu processo de trabalho de tal maneira que os profissionais deixaram de ficar lotados em determinados serviços (inclusive, antes da pandemia, eles atuavam como referências para estes serviços). Como Aramá (assistência) esclarece ao relatar:

*“[...] E são, por exemplo, eu já fui xx (cita o nome da categoria profissional) da clínica da xx (cita o nome da clínica). Então, atendia tanto ambulatório quanto enfermaria dessa clínica. E, hoje, atualmente, por conta da pandemia, não temos mais clínica de referência. Então, a equipe atende adulto e, separado, pediatria, mas atende enfermaria, ambulatório, emergência, CTI, se for necessário. E todos, todas as clínicas, todos os fluxos [...] Anteriormente, antes da pandemia se eu sou xx (cita o nome da categoria profissional) que atende na enfermaria do quarto andar, eu estaria no quarto andar. Se eu atendo no oitavo andar, eu estaria no oitavo andar. Mas, por conta dessa crise sanitária, da diminuição do RH, não podemos mais atender assim. Então, a gente acaba circulando pelo hospital. Então, um momento eu vou estar atendendo no oitavo andar, daqui a pouco eu já estou [...] Eu estou atendendo no ambulatório, tive que ver um paciente na emergência. E está nessa, mais por conta da necessidade que foi instalada. E a forma que a gente pode atender aos usuários nesse momento tão complicado [...]” (Aramá).*

A pandemia explicita um problema crítico há tempos, na instituição, entre eles, a necessidade de reposição da sua força de trabalho. Os trabalhadores já eram poucos muito antes da crise sanitária eclodir. Muitos servidores públicos já vinham se aposentando e os concursos para o Hospital Amazonas se encontram suspensos, até o momento que escrevo este estudo. Porém, Aramá (assistência) considera um aspecto positivo nesta mistura de atividades o fato de que a sua equipe (enquanto categoria profissional) precisou se unir mais para ajustar esses processos em torno de objetivos comuns. Aramá (assistência), então, afirma:

*“[...] Então, foi no tumulto, no caos, nesse momento, nessa agitação, sem muito*

*saber como fazer. Mas me senti também muito amparada. A minha equipe é uma equipe muito boa assim. Eu considero, assim, uma equipe que, nesse momento, acabou se unindo mais. Então, como cada um ficava numa caixinha atendendo o seu. Tivemos que atender juntas. Então, vamos tentar fazer de uma forma que todos, minimamente, fiquem bem. Então, nisso também, eu me sentia amparada neste contexto todo em relação a minha equipe [...]” (Aramá).*

É interessante este ponto comentado por Aramá (assistência) acerca da sua categoria profissional que passou a se reunir em torno de um objeto comum, propiciando que esse grupo se unisse mais a partir da construção coletiva de novos procedimentos. Além de tudo, Aramá (assistência) se sentiu mais “amparada”<sup>56</sup> pelos seus pares e chefia durante esse processo. Aí se encontra um elemento central para que o sujeito suporte lidar com tantas incertezas e tamanho caos gerados pela pandemia. Então, se por um lado, se esgarçaram os laços com colegas de outras categorias que estavam inseridos nos seus serviços originais, por outro lado, sedimentou-se o vínculo da própria categoria profissional.

Desse jeito, para os trabalhadores entrevistados, a pandemia exacerbou a crise de recursos pela qual a rede pública de saúde já vinha passando. Capibaribe (gestão) expõe assim:

*“[...] Na verdade, antes da pandemia já estava grave e agora ficou mais grave ainda [...] Assim, à princípio, no início da pandemia eu e outras pessoas da equipe pediram afastamento. Então, a equipe que já era pequena, ficou menor. E a demanda aumentou assim. Não que a demanda antes fosse pequena, já era grande, proporcionalmente nossa equipe, então, era grande mesmo, só que aumentou ainda mais [...]” (Capibaribe).*

Os trabalhadores falaram sobre as dificuldades em manterem uma rotina de reuniões de equipes e que estas, em alguns casos, acabaram sendo escasseadas por conta da pandemia. Tefê (assistência) assinala que:

*“[...] A pandemia atravessou um pouco o nosso processo de trabalho. E aí cada um. Na verdade, a assistência sugou a gente pro processo mesmo e aí a gente parou de se reunir porque também tinha aí a discussão do distanciamento social, do isolamento. Enfim, tudo*

---

<sup>56</sup> Aspecto que foi dito por ela duas vezes.

*muito novo. Retomamos as reuniões agora, em março, se não me engano, desse ano. Mas ainda não conseguimos ter regularidade nas nossas reuniões [...]” (Tefé).*

Tapajós (gestão) aborda a questão da pandemia de modo peculiar:

*“[...] Olha, a pandemia, ela veio dividir. Assim, como aqui dentro da instituição, veio dividir em dois momentos. O ‘pré-pandemia’, a ‘transpandemia’ e o ‘pós’, a gente não sabe como vai acontecer [...]” (Tapajós).*

O contexto da pandemia foi muito estressante para todos, mas em particular para aqueles que já haviam passado por outros episódios de adoecimento psíquico anteriormente. Apesar dos esforços de lidar com a situação, acabaram sendo desencadeadas novas crises que levaram a novas licenças médicas. Cada um dos sujeitos relatou as tentativas de superar os momentos de crise institucional até eclodir a própria crise pessoal. Do mesmo modo que relataram também os seus esforços para manterem a própria saúde quando retornaram ao trabalho.

Na ocasião das entrevistas, vivíamos o contexto da pandemia e pensávamos acerca das (im) possibilidades de recomeçarmos nossa vida tal qual a conhecemos, em um futuro que sequer tínhamos certeza se o alcançaríamos. Assim, Tapajós (gestão), ao fazer referência a uma “transpandemia”, ao invés de “pandemia”, nos traz a imagem de algo tão intenso que atravessa o tempo interligando passado e presente. Um futuro que carregará marcas de um ciclo que parece não se encerrar.

## 7 A MURALHA: O IMAGINÁRIO DE DOMÍNIO NA GESTÃO DOS TRABALHADORES

*“[...] pra que seja mantida a linha, a filosofia da instituição que é oprimir, oprimir, oprimir [...]” (Iguaçu)*

Eu retomo a minha impressão de estranhamento que comentei no capítulo “3” em relação as vezes que estive no Hospital Amazonas e observei um enorme silêncio na instituição, uma formalidade quase monástica. É claro que se espera o silêncio em ambientes assistenciais<sup>57</sup>, mas é comum, nesses espaços, observarmos os falatórios de pacientes ou mesmo de profissionais se encontrando. Enfim, uma experiência bem diversa de outras que tive atuando em hospitais da rede federal, com seus múltiplos movimentos e sons. Na ocasião, cheguei a associar a impressão de um ambiente mais sóbrio ao contexto pandêmico. Mas retornando aos relatos dos sujeitos entrevistados passei a ter o sentimento de que esse silêncio é um traço institucional<sup>58</sup>, como uma enorme muralha, imponente, rígida e muito difícil de ser transposta que se interpõe entre os pacientes, trabalhadores assistenciais e trabalhadores da gestão. Mas a imagem de uma muralha também nos faz lembrar dos muros que cercavam os castelos medievais, servindo-lhes de proteção contra possíveis invasores e possibilitando uma vista privilegiada para quem estivesse em seu topo. As muralhas dos castelos protegiam contra entradas e saídas de intrusos e são reproduzidas na estrutura física de inúmeras organizações. Por isso, não é à toa que mais de um sujeito entrevistado tenha comparado este complexo hospitalar a uma instituição militar, como Juruena (retorno):

*“[...] Em relação à chefia, eu acho que não tem muita química em relação à chefia. Primeiro porque o Hospital Amazonas é uma instituição que trata os funcionários como soldados, militares, alguma coisa assim. Parece que é um serviço de militar, entendeu? E vê, a gente fala sobre isso que eles veem a gente como número e não como pessoas, que também precisam de atenção, de apoio, que ficam doentes e não querem saber. Ué! Pela forma que eu fui recebida, você tem uma base. Então, há pouco diálogo, entendeu? [...]” (Juruena).*

Do mesmo modo Iguaçu (assistência) emprega esta comparação de um modo

---

<sup>57</sup> Sempre me vem à mente uma lembrança de infância de um cartaz de uma enfermeira cuidadosamente paramentada pedindo o silêncio com o dedo indicador sobre os lábios.

<sup>58</sup> Lembrou-me as “instituições totais”, categoria empregada por Erving Goffman.

contundente, narrando sobre o quanto considerava, muitas vezes, esta instituição rígida, estática, com relações de poder reproduzidas através de gerações, da seguinte forma:

*“[...] o Hospital Amazonas é atemporal e apartidário. Não interessa o partido que esteja no governo, apesar de ser um órgão de administração direta ligado ao Ministério da Saúde, não interessa o órgão que esteja, o poder que esteja, que existe ali realmente uma cabeça de burro ali enterrada que assim não deixa o servidor ser feliz. Há um assédio moral ali institucionalizado, há uma visão ali militarista demais, as chefias lá são centralizadoras. [...] não são todos setores, naturalmente, mas a grande maioria pra que seja mantida a linha, a filosofia da instituição que é oprimir, oprimir, oprimir[...] É só pra realmente ficar bonito na foto, bonito no papel, nos relatórios institucionais pra você mandar pra Brasília. Essa é a grande instituição. Então, é institucional, desde que a gente entrou lá era assim, e sempre, sempre, foi assim, até as pessoas antigas, quando a gente chegou lá e se aposentaram há pouco tempo, falavam que o Hospital Amazonas sempre foi daquela forma, daquela maneira. É realmente cultural da instituição.” (Iguaçu).*

Iguaçu (assistência) se mostra extremamente crítico em relação a toda essa cultura institucional alicerçada em um imaginário de domínio e controle absoluto sobre os trabalhadores. O momento que repete três vezes que a instituição só faz “oprimir” me soou extremamente forte. Uma instituição dominada pelo imaginário de excelência que se expressa através de uma fantasia de domínio absoluto e cobranças da gestão sobre o trabalhador, perpetuando-se há anos, ao meu ver, mediante relações violentas de assédio moral. Nestas circunstâncias, o trabalhador se vê colocado incessantemente em um lugar de insuficiência e incapacidade de atender as demandas institucionais, na direção do que Ehrenberg (2010) assinala como predominância do sentimento de insuficiência, na sociedade contemporânea. Enfim, o trabalhador não se vê à altura das expectativas, no caso, desta instituição. Além disso, Iguaçu (assistência) nos traz a figura dos gestores que são intermediários nesta cadeia hierárquica, em geral, concursados, que permanecem como gestores, muitas vezes, durante anos reproduzindo e retroalimentando ações que acabam por oprimir os seus subordinados.

Em outro momento de seu relato, Iguaçu (assistência) fala de seu desejo de poder ser escutado, de “ter voz”, o que implicaria em não “estar sozinho” de algum modo, ao comparar o atual trabalho, na instituição, com um trabalho que teve anteriormente e do qual gostava muito:



*“[...] Então, eu saí de lá e era acostumado ser chamado pra tudo. As pessoas queriam saber o que você pensava [...] Bacana você está assim nas coisas. Bacana as pessoas quererem saber a sua opinião, te chamarem pra fazer as coisas, você ter voz, você pode colaborar, cooperar, ter voz, ter sua opinião e as pessoas, e a sua opinião importar, você fazer parte daquele negócio. Então, você tinha sensação de pertencimento e eu vim pra uma instituição que não [...]” (Iguaçu).*

A “sensação de pertencimento” ao qual Iguaçu (assistência) se refere vai ao encontro da concepção de reconhecimento de suas contribuições para o trabalho, baseada na abordagem dejouriana e, como afirma Lhuilier (2005) de fazer parte de um grupo de pertença. Este sentimento de pertença depende muito da forma como se organizam os processos de trabalho, os estilos de liderança e mesmo que haja algum nível de legitimação do posicionamento dos sujeitos, seus desejos e demandas. No entanto, a percepção de Iguaçu (assistência) sobre a instituição e o seu modo de organização do trabalho parece seguir em sentido oposto ao descrito:

*“[...] é descentralizado até demais. Cada serviço que se resolva. Não existe uma forma de unir os serviços [...]” (Iguaçu).*

Na sequência, Iguaçu (assistência) aborda o quanto há uma distância entre os modos de organização do trabalho da equipe médica e das demais categorias profissionais, impactando em um aumento da distância entre os trabalhadores:

*“[...] A maioria dos médicos staffs que são assim os concursados vai lá, dá uma pincelada aqui, uma pincelada acolá. Eles têm uma escala muito mais flexível do que todos os outros servidores. Apesar de todos sermos tecnologistas, porque a nossa área é a carreira de ciência e tecnologia, eles têm essa proteção, esse corporativismo institucional e nós não, obviamente. Então, eles vão lá, botam na mão do residente as coisas, passam as visitas e acabou. [...] Mas aí a nossa relação com a enfermagem é melhor, a gente relação com a enfermagem, mas é informal. Não é algo assim institucionalizado [...] Então, fica bem individualizado, cada setor que se resolva [...]” (Iguaçu).*

Como assinala Baltazar, esta super valorização do saber médico existente e historicamente construído nas unidades hospitalares, não significa uma desqualificação dos

demais saberes profissionais, “mas de uma dependência desses profissionais no sentido de que são os médicos que diante de sua “superqualificação” detêm o controle do processo assistencial em si [...]” (BALTAZAR, 2016, p. 57). Mesmo que as demais categorias tenham seu arcabouço legislativo, em relação ao exercício da profissão, nos serviços de saúde, as regras dessa divisão dependem de uma correlação de forças e poderes (BALTAZAR, 2016). Por conta disso, essa dicotomia entre categoria médica e demais categorias acaba por dificultar ainda mais a possibilidade de construção de projetos em comum.

Dejours (2007) ao discutir a banalização da injustiça social a partir da obra de Hanna Arendt (“A banalização do mal”) qualifica como “mal” todas as condutas instituídas como sistema de direção, comando, organização, gestão quando estas são públicas, banalizadas, deliberadas, admitidas. Em outras palavras, quando estas condutas não são clandestinas ou ocasionais, mas se dão de maneira sistemática. Uma vez instituído o mal, não se fala mais em cúmplices, mas em colaboradores. “[...] O problema é, pois, compreender o processo pelo qual as ‘pessoas de bem’, dotadas de ‘senso moral’, consentem em contribuir para o mal, tornando-se, em grande número ou mesmo em sua maioria, ‘colaboradores’ [...]” (DEJOURS, 2007, p. 78).

Justamente porque o processo de adoecimento no (e pelo) trabalho é resultante de uma multiplicidade de fatores que se imbricam é que entendo se fazer necessário pensarmos no quanto as relações de poder entre chefias, supervisores, equipes impactam na saúde mental dos trabalhadores. Ao apoiar-se em um imaginário de excelência, de muralha, esta instituição não suporta a fragilidade e a falibilidade dos trabalhadores. Ao mesmo tempo que, paradoxalmente, se trata de uma instituição que tem como missão lidar com a degeneração e a morte representadas pelo câncer, a gestão tem pouca tolerância com aqueles trabalhadores que adoecem. Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) apontam o assédio moral em nome da excelência, no trabalho, como causa do adoecimento mental dos trabalhadores, por se tratar de uma manifestação de violência psicológica visando a submissão às imposições e que leva à ‘vulnerabilização’ da saúde. O assédio moral, no meu modo de ver, é uma das mais terríveis formas de produção do “mal” a que Dejours se refere, nas instituições.

Cajari (retorno) exemplifica esta questão ao contar sobre o período anterior as suas crises de ansiedade associando estas crises à postura de uma antiga chefia:

*“[...] tinha a mania muito de chamar a gente e tudo sempre era na gritaria, Fulano/a, sempre assim, total assédio moral. Isso aí era pra gente, na época, ter denunciado [...]” (Cajari).*

Segundo Cajari (retorno) somente não denunciaram porque se encontravam em estágio probatório e, por isso, receavam que pudessem, em decorrência de denúncia, gerar retaliações que implicasse a não efetivação no serviço público.

Este trecho da narrativa de Cajari (retorno) faz lembrar Gaulejac (2006) ao discutir o poder e a sua capacidade de gerar estigmatização. Dessa maneira, para este autor, o poder:

Confere valor às coisas e pessoas, mas também desvaloriza, anula, exclui. Todos nós vivemos situações na família, na escola, em que autoridade se apoia no grupo para ‘envergonhar’ alguém. A humilhação é sempre um meio de reforçar a autoridade [...] As violências humilhantes adotam a imagem das diferentes figuras do poder: violência econômicas (pobreza, miséria, exploração, desemprego...), violências sociais (decadência, desigualdades, injustiças...), violência simbólica (estigmatização, anulação, desqualificação), violência física (maus-tratos, tortura, sevícias sexuais...), violência psicológica (desvalorização, rejeição afetiva, inferiorização...) [...]” (GAULEJAC, 2006, p.67)

No caso de Cajari (retorno), a violência psicológica a fez pagar um alto preço através do abalo à sua saúde mental. Em relação a este mesmo serviço, outro sujeito descreveu situação de violência similar contra ele próprio e outros colegas.

Outra situação de assédio narrada chegou a me sensibilizar bastante pela intensidade da dor transmitida por Juruena (retorno) quando descreveu a sua vivência. Ela contou que desconhecia, durante anos, os seus próprios direitos sobre o horário de almoço. Juruena (retorno), então, narra:

*“Então, a gente trabalhava, por exemplo, doze horas, sem hora de almoço porque dizia que plantonista não tinha direito a hora de almoço. Aí tem uns dois anos que eu fui descobrir, que a chefe falou que ele não tem direito a hora de almoço, mas ele tem direito a quatro intervalos de quinze minutos que dariam treze horas, uma hora que daria uma hora. Então, ele poderia ter uma hora de almoço. E quando eu fui pra xx (nome do setor) eu passei muita dificuldade lá devido a isso [...] Você comia e ia correndo [...]” (Juruena).*

Eu identifico que não se trata de uma questão pontual de falta de informação acerca dos seus próprios direitos, por um trabalhador, mas de uma opacidade (intencional) na comunicação e informação em relação aos seus direitos visando destitui-lo de autonomia para efetuar escolhas, lutar por esses direitos, enfim, assumir o protagonismo de sua inserção na instituição. Uma opacidade que se expressa, portanto, mediante o não reconhecimento do trabalhador como sujeito, mas como mais uma mera peça da engrenagem.

Posteriormente, Juruena (retorno) ainda fala de sua percepção de que não se tratava

de uma realidade de trabalho igual para todos os trabalhadores. Enquanto ela tinha que almoçar correndo para atender a agenda médica, integrantes da categoria médica tinham regalias tais como chegar mais tarde ou sair mais cedo. Assim, as desigualdades, as disputas de poderes também se manifestam nas diferenças de tratamentos dirigidos as diferentes categorias profissionais.

É na direção de uma negação de uma cultura institucional, próximo ao que foi expresso por Iguacu (assistência), tão opressora que até ocorrem reuniões, mas nestas há pouca possibilidade de circulação da palavra, como Canindé (assistência) destaca:

*“[...] Eu acho de uma pobreza administrativa porque ninguém quer se expor, ninguém quer falar o que é difícil. É isso[...].” (Canindé).*

É possível apreender desta fala que mesmo sendo estatutários, ou seja, com vínculo de trabalho estável, os trabalhadores evitam temas que possam gerar conflitos futuros de convivência e andamento dos seus processos de trabalho. Este aspecto é um indicativo do quão a instituição apresenta relações de poder “enrijecidas”, centralizados, controladoras, resultando em pouco espaço para críticas e questionamentos.

Identifico uma rigidez e um excesso de cobrança por essa instituição a partir de um “imaginário de muralha” e excelência, continuamente aprisionando, por sua vez, os seus trabalhadores em um imaginário de insuficiência, de imperfeição, de que nunca estará a sua altura. As pressões feitas pelas chefias sobre os trabalhadores se constituem um exemplo desse “imaginário de muralha” a que me refiro e que são apresentadas por Cajari (retorno) ao abordar a questão do horário de chegada ao serviço. Segundo Cajari (retorno), mesmo tendo um crachá para a realização deste controle de entrada no serviço, certa vez, houve questionamento pela sua chefia sobre o porquê de ter chegado no andar com pequeno atraso (uns quinze minutos). A sua justificativa é que chegara no horário, mas havia aguardado dez a quinze minutos na fila do elevador. Então, como não era comum estes “atrasos”, Cajari (retorno) sentiu atrelada a essa exigência de pontualidade, uma falta de reconhecimento ao seu comprometimento profissional. Esta visão de que os trabalhadores estão sempre em dívida com a instituição é também apresentada por Canindé (assistência) ao afirmar que:

*“[...] A gente é muito maltratado. Está sempre em falta. “- Chegou oito e quinze? Você era pra chegar às oito”. Entendeu? É assim. É ruim.” (Canindé).*

Aliás, esse sentimento de “maltrato” decorrente desse modo de fazer gestão que se apoia no imaginário de domínio e controle através de inflexibilidade no trato com os trabalhadores, é igualmente compartilhado por Barigüi (assistência) quando ela diz que o trabalhador é sempre visto com desconfiança pela instituição:

*“[...] Sempre visto, sempre com o olhar do servidor como aquela pessoa que não quer trabalhar, que faz corpo mole, que quer enganar, que quer se dar bem. E esse discurso é um discurso que atravessa a instituição de uma forma muito violenta que tanto inibe o trabalhador de buscar pelo seu direito quanto, quando ele o obtém, ele o obtém de uma forma precarizada. Ele fica muito exposto, entendeu? [...]” (Barigüi).*

O sentimento de violência expresso por Barigüi (assistência) possivelmente, se deve ao fato de que não apenas o trabalhador não ser reconhecido na sua capacidade técnica, como ainda não tem os seus direitos trabalhistas reconhecidos. Dejours (2012a) considera o reconhecimento ponto essencial no prazer no trabalho. Como ele diz:

É ainda por causa deste reconhecimento sobre o fazer que se pode respeitar e manter relações de convívio com as pessoas pelas quais não se tem grande empatia, até se sente alguma aversão. O reconhecimento da qualidade das contribuições singulares no registro) do fazer desempenha um papel essencial na conjuração da violência entre os seres humanos [...].” (DEJOURS, 2012a, p:41).

Segundo Lhuilier (2005), o prazer no trabalho se dá na ação que a pessoa reconheça como sua, pela qual se sinta responsável e autônoma e da qual encontre um duplo reconhecimento, “simultaneamente aos seus próprios olhos (em termos de imagem de si) e aos olhos dos outros [...]” (LHUILIER, 2005, p. 212). A questão que se coloca é que uma instituição alicerçada em um imaginário de perfeição, de excelência e controle, acaba atribuindo ao trabalhador um lugar de busca de uma perfeição inalcançável. Para esta instituição, o trabalhador estará sempre no patamar de insuficiência, em desacordo com os mais altos padrões de qualidade a que a instituição atribui a si própria. Como, então, neste cenário e com este imaginário dominante de controle e disciplina, o trabalhador terá o reconhecimento do valor do seu trabalho?

Para Capibaribe (gestão), é necessário mudar o modo de se lidar com os trabalhadores:

*“[...] A pessoa, ela, não sei, não é uma atividade A, B ou C, no auditório de quinze,*

*trinta minutos que vai resolver isso. Não é! Não vou nem falar da questão salarial que também não... É legal! É bacana! [...] mas eu estou falando de uma atividade que realmente cuide da saúde desse trabalhador, que se importe! Eu acho que isso ia reduzir consideravelmente as licenças porque o trabalhador ia se sentir mais acolhido pela instituição. Não adianta você falar que acolhe, se você realmente não acolhe, você só cobra. Então, a gente é uma instituição e aí falando mesmo do Hospital Amazonas que cobra muito dos seus trabalhadores. Não que seus trabalhadores não tenham que ser cobrados, mas eu acho que não é só cobrança. Tem uma ideia de que trabalhador quer só relaxar. Queremos relaxar [...]” (Capibaribe).*

Uma vez não valorizado e com poucos espaços para trocas com colegas e chefias, o trabalhador ver os laços interpessoais se esgarçando. O modo como Iguaçu (assistência) expõe a relação dos trabalhadores com a instituição reforça esta minha percepção:

*“Eu acho uma coisa. É o meu diagnóstico [...] Ninguém lá tem sensação de pertencimento no serviço, você vai lá, dá o seu plantão e vai embora. E você nem olha pra cara da sua chefe, você nem vê, você nem sabe se ela está no serviço, hoje. Você vai lá, dá o seu plantão e vai embora. E assim, criou-se essa, essa cultura, e a grande maioria acaba, acaba se acostumando com isso. Então, pra você mudar uma cultura de dez anos, de uma década [...]” (Iguaçu).*

Esse esvaziamento dos laços com os colegas e sentimento de não pertença à instituição também favorece a uma não mobilização coletiva para que haja mudanças nos processos de trabalho, para lutas comuns, como por exemplo, lidar coletivamente com as situações de assédio moral. Como diz Gaulejac:

[...] O coletivo do trabalho não é mais portador de laços estáveis. Não funda mais um sentido de pertença na duração. Não é mais o suporte essencial da identidade social: as identidades profissionais desaparecem, as pertencas a um “corpo profissional” se tornam obsoletas, a mobilidade não permite mais se instalar duravelmente em um grupo de trabalho. O coletivo não realiza mais a função de mediação entre o indivíduo e a empresa. Em caso de conflito, ele não é mais o lugar em que se decidem as formas de resistência, as estratégias de luta, a elaboração de reivindicações. Ele não representa mais um elemento central de solidariedade e de proteção. As injunções de flexibilidade, como os sistemas de avaliação individualizados, reforçam a competição e não tanto a colaboração. (GAULEJAC, 2007, p. 155)

Além do que parece ser uma dificuldade de escuta em relação ao trabalhador descrito

por alguns, Araguaia (saúde do trabalhador) aborda a questão das gestões/lideranças sob um prisma importante e que diz respeito ao despreparo das próprias chefias que repercute nas equipes:

*“[...]a chefia nem sempre está capacitada, habilitada pra ser chefia, entendeu? Ela não teve treinamento. Ela não tem perfil. Ela está ali por acaso, entendeu? Ela não tem liderança. Aí começa a ter atrito com todo mundo. Aí fica uma chefia conhecida, por todo mundo, que não deu certo, mas também não sai porque não tem outra. Serviço público tem umas coisas engessadas que são muito ruins[...] Fica lá ‘ad eternum’, mesmo porque ninguém quer o lugar dela porque o salário é tão pequeno pra tanta aporrinhção, e fulana vai ficando e gerando conflito, [...] Não tem como. E aí ela vai, na paranoia dela, crescendo que ela está se dando bem, entendeu? E aí a coisa vai evoluindo até uma hora que ela soca alguém. Aí todo mundo toma uma providência. As coisas são muito lentas. Elas não são resolutivas. Infelizmente! Deveriam [...]” (Araguaia).*

Essa imagem de uma instituição ‘engessada’, ou melhor, rígida a ponto de não conseguir fazer a mudança de gestores quando necessário é algo muito significativo. Trata-se, a meu ver, de um indicativo da pouca mobilidade institucional que acarreta na possibilidade de trabalhadores permanecerem por muito tempo em atividades que lhes são insatisfatórias. Uma muralha que não apenas se interpõe às relações interpessoais, mas também aos deslocamentos de postos no interior da instituição. Jarí (retorno), por exemplo, relata o seu desejo de poder trabalhar em um serviço voltado para a saúde do trabalhador devido a uma experiência profissional prévia que lhe teria sido prazerosa e no qual permaneceu por cerca de um ano até ser chamada para assumir a sua vaga profissional no Hospital Amazonas:

*“[...] Eu antes de vir pro Hospital Amazonas, era apaixonada pelo meu trabalho na xx (cita o nome da empresa), na saúde do trabalhador. Eu achei um campo, assim, tão rico, tão vasto de atuação [...] Achei um trabalho bem fantástico que tem muita possibilidade de expansão [...] Foi bem proveitoso e, enfim, foi um campo pelo qual me apaixonei. Depois eu gostaria até de retomar. Na verdade, eu fiquei xx anos (cita quantos anos), estou, há xx anos (cita o tempo) no Hospital Amazonas, mas sempre com a esperança de desenvolver algo na área de saúde do trabalhador porque eu acho que é fantástico! [...]” (Jarí).*

A questão é que uma vez iniciada a atividade em um determinado setor, parece ser muito difícil fazer a mudança de lotação, através de uma solicitação realizada pelo próprio trabalhador, caso ele não queira mais atuar onde se encontra lotado. Tefé (assistência) exemplifica essa situação:

*“[...] Por exemplo, eu poderia alegar: “- Olha, eu não estou me entendendo com a minha chefia”. E, assim, eu nem sei se conseguiria, pra ser sincera. Do jeito que é o Hospital Amazonas ... Acho que eu nem conseguiria. Porque, imagina: “Olha, eu quero sair daqui. Não estou me dando bem... Estou em conflito com a minha chefia. Estou em conflito com a minha equipe. Não quero conviver com as pessoas. Mas eu estou bem. E, assim, bem, entre aspas.” Mas eu digo, assim, não tem, não vou ter nenhum atestado da psiquiatria que me favoreça, que seja o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores a fazer isso. Entendeu? Pra mim, vai ser uma movimentação, vai por permuta, qualquer coisa. Aliás, me parece que pra você sair, pelo menos, pela experiência que eu estou tendo lá no setor, só se for por adoecimento mesmo. Porque se for só por insatisfação, não acontece [...]” (Tefé).*

Aí é importante considerar o quanto de frustrações, insatisfações e sofrimento, essa cristalização em uma mesma atividade, na instituição, pode produzir no trabalhador a tal ponto que é preciso que ele adoça para conseguir efetivamente sair desse local de trabalho que não mais faz sentido para ele. Neste trecho da narrativa da própria Tefé (assistência), podemos observar uma certa perplexidade quanto à perspectiva de vir a passar anos atuando em uma mesma função, assim que ingressou na instituição

*“[...] quando eu entrei no Hospital Amazonas há xx (cita o tempo) anos atrás eu falava assim: “- Meu Deus do Céu! Vou me aposentar nesse lugar.” E engraçado, assim, eu quis entrar. Fiz o concurso pra poder vir porque eu já trabalhava em dois lugares antes. Mas quando eu me dei com a realidade, me deparei com a realidade que eu ficaria por quinze, vinte anos, até me aposentar, no mesmo lugar, deu um certo, levei um certo susto, assim, inicial. E aí não consegui imaginar pra frente esse tempo todo, mas passou muito rápido. E aí, desde que eu entrei, eu estou neste hospital [...]” (Tefé).*

A impressão que tenho é que a instituição tenta a todo momento o controle dos corpos e mentes dos trabalhadores, como exemplifica criticamente Canindé (assistência):



*“[...] Hoje, eu não estou no Hospital Amazonas. Hoje, eu estou de folga, estou estudando [...] Mas, assim, já me ligaram trezentas vezes do Hospital Amazonas, entende? Então, você pode desligar mais ou menos. E não tem problema. Assim, acho que faz parte porque eu acho que é um lugar que não é possível descansar. Não é possível legitimar a pausa, entendeu? [...]” (Canindé).*

Por mais que seja uma profissional implicada com o seu trabalho e seja crítica em relação ao fato de não conseguir ter uma folga sem ser procurada pelo trabalho, Canindé (assistência) acaba se deixando capturar por essa demanda devoradora e controladora da instituição.

## 8 SUBMERSO SOB ÁGUAS PLÁCIDAS: O ADOECIMENTO E O AFASTAMENTO DO TRABALHO

*“[...] Comecei a entrar numa depressão porque aí eu achava que não era reconhecida, não era ouvida, não era! Era ignorada! [...]” (Juruena)*

Aproximando-se da discussão de Erhenberg (2010), Baltazar (2016) afirma que considerando as demandas constantes de performance e eficiência, no trabalho hospitalar, aquele que adocece no trabalho acaba destoando. Entendo, portanto, que o trabalho em um hospital oncológico, pelo nível de complexidade inerente ao trabalho, talvez estabeleça ainda mais exigências para o trabalhador se manter ativo. Uma vez que este trabalhador não atenda a estas exigências por não estar bem psicologicamente, ele corre o risco de ser incompreendido por colegas e chefias. Assim, Baltazar (2016) diz que, em especial quando se trata de adoecimento mental, há sempre um risco de exclusão do mundo do trabalho, seja ele temporário ou definitivo. Entendo, pois, que talvez seja este o motivo de se estabelecer uma espécie de um “pacto de silêncio” de não se abordar o tema “adoecimento mental” na instituição.

Além do mais, no caso da depressão, especialmente quando o quadro não é tão grave, nem sempre os sintomas são facilmente identificáveis por leigos. Então, nesses casos especificamente, ao tentarem manter segredo sobre motivo da licença médica, os trabalhadores de saúde com diagnóstico de depressão e/ou que tentaram suicídio poderiam ser considerados “desacreditáveis”. O “desacreditável”, categoria criada por Goffman (1988) é quando um determinado atributo que diferencia o sujeito dos demais não se encontra evidente. Por este motivo, o sujeito faz o possível para manter este atributo escamoteado para a sua comunidade ou grupo de pertença. O seu modo de se apresentar ao trabalho faz lembrar as águas plácidas de um rio, aparentemente tranquilas em sua superfície e turbulentas em suas correntezas.

A invisibilidade do adoecimento psíquico e sua aparente placidez para o olhar externo ocasiona muitos mal-entendidos, na instituição. A dificuldade da instituição, dos gestores de lidarem com as questões concernentes à saúde mental, são bem ilustradas por Barigüi (assistência) ao destacar como o Hospital Amazonas lida de modo diferenciado com aqueles que adoecem fisicamente e os que adoecem psicologicamente:

*“Eu tenho alergia a iodo não posso trabalhar onde tem iodo [...] então, não havia grandes tensões e grandes questionamentos. Se sofri um acidente, quebrei o braço, não*

*posso mais operar [...] e a parte psíquica que era sempre a mais difícil, sempre a mais difícil, por tudo aquilo que a gente falou no início: tabu, preconceito, por ser uma dor muito subjetiva, você não tem como mensurar, você não tem como fazer um raio X dessa dor, desse sofrimento [...]*” (Barigüi).

Essa postura da vigilância sobre a vida pessoal, a desconfiança acerca da legitimidade do adoecimento psíquico, também é apresentado por Barigüi (assistência) quando afirma que:

*“[...] Uma pessoa que está licenciada não pode ir para Petrópolis ficar uma semana num lugar calmo pra ver se consegue melhorar que isso já é visto: “- Olha lá, está passeando [...]*” (Barigüi).

Complementando essa mesma linha de entendimento acerca dos mal-entendidos que não são apenas da instituição, mas encontrada de forma disseminada na sociedade, Capibaribe (gestão) diz:

*“[...] a gente tem uma ideia errônea, no âmbito mais geral da sociedade, que o adoecimento só é adoecimento quando você vê. Só é doença quando você vê. Quando você não vê: “- Ah! É frescura. Isso aí é moleza. É preguiça, enfim.” E a doença psíquica é uma doença. E às vezes até mais cruel do que uma outra, dependendo dessa outra. Porque você, inclusive, porque você não vê. Então, às vezes, a pessoa está sorrindo, você olha nas redes sociais e não é nada daquilo [...]*” (Capibaribe).

A partir da fala de Iguacu (assistência), é possível se observar a dificuldade de apreensão do que seria o adoecimento psíquico atrelada a um certo nível de desconfiança sobre a licença médica quando é este o motivo de afastamento alegado:

*“[...] O que gera, de vez em quando, é um desconforto na equipe quando a gente, por exemplo, sabe que a pessoa está de licença, afastamento por depressão. Assim, naturalmente as pessoas entendem. Todo mundo está, passa por isso, mas questões assim muito postergadas, passam de um, dois, três, quatro meses, começa a cansar porque alguns colegas começam a acumular trabalho. Quando um sai, outro acumula o trabalho da pessoa. Então, começa a pesar. Aí você começa a ver a pessoa, por exemplo, terminando o*

*curso de mestrado, de doutorado, de pós-graduação, vida normal. Só pro Hospital Amazonas não pode. Pro resto da vida pode? Tudo bem. Ok, pode ser um gatilho que dispara ali dentro? Ok. Tive relatos também de colegas que viram médicos passeando, pra cima e pra baixo, mas pro Hospital Amazonas não podia ir porque estava de licença. Então, eu não vejo preconceito em si. Eu vejo desconfiança. Será mesmo? Porque assim, uma coisa é a pessoa dar sinais claros e se afastar e outra coisa é a pessoa não dá sinais claros, sai no dia seguinte [...]” (Iguaçu).*

Abaeté (saúde do trabalhador), por sua vez, lembra a dificuldade para aqueles que vivem a situação do adoecimento psíquico de aceitação da sua patologia pelos seus colegas por se sentirem prejudicados no período da licença médica:

*“[...] E também muitos relatos de profissionais que falam que, infelizmente, não encontraram compreensão, por parte de colegas. São vistos como alguém que não está querendo muito trabalhar, ficou numa boa em casa, recebendo salário enquanto eles estão carregando tudo nas costas [...] Eu acho que pelo fato da equipe está muito desgastada, ela tende a ser mais, assim, mais dura, mais cobradora. Porque tão assim estressados, desgastados. Então, qualquer um, qualquer desfalque já faz eles se sentirem assim “- Sobrou pra mim!” [...]” (Abaeté).*

Ao destacar estes trechos das narrativas de Barigüi (assistência), Capibaribe (gestão), Iguaçu (assistência) e Abaeté (saúde do trabalhador), tenho a percepção de que não apenas o adoecimento psíquico é um dos resultados da forma como se processa a organização do trabalho encontrada nesta instituição, mas que também há um outro modo de produção de sofrimento nos trabalhadores manifestado em forma de ressentimento. Este ressentimento de alguns trabalhadores se dá frente a possíveis benefícios que aqueles que se afastam por adoecimento psíquico estejam usufruindo.

Kehl (2020) entende que o ressentimento não se trata de uma estrutura clínica, nem um sintoma, mas uma impossibilidade de esquecer um agravo. “As manifestações de ressentimento referem-se a um prejuízo pelo qual o sujeito foi corresponsável – no mínimo por ter cedido, sem lutar, sobre algo que dizia respeito a seu desejo” (KEHL, 2020, p. 15). Portanto, o ressentimento seria uma cobrança indireta pelo bem concedido a outro devido à sua submissão (ou covardia). Daí o sujeito ressentido ficar no lugar do queixoso, daquele que acusa para que o outro reconheça o mal que lhe foi feito. Portanto, o ressentido

pode ser visto como o sujeito característico dos impasses ocorridos em muitos conflitos sociais contemporâneos. Pode representar o estado de espírito das pessoas que se sentem “passadas para trás” na luta por um lugar ao sol que caracteriza a vida profissional e social nas sociedades capitalistas. É o que ocorre quando um perdedor não se vê como perdedor, mas como “prejudicado”. O afeto é resistente porque conta com o que se chama de “convalidação social” [...]: as sociedades capitalistas frequentemente produzem as condições para que grandes contingentes de trabalhadores sejam de fato prejudicados e lanças à margem do campo de possibilidades efetivas de inserção, em razão de uma ordem tão injusta que não se pode atribuir a eles a responsabilidade pelo prejuízo de que são verdadeiramente vítimas [...] (KEHL, 2020, p. 22).

Entendo, pois, que a partir do momento que esta instituição, devido à sua muralha imaginária, obstaculiza a circulação da palavra e do desejo dos trabalhadores, estes são, simultaneamente vítimas reais desta ordem institucional e acusadores queixosos, mas pouco dispostos a tomar atitude para sair deste lugar de vítimas.

Aliada a esta discussão, como afirma Alevato (2011), vivemos um cenário moral e ético que expõe atitudes questionáveis baseadas mais no bem individual do que coletivo. Assim, existe uma vinculação entre simulação e sofrimento psíquico que reverbera no senso comum “e reproduz a crença de que há eventos da vida humana que são “apenas psicológicos” no sentido de que sejam falsos, ou frutos da imaginação ou da falta de esforço pessoal para superá-los [...] (ALEVATO, 2011, p. 147).

Mucuri (gestão) fala sobre os processos de estigmatização de quem traz consigo este diagnóstico.

*“[...] eu acho que a gente precisa desmistificar muito a temática saúde mental. Eu acho que é uma temática ainda muito estigmatizada tal qual o câncer. E isso pra gente gera muita resistência. Eu posso te dizer que eu fui muito resistente aos afastamentos por saúde mental e hoje o que eu pratico na minha é não julgar. Não quero julgar porque a doença mental, ela é muito silenciosa [...] mas os gestores, eles precisam estar preparados pra acolher o momento em que a gente tem lapsos, se eu posso dizer assim, ou fraquezas mentais [...]” (Mucuri).*

Mesmo Mucuri (gestão) se mostrando muito sensível à situação do adoecimento psíquico, a ideia de que se trata de uma “fraqueza mental” de alguns trabalhadores transparece em seu relato. É comum observar o quanto o discurso dos gestores é perpassado por uma lógica que toma emprestado do esporte a imagem do atleta/herói. Trata-se de uma figura idealizada do trabalhador que rompe barreiras físicas e psicológicas no trabalho, alcançando metas e vencendo obstáculos, como se cada um assumisse sozinho a total

responsabilidade por seu fracasso ou sucesso no mundo do trabalho (ROCHA, 2018).

Ao mesmo tempo que este discurso contribui para silenciar os trabalhadores sobre o adoecimento psíquico como se fosse algo destinado aos “fracos” e, portanto, incongruente com o imaginário de excelência institucional.

Além do silenciamento sobre o adoecimento psíquico, o próprio adoecimento psíquico parece se processar, para alguns sujeitos, de forma silenciosa, de modo que demoram a perceber em si a doença. A narrativa de Indaiá (retorno) que precisou se afastar com o diagnóstico de depressão duas vezes e retornou após ambas as licenças expressa bem essa situação. Na primeira vez, Indaiá (retorno) não se sentia bem emocionalmente para retornar ao trabalho após ter acompanhado um familiar doente por um tempo. Até então, é como se ela não tivesse a dimensão de seu diagnóstico de depressão:

*“[...] Mas eu já estava num processo depressivo e aí eu já entrei com a medicação e fui meio que tocando o barco [...] Então, eu comecei a ter todo um processo meio que ruim, emocional ruim. E aí ali sim eu me encarei: “Gente, eu estou com depressão!”. E aí eu mudei de psiquiatra. Fui pra um outro médico e aí ele mexeu todas as medicações [...]” (Indaiá).*

A expressão “tocando o barco” tem o sentido de seguir em frente, sem muitos questionamentos, simplesmente prosseguir de onde parou e isso pode ter efeitos bastantes sofridos para o trabalhador. Outro aspecto interessante desta metáfora do barco empregada por Indaiá (retorno) é que remete a solidão e a insegurança uma vez que o barco pode ser um meio de transporte pouco seguro a depender das condições climáticas, ou seja, o condutor de um barco pode perder o controle sobre o mesmo. O momento em que Indaiá (retorno) toma consciência sobre o seu processo de adoecimento, é fundamental para buscar novas estratégias, sem ter que seguir em frente de modo tão solitário. Embarcar na depressão é como se submeter a correntezas psíquicas agitadas sobre as quais você não tem controle algum por mais que se esforce para tal. Não é algo da ordem da vontade ou da consciência.

Às vezes, as fantasias acerca do adoecimento físico se aliam ao fato de que é mais fácil identificar alguma patologia no próprio corpo do que se reconhecer em processo de adoecimento psíquico, especialmente quando esta percepção se encontra eivada de preconceitos em relação a possibilidade de tratamento, como são explicitadas por Cajarí (retorno):

*“[...] Então, assim, outra coisa também que eu tenho muito por causa do Hospital Amazonas, sempre achando que estava doente. Então, pra mim eu estava já com uma leucemia ou com alguma coisa, assim, bem grave. Porque eu estava num cansaço extremo. E aí eu resolvi procurar a psiquiatra [...] Aí eu comecei a tomar medicação. Aí eu tinha explicado pra ela que eu tinha muito medo. Eu sempre tive preconceito... Eu achava que era coisa doido. Aí eu ficava. Não ia, não ia e fui! [...] Porque eu estava muito com essa questão de achar toda hora que estava doente. Aí eu fui no cardiologista, fui no medo de está com problema cardíaco [...] Aí era dor de cabeça, eu ia no Neuro, fazia uma tomografia. Já fiz até tomografia. Aí eu ficava, assim, sempre achando que tinha alguma coisa [...]” (Cajari).*

Outras vezes, os trabalhadores, entre fantasias e dados de realidade, têm a percepção da existência de um nexos causal direto entre o quadro oncológico dos pacientes e a possibilidade de adoecimentos psicossomáticos dos trabalhadores, como afirma Canindé (assistência):

*“[...] assim, essas pessoas terminam, no Hospital Amazonas, com câncer. Assim, quantas pessoas se aposentam, no Hospital Amazonas, ou antecipam a aposentadoria porque tiveram câncer. Assim, isso é uma coisa que eu tenho muito medo porque eu não quero ter câncer assim. Eu sou uma pessoa que gostaria muito de ter um corpo saudável. Mas assim, com isso, como o sofrimento legitimado é o sofrimento físico, como o sofrimento psíquico, ele é estigmatizado, ele é colocado de lado [...]” (Canindé).*

Canindé (assistência) traz à baila não apenas a sua observação empírica acerca da possibilidade de um quadro oncológico ser associado a aspectos psicossomáticos, mas explicita o seu medo de ela própria vir a adoecer com um quadro oncológico e seguir um destino similar ao de seus próprios pacientes. Tenho como hipótese, a partir daí, o quanto o fantasma do adoecimento (psíquico ou oncológico) deixa as suas marcas sobre a saúde psíquica de muitos trabalhadores, nesta instituição.

Uma outra percepção dos trabalhadores acerca do adoecimento psíquico é de que existiria uma possível correlação entre o processo de adoecimento psíquico e as situações de luto vivenciadas no ambiente de trabalho, desta instituição. Mucuri (gestão) observa empiricamente que quando atuava na gestão, costumavam aumentar o número de casos de afastamentos por adoecimento mental cada vez que havia um aumento do número de óbitos de pacientes que passaram longos tempos internados e que, por conseguinte, teriam

estabelecido maior vínculo com os profissionais:

*“Os afastamentos por doença mental, eles são muito prolongados e, às vezes, gerando até aposentadorias. Então, eu observei, assim, no nosso serviço, a gente observa muito isso nas linhas de internação, quando a gente tem uma leva de muitas mortes [...] Então, eles ficam às vezes internados dois, três meses em cuidados em fim de vida e vão à óbito, nas enfermarias. E isso acaba gerando, acaba gerando um impacto. Então, você tem sempre alguém que, que não consegue lidar com a situação e acaba se afastando [...]” (Mucuri).*

É realmente bastante interessante essa correlação traçada por Mucuri (gestão) entre os afastamentos por adoecimento psíquico dos trabalhadores e a situação de luto. Esta percepção de Mucuri (gestão) contribui para se colocar em questão a ausência de suporte da instituição para os trabalhadores de modo que possam lidar com as perdas.

Cabe destacar que a atenção ao sofrimento e adoecimento do trabalhador não pode se restringir aqueles que lidam diretamente com o cuidado porque, como sinaliza Atuba (gestão) que atua na gestão:

*“[...] também muitas pessoas, nas lideranças, adoecendo. Porque é muito pesado você ser chefe. Você estar num cargo de liderança é muito pesado. Muita demanda de trabalho. É muito exigido [...]” (Atuba).*

No caso de Jarí (retorno), o elemento disparador do seu adoecimento psíquico foi a situação de um familiar próximo a ela que apresentou um quadro oncológico. Segundo Jarí (retorno), cada vez que lia um prontuário, parecia ser antecipado nela a angústia de um possível sofrimento físico e mental que esse familiar estaria prestes a vivenciar. Jarí aborda essa questão da seguinte maneira:

*“[...] eu consegui observar um desgaste antes mesmo do adoecimento do xx (cita o familiar), sendo que o adoecimento do xx (cita o familiar), ele foi um divisor de águas em relação à permanência da atividade, no hospital de ficar no hospital, de continuar a assistência direta ao paciente. Eu via que não estava me beneficiando, nem beneficiando o paciente porque eu chegava em casa tinha que acompanhar a situação do xx (cita o familiar). Ficava no trabalho, câncer. Foi mais relacionado a questão do câncer em si, da*



*doença, de vivenciar a doença vinte e quatro horas, era uma outra escala de trabalho também [...]” (Jarí).*

O nível de identificação dela com a dor dos pacientes e seus acompanhantes foi tão intenso que Jarí (retorno) não suportou continuar trabalhando na assistência e pediu para ser afastada pela psiquiatria. Uma confluência entre a atividade e o acompanhamento a um familiar adoecido que se tornou tão profundamente dolorosa que não lhe permitia se descolar desta vivência de cuidadora. Neste caso, destaco que apesar da possibilidade de estigmatização quando se recebe uma licença psiquiátrica, Jarí (retorno) preferiu correr este risco do que a possibilidade de sofrer continuamente cada vez que abrisse um prontuário e/ou lidasse com algum paciente oncológico.

De um lado, na situação descrita por Jarí (retorno), identificamos um esforço de evitação ao próprio sofrimento psíquico mediante o afastamento do trabalho. De outro lado, no trecho do relato de Canindé (assistência), que se segue, podemos identificar alguns outros modos com que os trabalhadores buscam se defender de seu sofrimento:

*“[...] Às vezes eu acho que é uma saída pra isso, você se embrutecer. Não ver no paciente, alguém que pode te dizer alguma coisa. Estar fechado pra escuta do paciente, aplicando procedimentos, assim, protocolo. [...] E aí eu acho que isso faz sofrer o paciente, faz sofrer o profissional, mas tem uma ilusão de que se é mais técnico, de que se tem uma expertise específico dessa área. O Hospital Amazonas se habilita muito por esse expertise, entendeu? E eu acho que existe um expertise se a gente escutar os pacientes, certamente a gente vai aprender muita coisa com eles. É isso o que eu acho! Só que aprender com eles é difícil, às vezes [...] Então, eu acho que as pessoas ali ficam obesas, ficam malucas, ficam briguentas e aí eu acho que é isso. É assim que a, que a ansiedade tem um escoamento [...]” (Canindé).*

É interessante estabelecermos algumas reflexões a partir da fala de Canindé (assistência). Primeiramente, o quanto a instituição se encontra ensimesmada na imagem de ser uma instituição de excelência, resultando na supervalorização das técnicas e das expertises e uma aparente intolerância ao que seria considerado uma fragilidade dos trabalhadores, a sua escuta. Essa condição da instituição muito me faz lembrar o mito de Narciso e o encantamento mortífero pela sua própria imagem. Posteriormente é o quanto os trabalhadores capturados por esse espelho distorcido e sem condições de alcançar essa

excelência, criam os seus mecanismos individuais para amortecer o próprio sofrimento através da negação do sofrimento, embrutecimento no trato com os pacientes, “obesidade” e mesmo se tornando “briguentas”. Por fim, a expressão da sua sensibilidade no cuidado ao paciente ao verbalizar que a mais significativa ‘expertise’ que o trabalhador pode ter, nesta instituição, é a escuta.

A questão do adoecimento e conseqüente afastamento através de licença médica é muito delicada. De um lado, muitos gestores e colegas daqueles que são afastados demonstram empatia porque sabem que eles poderiam estar na mesma situação do colega adoecido. Por outro lado, parece haver um ressentimento em relação aqueles os deixam ‘sozinhos e sobrecarregados’, no serviço. Um ressentimento que pode levar à desconfiança acerca da veracidade dos motivos que levam o outro a sair de licença médica.

Mas há também aqueles que compreendem o afastamento de colegas dos colegas como resultante das pressões e não como como forma de se esquivar do trabalho, como afirma Canindé (assistência):

*“[...] E eu acho que tem pessoas, de fato, que fogem do trabalho pelo viés médico, dizendo que, assim, que não podem trabalhar. Enfim, mas eu não acho que seja a grande maioria das pessoas. Eu acho que tem exceções. Existem pessoas, de fato, usam isso, com má fé, mas me parece que a grande maioria quando diz que tá assim, é porque, de fato, está [...]” (Canindé).*

Sem entrar no mérito de uma discussão ética sobre o assunto, eu me indago se independentemente da causa para se buscar atestados médicos, se esta não seria uma forma do trabalhador manifestar a sua insatisfação e efetivamente pausar o que está fazendo. É claro que para o sujeito ou a equipe que “carrega o piano sozinho” chega a ser algo abjeto, mas diz muito sobre a instituição e as relações de trabalho. Fala de uma instituição resistente às iniciativas individuais ou grupais de mudanças e fala de um individualismo exacerbado em que os sujeitos buscam alternativas particulares para enfrentar a dor e o sofrimento no (e pelo) trabalho, ainda que às custas do sacrifício de outros.

Na gestão, a ausência de alguns por licença médica também impacta não apenas na assistência, mas em todo o arranjo assistencial que depende de muito esforço das lideranças para dar conta e continuidade ao serviço. Mucuri (gestão) explica:

*“[...] Mas é porque o absenteísmo é muito impactante. A gente, na gestão, passa*

*oitenta por cento do tempo, cobrindo escalas de serviço, [...] eu estou tentando trabalhar o dimensionamento que é uma coisa que já me incomodava quando eu entrei no xx (cita a pós-graduação realizada), que é dar conta dessa assistência, desse cuidado com tantos afastamentos de pessoal [...]" (Mucuri).*

As lideranças sofrem os impactos de uma ausência de política de recursos humanos do MS e também da própria instituição. Cada gestor/líder precisa utilizar seus próprios meios para resolver os impasses com a falta de pessoal nos plantões. Esse rearranjo assistencial demanda que o gestor esteja atento as necessidades dos integrantes da equipe sob a sua liderança, especialmente, em casos que envolvem adoecimento psíquico porque o gestor sabe que não poderá contar com estes trabalhadores por muito tempo, como sinaliza Atuba (gestão):

*"[...] Então, a gente percebe que a pessoa está, vamos dizer assim, lúcida, orientada, em condições de trabalhar até, mas está passando por um momento de fragilidade. Precisa ter um tempo pra ela pra poder se cuidar. Às vezes fazer ajuste terapêutico de medicamento. Esses medicamentos, normalmente, psicotrópicos, eles mexem com o ritmo da pessoa, ritmo circadiano, de sono, de alimentação, dá muito mal-estar, pessoa às vezes fica grogue, [...] É necessário mesmo, esse período de afastamento. E aí normalmente a licença da psiquiatria já tento até me organizar. Ou eu vou tentar dar mais APH<sup>59</sup>, o plantão extra ou a gente fecha a sala, diminui o atendimento [...]" (Atuba).*

Para os gestores, é uma situação muito desconfortável quando se trata de precisar estar atento se o sujeito estará ou não em condições de trabalhar, principalmente, porque são decisões que o gestor precisa tomar sem respaldo institucional para tal. Ao mesmo tempo, que essa "liberdade", ou melhor, essa discricionariedade na gestão, também pode induzir a situações de assédio moral, de injustiças, de conflitos na equipe.

Segundo Araguaia (saúde do trabalhador), os quadros mais comuns observados em trabalhadores, em termos de diagnósticos psicopatológicos, são de casos de ansiedade e de depressão. A questão é que independentemente do diagnóstico que o trabalhador receba, qualquer tempo afastado, dada à insuficiência de força de trabalho, nos serviços de saúde públicos, acaba por sobrecarregar os colegas que permanecem em atividade e os próprios

---

<sup>59</sup> Adicional de Plantão Hospitalar.

gestores que precisam gerenciar esse absenteísmo.

No caso do adoecimento psíquico, é muito difícil prever quando este trabalhador se encontrará apto novamente para retornar às suas atividades, dependendo da gravidade do adoecimento. Os tratamentos não costumam promover rápida remissão dos sintomas e ainda variam muito de acordo com o tempo psíquico de cada sujeito. Além do mais, nem todos os trabalhadores têm acesso a serviços de saúde mental de qualidade, seja por dificuldade de acesso ao serviço público seja por dificuldade de acesso a rede privada de saúde. Em decorrência de todos estes motivos, é que considero fundamental questionar toda a rigidez institucional que leva a poucas possibilidades de revisão de formas de organização do trabalho (processos e gestão do trabalho).

Um outro aspecto que merece a atenção é o quanto a saúde mental também é equivocadamente relacionada a um mal-estar passível de ser controlado pelo sujeito que adocece e resolvido através de um desabafo ou a escuta dos problemas por um psicólogo da instituição. Assim, mesmo sendo sensíveis ao sofrimento e adoecimento psíquico, mesmo desejando realmente ajudar, alguns gestores parecem não saber muito como lidar com essas situações. Nessa direção, Tapajós (gestão) conta o modo de lidar com alguém de sua equipe quando esta aparenta não estar bem emocionalmente:

*“[...] eu já tenho um pouco desse olhar de identificar o comportamento de cada um. Porque eu sei como eles chegaram e eu sei, eu acompanho o dia-a-dia deles. Então, quando eu percebo que um está mais calado, está mais tristonho, eu costumo puxar por canto e conversar. Muitas das vezes, eu consigo reerguer, é como se fosse um desabafo. Ele vem, desabafa, me abraça, ri e sai mais aliviado. Muitas das vezes, nem tanto. Ai é onde eu preciso de um suporte maior [...]” (Tapajós).*

Apesar de se tratar de uma ação realizada pontualmente, tem o mérito de valorizar o cuidado através da escuta, algo raro nas relações interpessoais entre gestores e seus subordinados, nesta instituição. Porém, justamente por existir esta concepção de que o adoecimento psíquico é algo consciente e passível de ser controlado pelo próprio sujeito, é que pode acabar sendo alvo de desconfiança quanto à veracidade do seu psicodiagnóstico.

Atuba (gestão) também trata da questão do adoecimento psíquico como algo apenas de âmbito pessoal ao narrar:

*“Normalmente, as pessoas, elas não verbalizam muito com relação ao problema que*

*elas estão passando. Na maioria das vezes, o problema é mais em casa. São questões de filho, de esposo, separação, filho, enfim, são as drogas, que aí se soma.” (Atuba).*

Porém, há quem tenha uma perspectiva ampliada da saúde mental do trabalhador a partir da necessidade de implantação/implementação de políticas institucionais, e não apenas ações pontuais sobre aqueles que sofrem e/ou adoecem, como é dito por Barigüi (assistência):

*“[...] A minha leitura é uma percepção particular porque não há, no Hospital Amazonas, um programa de saúde mental, uma política de saúde mental para os trabalhadores. Existem ações fragmentadas[...] Então, não há política de saúde mental institucional [...]” (Barigüi).*

Essas ações fragmentadas parecem ser condizentes com esta instituição centralizadora com o objetivo de mais facilmente controlar os gestores, ao mesmo tempo, alienando os trabalhadores na sua capacidade de ter um olhar crítico sobre a sua própria produção.

Cabe enfatizar que o trabalhador que adocece mentalmente tende a ser afastado com um diagnóstico que não reflete o que lhe faz sofrer, nem o seu nexo causal com o trabalho, associando a uma predisposição pessoal para o adoecimento mental (BALTAZAR, 2016). Mesmo assim, é interessante observar que nem todos atribuem o processo de adoecimento exclusivamente a aspectos individuais e subjetivos do trabalhador, reconhecendo a existência de questões estruturais e de processos de trabalho, na instituição, que precisam ser contemplados pela saúde do trabalhador, como Iriri (saúde do trabalhador) sinaliza:

*“[...] Então, assim a gente tem questões de relações verticais e horizontais que são muito mais profundas do que a você oferecer essas terapias individuais. Você tem ações coletivas de gestão, de liderança, política, de cultura que vão pra muito além desse atendimento pontual e individual [...] realmente é necessário olhar individualmente pra cada unidade. E aí você imagina, assim a gente, você tirar um servidor da assistência, pra em 40 minutos, cuidar um pouquinho da parte externa dele, já é muito difícil, você imagina a gente conseguir chegar aonde realmente vai fazer a diferença [...]” (Iriri).*

Iriri (saúde do trabalhador) apresenta uma leitura reflexiva e macroscópica da

instituição e, por conta disso, bastante crítica quanto ao tipo de cuidado que se poder oferecer ao trabalhador. Argumenta, pois, que esta instituição precisa ser vista nas especificidades existentes em cada uma das unidades que compõe o complexo hospitalar, indicando que ao se pensar políticas institucionais, essas diferenças precisam ser levadas em consideração. Bem como menciona que ao se intervir na instituição exclusivamente através de ações sobre o sofrimento e/ou adoecimento dos trabalhadores, se deixa de observar que estas são consequências de características organizacionais mais complexas. Em outras palavras, embora considere importante oferecer práticas integrativas aos trabalhadores que convivem com um nível de estresse constante, questiona estas práticas quando se dão descoladas da busca sobre o que gerou os problemas de saúde nos trabalhadores:

*“[...] Porque aquilo ali cuidar da parte externa do servidor, a gente está só cuidando já do resultado daquilo ali. Então assim e o antes? O que causou aquilo ali? [...] a gente também sabe que não é tão simples, não é tão rápido, a gente está falando de uma cultura organizacional, você está falando de relações de poder, de relações de chefia. Então, é muito mais profundo do que você fazer um cantinho aonde o servidor tenha possibilidade de, pelo menos, em quarenta, trinta minutos, ter aquele respiro pra cuidar da parte externa dele [...] Então, ele está com o trabalho estressante fisicamente porque ou o mobiliário não é adequado ou porque ele, a sobrecarga de trabalho ali está muita ou porque ele já vem de um outro turno de plantão, em um outro lugar, então, assim, ele está acumulando, saindo de um trabalho, não tá tendo descanso e já está entrando num outro trabalho [...]” (Iriri).*

Iriri (saúde do trabalhador) esclarece, durante a entrevista, que tratar da “parte externa” são as intervenções que abordam os aspectos do sofrimento do trabalhador explicitados no corpo (dores musculares, coluna, estresse, etc.). Como a própria Iriri (saúde do trabalhador) argumenta, não adianta apenas tratar das dores musculares se estas podem ser resultantes de uma dupla jornada de trabalho quando o trabalhador tem dois vínculos de emprego.

A perspectiva argumentada por Iriri (saúde do trabalhador) dialoga com a discussão que Gaulejac (2007) faz sobre a necessidade de analisar o sofrimento psíquico não apenas através do sujeito, mas através da sua relação com o meio organizacional. No meu modo de ver, ao se adotar este olhar mais macro sistêmico, é possível se traçar estratégias ampliadas que não sirvam apenas para atuar nos sintomas, mas nas origens dos processos de trabalho potencialmente adoecedores.

## 8.1 O SUICÍDIO EM QUESTÃO ENTRE SOMBRAS E ENTRELINHAS

“[...] Isso é um temor que paira aqui, no espaço [...]”  
(Mapuá)

Freitas (2011) afirma que o suicídio envolve uma complexidade de aspectos (filosóficos, biológicos, sociais, psíquicos, jurídicos, religiosos, culturais). Então, acrescenta que o que o diferencia nos dias de hoje em relação a outras épocas é que houve um aumento de casos de suicídio entre pessoas empregadas e qualificadas, destacando-se o fato de que, mais recentemente, o local escolhido para se levar o suicídio a termo tem sido o próprio local de trabalho. Apesar dos casos de suicídios perpetrados no próprio ambiente de trabalho não poderem ser relacionados diretamente ao próprio trabalho, constituem um indicativo importante acerca do desejo de ter os integrantes do trabalho como testemunhas. Como pontuam Dejourns e Bègue (2010), a existência de um único caso de suicídio no local de trabalho é “um problema que afeta toda a comunidade de trabalho, uma vez que sua ocorrência reflete uma profunda degradação do conjunto do tecido humano e social do trabalho” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 15).

Porém, o silêncio da instituição pode se mostrar como um “*inimigo perigoso*” já que tampona conflitos que precisariam ser explicitados. Como assinalam Dejourns e Bègue (2010), o arquivamento de um caso de suicídio aumenta os riscos de adoecimento psíquicos para todos os demais membros da instituição que permaneceram. Porque o suicídio agrava a “degradação do tecido social da empresa” podendo desencadear rapidamente novas tentativas de suicídio. Além do mais, deixa sequelas não apenas na comunidade de trabalho, como também nas famílias destes sujeitos que se suicidaram. Por esta razão, estes autores consideram que a elucidação dessa “mensagem” é necessária, entre outros motivos, também para que haja uma elaboração do luto por todos (familiares e comunidade de trabalho). Como esta mensagem é sempre endereçada à comunidade de trabalho, faz-se necessário descobrir o significado de acusação emitida por aquele que se suicida em seu local de trabalho. No caso do presente estudo, caberá descobrir o significado dessas mensagens (expressas através de casos de depressão) e a quem se endereçam, nos hospitais públicos federais. Seria o ato suicidário um ato de desistência do trabalhador frente à instituição como reação à desistência do trabalhador pela instituição?

Mapuá (gestão) destaca o quanto a possibilidade de suicídio entre os trabalhadores é algo que preocupa a muitas chefias:

*“[...] Isso é um temor que paira aqui, no espaço. Eu vejo algumas chefias, principalmente a chefia de enfermagem, preocupadas com a saúde mental dos seus profissionais, do esgotamento mental produzido por esse trabalho [...]” (Mapuá).*

No entanto, embora preocupe as pessoas, acaba não sendo abordado explicitamente. Consequentemente, as tentativas de suicídio e o ato suicidário em si são tratados informalmente pelos trabalhadores como sinalizam alguns dos entrevistados. O resultado é que o assunto em questão percorre os corredores em forma de segredos e boatos. Tapajós (gestão) diz:

*“[...] Sim, já ouvi dizer, sim. Inclusive, na xx (cita o nome do setor) do Hospital Amazonas teve uma profissional que disse que ia tentar se suicidar. E falou para a liderança do setor que não estava aguentando mais a pressão. Acho que eram problemas pessoais e ela compartilhou comigo. Ela falou: “Tapajós, nós enquanto lideranças, nós ficamos, muitas das vezes, com uma responsabilidade muito grande. E, muitas das vezes, com mãos e pés atados. A gente não sabe o que fazer. Olha a responsabilidade que nós temos! Uma profissional, excelente profissional me confia que não está querendo viver! E, assim, o que que a gente faz numa situação dessa? [...] ” (Tapajós).*

É possível imaginar o quanto é aflitivo para alguém receber uma informação dessa e não sentir que está fazendo o suficiente para apoiar a pessoa que falou na possibilidade de suicídio, especialmente quando se está à frente da gestão de um serviço. A pergunta sobre o que fazer em uma situação dessa é um indicativo significativo do quanto é solitária a tomada de decisão, nesses casos. Mesmo sabendo da existência do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, os trabalhadores e gestores não se sentem apoiados nas situações em que os trabalhadores se encontram em crise psíquica, como ainda sinaliza Tapajós (gestão):

*“[...] Nunca recebi nenhum tipo de treinamento em relação à gente saber como a gente lidar com esse tipo de situação. Nunca! Desde que eu entrei aqui, desde xx (cita o ano), foi um assunto que nunca foi abordado com as lideranças. Nunca foi explicitado nenhum tipo de fluxo e, se houve, eu desconheço [...] Agora, dizer que tem algo institucionalizado, se existe, desconhecemos. A divulgação talvez não esteja sendo tão efetiva. Agora, por aí, eu desconheço [...]” (Tapajós).*



Como não há uma política de saúde mental voltada para os trabalhadores de saúde, não há qualquer atenção a situações de manejo de tentativas de suicídio ou algum programa de prevenção de suicídio. Tapajós (gestão) afirma não ser claro para os trabalhadores (gestores ou não) a existência de um fluxo para chegada de situações como essas ao Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Enfim, se trata de um assunto inexistente na agenda institucional, nas pautas de reuniões, pouco comentado ponto de vista formal.

O caso mencionado com pesar por vários sujeitos entrevistados, ocorrido mais recentemente, foi de um jovem profissional que supostamente teria se suicidado fora do hospital. Supostamente porque nem todos têm certeza se o caso dele chegou a ser realmente de suicídio, por isso, ora falam como se acreditassem se tratar de suicídio, ora como se desconhecessem completamente se acontecera algo nesse sentido. Enfim, esse caso acaba sendo tratado com formas e sombras pouco definidas, como se fosse uma lenda, gerando diferentes versões em torno do assunto. As dúvidas em torno desse tema e os comentários acerca do profissional me parecem que se trata de um assunto com o qual a instituição não conseguiu lidar até o presente momento tendo, retornando muitas vezes e por este motivo, se tornando mítica. O tema de um possível suicídio desse jovem profissional emerge como um sintoma institucional que não para de ser repetido. Sobre este caso, assinala Canindé (assistência):

*“[...] Já ouvi falar de pelo menos três (se referindo aos casos de suicídio). Esse, esse, esse foi consumado. Mas isso fica nas entrelinhas. Isso não fica falado.” (Canindé).*

Aramá (assistência), por sua vez, comenta a sua suspeita em relação ao que aparentemente se trata do caso do mesmo trabalhador que teria cometido suicídio, e ao fazê-lo o aborda de tal modo que parece estar certa que o fato teria sido efetivamente consumado:

*“[...] Quando eu cheguei teve um caso suspeito [...] de um médico e ele era muito novo [...] E a suspeita era que ele tinha se matado. Não ficou confirmado. As pessoas falam com muito cuidado. Então, tinha uma suspeita de que ele, sabendo das medicações, ele tomou um. Ele era um médico. Ele sabia das medicações. Tinha toda uma suspeita [...] Quando chegou a notícia da morte dele, primeiro, todo mundo ficou chocado. Então, assim: “- Nossa! O que aconteceu?” Depois que veio a confirmação porque ele deixou uma carta. Não sei o conteúdo dessa carta [...] Enfim, eu não sei o motivo, o que que foi colocado na*

*carta, não sei o conteúdo da carta, mas lamentei profundamente. Eu conhecia. Eu lembro que a gente passou uma semana, assim, bem pesada. Todo mundo lamentando. Foram pessoas, colegas de trabalho, muito entristecidos por conta disso [...]” (Aramá).*

Observo algumas contradições emitidas no mesmo trecho do relato: havia suspeita de suicídio, mas “não ficou confirmado”; quando chegou a notícia da morte dele, “depois veio a confirmação” (do suicídio) porque ele deixou uma carta; por fim, desconhece o conteúdo da carta. Tais contradições sinalizam o quanto é difícil para os trabalhadores admitirem para si mesmos quando o tema se trata do ato suicidário. Por conta disso, como assinala Canindé (assistência), este assunto se apresenta nas entrelinhas, no espaço das sombras entre o que é dito e o que sequer pode ser representado, entre o saber e não saber. Desse modo, nas entrelinhas emergem as fantasias, as suspeitas e os medos em torno do tema.

Na ausência de um projeto voltado para intervir e/ou prevenir o suicídio, a figura do profissional de psicologia é vista como central para casos dessa natureza. No Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, então, os casos de ideação ou tentativas de suicídio vem sendo redirecionadas para a equipe de psicólogos que conta com apenas dois profissionais, como já mencionado. Quando colocam o psicólogo na posição de agente nuclear de intervenções junto aos trabalhadores, esvazia-se a perspectiva de um trabalho intersetorial e interdisciplinar. Entendo, entretanto, que a saúde mental dos trabalhadores não caiba exclusivamente às intervenções a serem feitas por psicólogos. Um programa de prevenção de suicídio que entendo ser resultante de uma multiplicidade de fatores demandaria uma articulação do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores com outras divisões estratégicas dentro e com toda a rede de saúde, fora do Hospital Amazonas.

Como podemos observar na fala de Içá (saúde do trabalhador):

*“[...] Embora seja, a meu ver, uma situação muito mais grave do que os atendimentos corriqueiros que a gente recebe via e-mail e ligação, a gente tem a mesma postura de aproximação [...] Então, a gente primeiro entra, peço pra psicologia entrar em contato ou com o familiar ou com a chefia que nos relatou o caso. Entender melhor porque eu acho que a ligação é muito mais ou o atendimento presencial é muito melhor do que quando se põe no e-mail. E a partir dali a psicologia vai atuar, encaminhando, se for o caso, pra uma psicoterapia, pra um atendimento psiquiátrico [...]” (Içá).*

Nesta descrição de fluxo fica evidenciado o seu caráter biomédico e psychologizante de atuação exclusivamente no adoecimento já estabelecido. Aliás, este fluxo é descrito de tal forma que parece até que é muito simples. Mas entendendo que esse fosse o único modo de lidar com essa situação, há outras questões que podemos fazer. A começar por tentar entender o porquê ser preciso solicitar ao serviço de psicologia para retornar o contato com quem abordou a situação de suicídio, tentativa de suicídio ou ideação suicida, no Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Em outras palavras, por que essa conversa é endereçada somente aos psicólogos? Supondo que os trabalhadores consigam este contato com os psicólogos da saúde do trabalhador, sabe-se o quanto está difícil qualquer encaminhamento para a rede de atenção à saúde, a menos que o trabalhador tenha convênio com a saúde suplementar. Então, quantos efetivamente conseguem acesso a um serviço especializado dessa natureza no caso de ideação suicida? Aliás, quantos que impetraram o ato suicidário, trabalhadores desta instituição, inclusive, possíveis casos ocorridos dentro da própria unidade, chegaram a passar pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores?

Mas Içá (saúde do trabalhador) apresenta um outro meio do trabalhador adoecido chegar até o atendimento e que me pareceu ser, em certa medida, violenta por se tratar de uma saída burocrática para um tema tão delicado:

*“[...] Se a pessoa não, voluntariamente, buscar esse atendimento a gente abre a oportunidade pra própria chefia abrir um processo, no SEI<sup>60</sup>, solicitando a avaliação de capacidade laborativa do servidor porque isso é uma prerrogativa da Lei 8112, pra administração pública, ela a qualquer momento pode nos convocar pra avaliar a nossa capacidade. A gente pede que a chefia justifique esse pedido pra também a gente não esbarrar em situações de perseguição, de assédio moral. E como todo ato administrativo, tem que ser justificado também. E aí a gente convoca o servidor pra comparecer à perícia. Aqui no Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, atualmente, a gente não tem um médico especialista em psiquiatria. Então, o que que a gente faz? A gente encaminha ao Núcleo Estadual do MS<sup>61</sup> onde a gente tem um médico psiquiatra [...]” (Içá).*

Pelo que foi dito por Içá (saúde do trabalhador), parece ser prerrogativa da chefia, por lei, solicitar esta avaliação da capacidade laborativa do trabalhador para evitar perseguições, assédio moral. Mas será que justamente essa possibilidade de solicitar

<sup>60</sup>Sistema Eletrônico de Informações (do governo federal)

<sup>61</sup> Os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde se encontram localizados em diversas capitais brasileiras.

arbitrariamente uma avaliação do trabalhador não pode vir a fomentar ainda mais assédio e abuso de poder?

Quando o tema é a abordagem de riscos de suicídio entre os trabalhadores de saúde, na instituição, Abaeté (saúde do trabalhador) comenta:

*“[...] Não. Programa específico pra isso não. Porque assim é algo que não aparece muito pra gente. Nós temos, assim, o que nós temos, o que as pessoas sabem é que se aquela pessoa apresenta aquelas dificuldades, se ela está estranha, está com comportamento estranho, está mal e tal, aí eles orientam pra nos procurar. Mas assim especificamente um programa pra suicídio [...] Assim, a gente faz é receber, acolher [...]” (Abaeté).*

Como o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores não conta com política institucional voltada para a questão do suicídio entre os trabalhadores, o tema em questão é abordado à medida que surge, nos serviços. Porém, é preciso que estes trabalhadores sob o risco de suicídio, de algum modo, consigam pedir ajuda ou serem vistos efetivamente por colegas e chefias. Iriri (saúde do trabalhador) diz o seguinte acerca deste tema:

*“[...] Mas a gente tem uma questão muito delicada porque entra, inclusive, na própria capacitação dos psicólogos. Então, a gente sempre esteve muito alinhada, nessa questão, com os psicólogos e junto com os peritos. Então, assim, a resposta que a gente tinha dos psicólogos é que a capacitação delas era de acolhimento, num primeiro momento, mas de encaminhamento pra serviços especializados. Então, assim, todas as vezes que se precisou fazer algum tipo de atuação nesse sentido a nossa conduta foi essa [...] Então, assim, se entende que é necessário sim, uma atuação de um psiquiatra e os psicólogos, de suporte, naquele momento exato em que está acontecendo a situação, e posterior a isso, o acompanhamento deles [...] enfim, mas a gente não tinha estrutura e eu não consigo ver hoje também, uma estrutura do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que suporte esse tipo de situação [...]” (Iriri).*

É interessante o modo como Iriri (saúde do trabalhador) apresenta o seu relato, passando a impressão de que os psicólogos não se encontram devidamente capacitados para lidar com casos que indiquem a possibilidade de suicídio. O que Iriri (saúde do trabalhador) parece não compreender é que não se trata de insuficiência de capacidade técnica para o manejo clínico desses casos, mas sim, que esses psicólogos não se sentem respaldados

institucionalmente para tal. Ainda que façam uma aproximação inicial de acolhimento dessas pessoas em sofrimento, não se pode esquecer que se trata de colegas de trabalho, com relações que se estabelecem em outro nível de afetos envolvidos. Além do mais, há algo que precisaria ser anterior ao momento crítico do adoecimento psíquico que é interrogar o que engendraria, no interior da instituição, atos tão desesperados dos trabalhadores e o que fazer para que tal não volte a acontecer? Quando se argumenta que o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores não tem estrutura que “suporte tal situação” não está, de todo, enganada. De fato, nas condições atuais, este Núcleo não dá conta de apoiar e suportar os casos de riscos de suicídio e nem de realizar ações de prevenção. Mas ao se verbalizar isso é como se não houvesse mais nada a ser feito porque as ações são pensadas isoladamente, para dentro do próprio Núcleo e intramuros do Hospital Amazonas.

Ainda sobre a questão do suicídio, Capibaribe (gestão) afirma:

*“[...] Pelo menos, nunca chegou até a mim, entendeu? Agora, se isso chega, eu acho, eu tenho, se chegar um dia a primeira coisa é orientar procurar uma ajuda profissional porque a pessoa precisa. Eu diretamente não vou conseguir contribuir em nada. Mas, assim, eu vou orientar que a pessoa urgentemente agende uma. Eu posso até conversar com essa pessoa, trocar, mas assim, a minha ajuda vai ser como um ombro amigo. Não vai ser ajuda profissional. Então, eu vou pedir que ela, além dessa conversa que eu possa ter e tal, ela tem que procurar uma ajuda profissional. Inclusive, talvez que afaste ela das atividades, enfim, aí, certamente, deve ser bem complicado. Eu nunca passei por isso [...]” (Capibaribe).*

Faz-se necessário problematizar a fala de Capibaribe (gestão) de que não conseguiria “contribuir em nada” porque pode passar por uma não responsabilização de colegas e chefias com as questões concernentes ao sofrimento psíquico do trabalhador. Se não houver a figura de um psicólogo ou psiquiatra, não haverá o que ser feito por esse sujeito em sofrimento? Porém, também é preciso se levar em conta que essa desresponsabilização passa pelo sentimento de todos os trabalhadores de não ter com quem contar, na instituição, tanto em relação ao sofrimento psíquico quanto em relação ao adoecimento (e, eventualmente, os pensamentos suicidas).

Isto posto, apesar desse fluxo informal dos casos de tentativas de suicídio ou ideação suicida direcionados para o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, é comum que os

trabalhadores também procurem o apoio dos colegas psicólogos<sup>62</sup> em seus próprios serviços. Como assinala Mapuá (gestão):

*“[...] A estrutura do Hospital Amazonas também convida a isso. Então, nas enfermarias, pela manhã, ficam todos os profissionais ali porque os computadores estão ali. A gente evolui ali. Todo mundo naquela, naquela mesma praça. Então, é um momento muito, muito importante, assim, de troca porque aí, é a possibilidade de conversar com os vários profissionais [...] Então, esse encontro, muitas vezes, propicia que o profissional se dirija a nós, com esse pedido de ajuda. E aí isso chega da seguinte maneira, não chega mencionando o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, a pergunta é no sentido de se nós podemos atender. E aí é que se coloca um impasse porque, na verdade, a gente trabalha com esse profissional e porque a gente tem o setor que tem essa função. Essa não é a nossa função. Mas a gente entende que a gente precisa escutar um pouco esse profissional, até pra poder reconhecer, saber qual é a demanda e poder, então, fazer um encaminhamento pro Núcleo de Saúde dos Trabalhadores [...]” (Mapuá).*

Também em relação a estes casos, Canindé (assistência) comenta o seguinte:

*“[...] Então, quando eles procuram a gente, a gente faz isso oficiosamente ou encaminha pro Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que faz rodas de conversa, faz atendimento ao trabalhador também. [...]” (Canindé).*

Esse atendimento psicológico dito “oficioso”, ou seja, não oficial, se dá porque esses psicólogos se sensibilizam e entendem a necessidade de escuta e acolhida ao colega em sofrimento aliado ao fato de que muitos não têm condições de buscar psicoterapia fora do hospital (seja porque não têm recursos financeiros para arcar com psicoterapia na rede privada, seja pelas dificuldades de acesso à rede pública, seja porque o horário de trabalho é tão intenso que dificulta encontrar espaços na agenda diária para a busca desse tipo de suporte que precisa se dá com regularidade). É importantíssima a possibilidade de um sujeito buscar o apoio e a escuta entre os seus colegas, como afirma Mapuá (gestão) e Canindé (assistência), possivelmente fruto de uma confiança na própria equipe. Ao atuar assim, Mapuá (gestão) e Canindé (assistência) estabelecem contrapontos à dificuldade institucional

---

<sup>62</sup> São psicólogos que atuam diretamente na assistência dos pacientes.

existente de reconhecer o papel dos laços estabelecidos nos grupos e o suporte que estes podem oferecer ao trabalhador em sofrimento. Contudo, ao se acolher e encaminhar para o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores ambas acabam por reforçar a busca de realização de intervenções no âmbito individual e uma não responsabilização institucional em intervenções no âmbito coletivo.

Abaeté (saúde do trabalhador) narra, por sua vez, não ser comum a questão a busca de apoio para pessoas com ideias suicidas, mas aborda uma situação extremamente crítica de um caso de suicídio no ambiente do trabalho acontecido há tempos atrás:

*“[...] Só aconteceu comigo uma vez, [...] E foi uma situação onde uma técnica de enfermagem fez um desabafo, no banheiro, com outra colega [...] Ai ela comentou com a colega que tinha vontade de se jogar lá do terraço que acho que era um andar lá no Hospital Amazonas onde tinha um terraço. E isso assustou muito porque os colegas e essa colega avisou a chefia, que entrou em contato com o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Porque já tinha havido lá, em tempos anteriores, um suicídio. Então, qualquer, qualquer coisa que possa chamar atenção, qualquer comentário próximo disso já mobiliza todo mundo. Mas ela foi atendida. Não foi nada, não foi nada complicado [...]” (Abaeté).*

Pelo jeito, essa pessoa emitiu um pedido de socorro quando desabafou com a sua colega e, fortuitamente, foi possível que esse pedido viesse a ser escutado e endereçado para outros que procuraram ajuda-la. A questão é que nem todos conseguem momento de liberdade/intimidade para falar de algo tão pessoal com um colega. Então, retornamos ao fato de que a saúde mental é abordada no caso a caso e não como uma política ampliada da instituição. Abaeté (saúde do trabalhador) relata que:

*“[...] aconteceu também, na pandemia, realmente um suicídio em (cita uma das unidades do Hospital Amazonas) que encontraram ela já falecida, no banheiro. Ela usou medicamentos [...] Isso também deixou a equipe muito mal a ponto da chefe da divisão de enfermagem que ela não estava conseguindo colocar ninguém naquele setor por conta do suicídio que tinha acontecido. As pessoas não conseguiam entrar naquele local, entende? [...]” (Abaeté).*

Um tema que assombra, entre outros motivos, pelo fato de já ter ocorrido algo similar há tempos atrás e que deixa as suas marcas para a equipe com que essa trabalhadora atuava,

sua chefia e futuros integrantes desta equipe.

Como assinalam Dejours e Bègue (2010), a grande incidência de gestos suicidários em pessoas cujos problemas são oriundos do trabalho entre operários, enfermeiros, médicos, docentes, etc. “acarreta ainda mais transtorno para o pensamento, traz ansiedade, impele mais ao assombro do que propriamente à análise.” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 14). Portanto, o fato de o suicídio ocorrer no local de trabalho indica que todas as formas de solidariedade que poderiam ser assumidas pelo coletivo de trabalho foram banidas da rotina de trabalho, instalando-se em seu lugar o cada um por si.

Em outros termos, um único suicídio no local de trabalho – ou manifestadamente em relação ao trabalho – revela a desestruturação profunda da ajuda mútua e da solidariedade. Ou seja: a intensa degradação do viver-junto em coletividade. (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 21).

É também decorrência do fato de não haver uma política de saúde mental integrando a saúde do trabalhador que pouco se sabe sobre as situações de tentativas de suicídio, no Hospital Amazonas. De qualquer modo, a ocorrência de um suicídio em uma instituição se constitui um problema que afeta a todos, no trabalho.

Devido à inexistência de protocolos estabelecidos para os trabalhadores (assistência direta e gestão) e, sobretudo à falta de espaços para trazer à baila o tema, houve uma unanimidade entre os entrevistados ao afirmarem que não sabem como lidar com casos dessa natureza que porventura venham a aparecer na instituição. A esse respeito, Atuba (gestão) fala:

*“[...] Mas isso eles não verbalizam muito a questão que, aliás, a meu ver, a doença, ela ainda é um tabu. Não só ela é um tabu na sociedade, as pessoas não gostam de falar, contar a respeito de seus problemas emocionais. A gente fica sabendo porque alguns desabafam e outros porque os próprios colegas comentam: “- Ah Fulano se afastou porque tentou suicídio.” Mas por que? E aí eu não sei. Nunca sei desse impacto da pandemia dentro dos lares, dentro das casas deles. E, na realidade, eu vejo um somatório, um somatório de coisas. A vida ficou mais difícil. A pobreza aumentou. Os problemas aumentaram muito e as pessoas ficaram muito isoladas. Algumas ainda estão isoladas. E esse isolamento dentro de casa, adolescente fora da escola, criança fora da escola. Os problemas se somaram muito[...].” (Atuba).*



Atuba (gestão) lembra o quanto a pandemia contribuiu para acentuar ainda mais os problemas psíquicos e os casos de suicídio (ou tentativas), em geral, e esse fator não pode ser desconsiderado quando se for pensar políticas públicas e institucionais.

Por fim, retorno às afirmações feitas por Dejours e Bègue (2010) e Clot (2010) de que os casos suicídio no trabalho se dão majoritariamente entre sujeitos muito dedicados ao trabalho, “sobreinvestidos”, não faltosos e com excelente desempenho. Isso me leva a pensar que cabe à instituição não focar nos trabalhadores que adoecem psiquicamente, como se somente estes estivessem sob o risco de suicídio, em especial, suicídio no trabalho. Todos os trabalhadores precisam ser levados em consideração ao se estabelecer políticas institucionais voltadas para a prevenção ao ato suicidário.

## 9 “E AÍ, VOLTOU?": O RETORNO AO TRABALHO E O REENCONTRO COM A SOLIDÃO

“[...] E aí, você voltou? Que legal e tal! Então, está tudo bem?” (Indaiá)

Uma instituição solidamente estabelecida em seus modos de gestão centralizadores e com forte exercício de autoridade sobre os trabalhadores se viu invadida por uma realidade social acachapante como a que se apresentou na pandemia da COVID-19. Os processos de trabalho precisavam ser revistos urgentemente visando prevenir a transmissão e o aumento do contágio no hospital com consequente diminuição do quadro de pessoal já tão reduzido.

Se anteriormente à crise sanitária a voz dos trabalhadores já vinha sendo pouco ouvida, a crise sanitária somente fez agravar as pressões da instituição sobre os mesmos. Os afastamentos por licenças médicas se tornaram verdadeiros tormentos para as chefias imediatas que não sabiam como manter as suas rotinas em meio à demanda por manter os mesmos “resultados” de outrora. Por outro lado, as licenças, para além de serem um direito legítimo garantido aos trabalhadores que adoecem, também se constituíram brechas de escape para o necessário autocuidado em tempos de incertezas e de riscos de contágio. Talvez, por esse motivo, a possibilidade de retorno ao trabalho, em um cenário tão conturbado do ponto de vista sanitário e psicossocial, tenha gerado muita ansiedade nos trabalhadores que recebiam alta da perícia médica.

Em um contexto pandêmico, em meio a tantas incertezas e considerando um terreno institucional tão pouco cuidadoso, quais caminhos um trabalhador fragilizado emocionalmente, que precisou ser afastado por licença psiquiátrica encontrará para não tornar a adoecer? Como este trabalhador pode chegar às margens deste rio de modo seguro? Quais são as brechas possíveis na imensa muralha que interpõe, muitas vezes, diferentes níveis de trabalhadores da gestão e trabalhadores da assistência?

Destarte, a pergunta “ - E aí, voltou?” parece não se tratar apenas de uma curiosidade e/ou preocupação endereçadas a aqueles que estiveram afastados por licença médica, mas de um questionamento que fica no limite entre uma cordialidade fruto de um “verniz social” e a perspectiva de poder (ou não) contar com esse profissional novamente, na rotina de trabalho. Isto implica dizer que nesta simples pergunta, se encontram embutidas expectativas e, em alguns casos, até mesmo, cobranças em relação aos que estavam licenciados de retomar logo o ritmo de trabalho e voltar a compor equipe. É possível que tais expectativas ou cobranças também ocorram a partir de dúvidas sobre a capacidade real do trabalhador que

retorna de uma licença por “problemas de saúde mental” assumir as suas funções com a mesma qualidade e eficiência de outrora. Todavia, estas e outras questões acerca desse trabalhador, não encontram espaço no cotidiano de trabalho das equipes e nos processos de gestão para serem discutidas.

### 9.1 O RETORNO SEM RESTRIÇÕES

*“[...] Então, as chefias, elas têm muita dificuldade de alocação desses retornos [...]” (Mucuri)*

Quando se trata o retorno do trabalhador *sem restrições*, isto é, para o mesmo local de trabalho, a pretensa naturalidade da pergunta “- E aí, voltou?” também traz implícito um “pacto de silêncio” sobre o assunto que segue a este retorno. No caso específico de Indaiá (retorno), ao contrário, as chefias e alguns colegas souberam que o motivo de seu afastamento havia sido o diagnóstico de depressão<sup>63</sup>:

*“[...] Teve uma pessoa da chefia que ficou assim, tipo nas primeiras, na primeira semana, me perguntando [...] “- Está tudo bem? Você está conseguindo aí passar visita? Está conseguindo ficar?” [...] Mas, eu acho que ela só faria alguma coisa se eu falasse: “- Não! Não, estou bem. Estou mal”. Então, assim, eu não sentia acolhimento nenhum [...]” (Indaiá)*

Da parte da equipe, também há, muitas vezes, um “pacto de silêncio” quando se trata de adoecimento psíquico, como relatado por Tefé (assistência):

*“[...] A gente desconhece. Não sabemos mesmo. Acho que fica muito a cargo do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e com o RH e aí, no máximo, quem toma conhecimento da movimentação que está sendo feita é a chefia. Mas sem saber exatamente, assim, quais são os critérios. Algumas informações não chegam. E, assim, acho que chegam pra quem*

---

<sup>63</sup> Em geral, nesta instituição, quando o servidor é considerado apto para voltar pela perícia após passar por uma licença psiquiátrica, o retorno ao trabalho se dá sem que colegas e chefias saibam o motivo da licença a não ser que o próprio fale a este respeito. Isso significa que não foi considerada, pela perícia, a necessidade de *restrições* para esse servidor, seja de horário ou de mudança de ambiente de trabalho. Como não há uma política de acompanhamento destes servidores que estiveram adoecidos psiquicamente, essa reinserção ao trabalho acaba acontecendo de forma silenciosa.

*está na chefia algumas coisas. Mas, pra gente, pra equipe, não chega, entendeu? [...] A gente sabe que ela está sendo afastada. Ponto. E aí a gente pressupõe que é por adoecimento psíquico [...]*” (Tefé).

Iguaçu (assistência) também se refere ao silenciamento institucional acerca do retorno após afastamento por licença psiquiátrica mesmo quando se trata de caso de *readaptação*:

*“[...] A gente acaba sabendo pelo “rádio-corredor”. Não é uma coisa oficial. Naturalmente, até por uma questão de respeito à pessoa. Já vi, fora do meu setor, pessoa voltar com adaptação. Dentro do meu setor, por questões psiquiátricas, eu nunca vi voltar com adaptação não. Mas fora do setor, diziam que a pessoa estava fora por questões psiquiátricas e vi voltar, retornar pra um setor diferente do setor do qual ela era primariamente lotada [...]*” (Iguaçu).

Este silenciamento em torno do assunto, de um certo modo, acaba descomprometendo as equipes de lidarem com o processo de afastamento e retorno deste colega. Retomando a situação de Indaiá (retorno), esta descreve o que percebeu em relação aos seus colegas e que parece traduzir a desconfiança velada e o “pacto de silêncio” anteriormente referidos:

*“[...] era estranho porque algumas pessoas fingiam que nada estava acontecendo e [...] Mesmo que não fossem perguntar especificamente, mas dar aquele apoio. Não! Totalmente indiferente como se nada tivesse acontecendo. Outros vinham com a cobrança [...] Mas quando eu voltei de licença, eu já voltei pra minha área que eu já estava, no meu local, xx (cita o nome do serviço) [...] “E aí, você voltou? Que legal e tal! Então, está tudo bem?” “- Tudo!” “- Então, está ótimo!” E vida que segue. [...]*” (Indaiá).

Cabe estabelecer uma distinção entre o sigilo no que diz respeito às causas da licença do trabalhador, por parte da gestão de pessoas<sup>64</sup> no caso de afastamento por adoecimento psíquico e o que venho chamando de “pacto de silêncio”. O sigilo é justificado por razões éticas para proteção dos trabalhadores contra possíveis situações de discriminações e

---

<sup>64</sup> Especialmente, da parte do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

estigmatizações (ou assédio). Mas o “pacto de silêncio” relaciona-se ao fato de se lidar com aqueles que retornam *sem restrições* como se nada tivesse acontecido ou como se sujeito retornasse de um adoecimento qualquer e de simples resolução terapêutica, voltando para as mesmas atividades de antes do adoecimento.

No início desta investigação, eu tinha como hipótese, baseada na perspectiva de Gaulejac (2006), que haveria uma vergonha dos trabalhadores em situação de retorno de abordar as próprias vivências de sofrimento e adoecimento no trabalho, o que justificaria um “mutismo” sobre esse assunto perante as equipes e a instituição. Contudo, a partir das entrevistas realizadas, identifiquei que pensar o “pacto de silêncio” apenas sob esta ótica não parece ser o suficiente para compreendermos o que mobiliza esse silenciamento em torno do sofrimento e adoecimento psíquico, especialmente, no processo de retorno ao trabalho. O silenciamento é da parte dos próprios sujeitos que retornam e demais integrantes da equipe.

Entendo, então, que esse “pacto de silêncio” observado e assinalado pelos entrevistados seja resultante do estabelecimento de alianças inconscientes, conceito desenvolvido por René Kaës referente aos acordos estabelecidos entre os sujeitos. Este autor aborda as condições intersubjetivas do grupo, trabalhando com a hipótese de algumas modalidades de recalque que dão na operação de alianças inconscientes (FERNANDES, 2004). As alianças inconscientes “são formações de uma aparelhagem psíquica dos sujeitos de um conjunto intersubjetivo [...] Elas determinam as modalidades de ligação (vínculo) entre os sujeitos e o espaço psíquico do conjunto através deles” (KAËS, 1993, p. 278 apud FERNANDES, 2004, p. 4). Sendo assim:

Para se associar em grupo, mas também para associar representações e pensamentos, os humanos não somente identificam-se com um objeto comum e daí, igualmente entre eles, selando também um acordo inconsciente segundo o qual, para manter seu vínculo e o grupo que o contém, não se dará atenção a certo número de coisas: elas devem ser recalçadas, rejeitadas, abolidas, depositadas ou apagadas (KAËS, 1997, p. 257 apud SÁ, 2009, p. 175).

Como estas alianças inconscientes se encontram a serviço de um recalque, parece que verbalizar explicitamente tudo que envolve o adoecimento psíquico, no local de trabalho, tanto pelo próprio sujeito que retorna, quanto pela equipe que o recebe implicaria em explicitar uma vulnerabilidade contrastante com o imaginário de muralha atribuído à instituição. Fernandes (2004) entende que a aliança inconsciente reforça em cada um dos sujeitos, certos processos, funções ou estruturas das quais se beneficiam a tal ponto que os mantêm juntos, inclusive aqueles processos coletivos, de natureza violenta já que é

encobridora e se apoia nos processos intersubjetivos. “Para que a aliança se constitua não há somente exigência da identificação com um objeto comum; espera-se também que não se dê atenção a certas coisas [...]” (FERNANDES, 2004, p. 5). O adoecimento psíquico passa a ser encoberto, escondido para uma instituição que como, em um dado momento foi falado por Iguazu (assistência), quer ficar “bem na foto”, ou seja, quer estar bem avaliada por instâncias superiores e para a própria sociedade.

Entretanto, há também um outro aspecto que merece ser assinalado em relação ao “pacto de silêncio”. Como assinala Dejours (2007) a percepção do sofrimento alheio não implica apenas um processo cognitivo, mas uma participação pática do sujeito que percebe. Porque “perceber o sofrimento alheio provoca uma experiência sensível e uma emoção a partir das quais se associam pensamentos cujo conteúdo depende da história particular do sujeito que percebe: culpa, agressividade, prazer, etc. [...]” (DEJOURS, 2007, p. 45). O sujeito não pode assumir uma postura de intolerância frente a emoção provocada pela percepção do sofrimento alheio, o que o leva a abstrair-se desse sofrimento alheio através de uma atitude de indiferença, ou seja, se mostrando intolerante em relação ao que provoca sofrimento (DEJOURS, 2007). Entendo, pois, esse “pacto de silêncio” também como uma das principais estratégias coletivas de defesa adotadas pelos trabalhadores, nesta instituição contra o sofrimento, e que, paradoxalmente, acaba produzindo ainda mais sofrimento. Enfim, os trabalhadores acabam se tornando cúmplices de um apagamento da dor e do sofrimento através deste silenciamento.

Retorno, então, à fala de Indaiá (retorno) quando ela diz “vida que segue” porque não me parece se tratar de uma mera constatação de que era preciso continuar o seu trabalho independentemente de afetos envolvidos nessa volta, mas uma espécie de necessidade de atender a uma convocação da instituição. Afinal, a vida segue para quem? A vida segue para o quê? Enfim, a vida do trabalhador serve a quem?

Indaiá (retorno), ao voltar de licença psiquiátrica, se viu diante da demanda institucional de simplesmente retomar o trabalho do ponto de onde partiu como se nada tivesse acontecido em sua vida pessoal e laboral, sob a pressão das demandas do serviço e prescrições da instituição em que trabalha. Contudo, este trabalhador não é mais o mesmo sujeito após o seu adoecimento e retorna para uma instituição que seguiu o seu curso a despeito da sua ausência. Ademais, face ao trabalho que possivelmente contribuiu para o seu adoecimento, o trabalhador precisa voltar a trabalhar em meio às próprias expectativas sobre o seu desempenho e às expectativas daqueles que o cercam (pares e chefias).

Ademais, para Indaiá (retorno), o pânico de contrair a doença e contaminar familiares

durante a pandemia quando retornou de uma outra licença médica, a levou a ter crises de ansiedade e depressão. Entretanto, após um tempo de licença psiquiátrica e mesmo se sentindo ainda insegura, solicitou ao psiquiatra que a acompanhava retornar ao trabalho. Na ocasião, o psiquiatra que a atendia lhe deu alta na condição de ir avaliando continuamente como ela ficaria durante esse processo. Mesmo tendo sido a volta ao trabalho uma solicitação de Indaiá (retorno), esta descreve o quanto o sentimento de insegurança permaneceu:

*“[...] Eu não sei. No fundo, eu acho que é como se eu não tivesse me recuperado ainda cem por cento da primeira depressão. Eu acho que ela meio que vai e volta, ela fica ali, ela fica ali e qualquer situação que meio que desestabiliza, meio que eu acabo somatizando, eu acabo retomando todos aqueles sentimentos que eu tive na época. Então, isso acaba sendo muito presente ainda, na minha vida [...]” (Indaiá).*

Na primeira vez que precisou se afastar por conta da depressão, como Indaiá (retorno) se sentira melhor acolhida e com a possibilidade de retomar a sua rotina aos poucos, isso a fez se sentir um pouco mais segura, ainda que com o sentimento de conviver com a ameaça de uma “recaída”, ou seja, de tornar a ter depressão a qualquer momento

O segundo momento de depressão de Indaiá (retorno) foi disparado a partir do enfrentamento do retorno de uma outra licença, no meio da pandemia. Para Indaiá (retorno), foi um choque ter que lidar com a incompatibilidade entre, por um lado, as suas expectativas de conciliação do trabalho com um momento particular de sua vida pessoal e familiar, e, por outro lado, as limitações impostas pelas restrições sanitárias adotadas, no hospital. Indaiá (retorno) narra, pois, este momento de uma forma comovente e angustiante:

*“[...] enfim, entrei no quadro depressivo novamente. E aí, mas eu fui tentando, fui tentando, fui tentando, de eu chorar. Eu chegava no plantão, me isolava, passava visita o mais rápido possível que eu conseguia e eu me isolava e chorava e chorava e chorava. Eu ficava, assim, doze horas praticamente chorando. Então, assim, foi um período realmente muito difícil, muito difícil mesmo. E aí eu precisei sair [...]” (Indaiá).*

Neste trecho do relato de Indaiá (retorno), podemos observar os seus esforços para se manter na ativa e trabalhando apesar do quadro depressivo. Inclusive, Indaiá (retorno) se viu instigada a encontrar novos caminhos, por conta própria, para não tornar adoecer

solicitando uma realocação temporária de serviço<sup>65</sup>. Na ausência de políticas institucionais para tal e na impossibilidade de a própria instituição rever a sua organização do trabalho, os trabalhadores se veem sozinhos nas tomadas de decisões para melhoria das suas condições de trabalho. E isso vai ao encontro do que Baltazar (2016) quando afirma que o processo de sofrimento e adoecimento no trabalho estão relacionados à forma como os processos de trabalho se estruturam nos diferentes modos de gestão. Mas cabe ressaltar que embora se trate de alguns dos principais condicionantes da depressão, não podemos desprezar a existência de questões subjetivas desses trabalhadores que adoecem.

Paralelamente, durante o processo de entrevista, Indaiá (retorno) estabeleceu alguns contatos informais<sup>66</sup> comigo e acabei fazendo algumas intervenções que se aproximariam das funções identificadas por Figueiredo (2009, 2014) em sua discussão sobre o cuidado. Tanto a partir do reconhecimento da sua singularidade através do testemunho prestado à sua narrativa quanto a interpelando sobre os afetos acerca do seu trabalho lhe sinalizando uma aparente cisão estabelecida entre o espaço pessoal e laboral<sup>67</sup>. No tocante a cisão mencionada, tenho como hipótese que talvez a vivência do trabalhador seja tão profundamente dolorosa que o sujeito precise efetuar uma ruptura em relação à vida pessoal. É como se o sujeito pudesse deixar para trás tudo o que envolve o trabalho no encerramento da sua jornada e na entrada em um espaço exclusivamente seu como o ‘setting’ terapêutico.

De qualquer modo, a busca por realizar psicoterapia pode fazer parte de um movimento de integração dos mundos do trabalho e da vida pessoal que identifico como algumas das muito potentes “atividades industriais” visando estabelecer “normatividades” (SCHWARTZ, 2014) no trabalho e na vida.

Em relação aos trabalhadores da mesma equipe, é possível observar casos em que ao saberem que o colega retornou *sem restrições* em circunstâncias de adoecimento psíquico, procuram agir no sentido de acolher este colega, como explica Aramá (assistência):

*“Então, é assim, anteriormente, eu tinha um certo, não sei se posso falar isso, mas um certo desconhecimento no sentido do que é o adoecimento mental ligado ao trabalho. [...] E depois, com até um processo de conhecimento, de estudo, a gente pensa que não. É um desgaste. Então, eu sempre tive um cuidado, procurei ter um cuidado no sentido de não*

---

<sup>65</sup> E esta solicitação foi aceita pela sua chefia imediata.

<sup>66</sup> Cabe lembrar que para todos os sujeitos entrevistados, eu me coloquei à disposição para outros momentos que quisesse/precisasse conversar comigo.

<sup>67</sup> Inclusive, cheguei a sugerir que Indaiá pudesse levar para a própria psicoterapia alguns elementos abordados na entrevista.



*levar mais desgaste pra essa pessoa e ver que a pessoa às vezes está no limite. Então, eu ia ter uma postura assim de tentar sempre compartilhar e dividir e trabalhar coletivamente. [...] Então, eu sempre tentei fazer com que a pessoa volte muito bem [...]*” (Aramá).

Como podemos observar, no cotidiano desta instituição, todo o movimento para reinserção do trabalhador acaba se dando, individualmente, caso a caso e a partir de ações discricionárias adotadas pelas chefias, sem qualquer apoio institucional e a este respeito, Mucuri (gestão) fala:

*“[...] Então, as chefias, elas têm muita dificuldade de alocação desses retornos porque é muito difícil, primeiro, se você bota na área de internação lida com o sofrimento, a dor e a morte e outras coisas. Ambulatório é um trabalho melhor, mas o paciente continua ali. E administrativo, a gente não tem muitos. Então, é bem complicado para as equipes, para as lideranças alinhar esse tipo de retorno, por mais que você queira acolher. Porque você quer acolher, mas às vezes, você não tem como realocar [...]*” (Mucuri)

Observo que neste trecho da fala de Mucuri há um estabelecimento direto (causa-efeito) de uma relação entre o sofrimento e a morte dos pacientes com o sofrimento dos trabalhadores. Partindo-se deste princípio, bastaria afastar os trabalhadores dessa “fonte” de sofrimento que melhoraria a situação de reinserção do trabalhador. No entanto, sob esta ótica, acaba não sendo levados em conta outros processos de gestão e natureza dos vínculos estabelecidos entre os trabalhadores e a instituição que reforçam pactos e alianças inconscientes (KAËS, 2012), em especial aqueles que denegam a natureza mortífera de alguns processos institucionais.

A questão que permanece em evidência é que por inexistir uma política de gestão de pessoal e de saúde do trabalhador, as chefias permanecem limitadas a encaminhamentos formais ou a lidar da forma que considera mais conveniente para as circunstâncias e o sujeito envolvido. Por esse motivo, na maior parte do tempo os gestores se sentem desamparados para lidar com situações que envolvam a saúde mental de integrantes de sua equipe. Assim, no caso do trabalhador que retorna *sem restrições*, quando a gestão está atenta e sensível, faz um esforço para readequar o trabalho para este sujeito.

De acordo com a percepção de Atuba (gestão), a maioria dos casos de retorno ao trabalho após licença psiquiátrica ocorre *sem restrições*. Inclusive, Atuba (gestão) observa que, muitas vezes, esse contingente que retorna, deseja fazê-lo no setor/serviço em que

atuava antes da licença por gostar muito do que fazia:

*“[...] Então, às vezes, ficam sessenta dias afastados, como uma menina que ficou quase um ano, mas retorna, retorna para o setor [...] O que a gente procura fazer é uma escala quando a gente procura deixar essa pessoa, digamos assim, numa escala mais tranquila, na sala mais tranquila e vamos observando, entendeu? Assim que a gente faz [...] A gente fica na observação e a própria pessoa nos sinaliza: “Atuba, pode me deixar em sala, eu já estou tranquila, estou ok. Estou de boa” [...] A gente vê, então, começa a colocar aquela pessoa, aquele funcionário, de volta à escala antiga [...]” (Atuba)*

Neste caso, em relação à Atuba (gestão), a sua própria sensibilidade frente ao trabalhador e o conhecimento do motivo do afastamento propiciam ações de acompanhamento e adequação das atividades para tornar a reinserção mais gradual e tranquila para o sujeito. Ainda sobre o retorno, Atuba (gestão) relata:

*“[...] Tem gente que já volta querendo ir para escala a escala antiga. [...] Evito colocar essas pessoas à noite. Evito colocar essas pessoas fim de semana. [...] Algumas pessoas resistem [...] Porque, principalmente quem toma uma certa quantidade de medicamento, tem que estar de dia porque normalmente a pessoa fica acordada... esses medicamentos interferem muito [...]” (Atuba).*

É impressionante o nível de responsabilidade que precisa ser assumida pelos gestores porque, de fato, os trabalhadores ao fazerem uso de determinados medicamentos, seja no plantão noturno ou diurno, representam grande risco para os pacientes e para a própria carreira profissional.

Assim, a sua inquietação parece se deslocar para o que a instituição poderia efetivamente proporcionar em termos de subsídios às lideranças para melhor lidarem com os trabalhadores que voltam ao trabalho seja em situação de *readaptação*, seja em situação de voltar *sem restrições*:

*“[...] Mas a gente sabe que existem técnicas de acolhimento. Existem formas de abordar, entendeu? Porque tem líder que não sabe como abordar esse funcionário que chega readaptado. Então, acho que falta instrumentalizar os líderes, criar um projeto, mesmo que não seja um projeto institucional, mas que nós tenhamos a possibilidade de conhecer outras*

*ferramentas, coloca-las em prática, ter realmente uma equipe da saúde do trabalhador junto com a Divisão de xx (cita o nome da divisão [...]) Às vezes, próximo ao trabalhador, na sua residência, tem caminhos que ele pode ir que vão ajuda-lo a ter uma readaptação melhor ou em menos tempo [...])” (Atuba)*

Ao se pensar na realidade de instituições hospitalares públicas, e mais particularmente, nas limitações enfrentadas pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, é impensável se ter uma equipe prestando um apoio exclusivo e intenso aos trabalhadores para lidarem com situações dessa natureza. É necessário pensar em estratégias de preparação e apoio para que as equipes (não apenas as chefias) possam se sentir seguras em assumir o acolhimento daqueles que voltam *sem restrições* e também de outros trabalhadores em sofrimento no trabalho.

Atuba (gestão) realça a importância do acolhimento para os trabalhadores que voltam:

*“[...] Acolhimento também é isso, dar caminhos pra esse trabalhador. Dar possibilidades a ele dele conseguir ter saúde mental novamente. É isso. Isso seria, digamos assim, o meu conselho ou a minha ideia. E eu gostaria muito de, um dia, poder ver no Hospital Amazonas essa parceria, não somente com o serviço de saúde do trabalhador, mas com outros serviços também, pra tornar a vida do nosso trabalhador mais leve, com certeza. Porque é muito pesado trabalhar aqui dentro do Hospital Amazonas, do ponto de vista emocional, entendeu? [...])”*

Esse trecho de sua narrativa sugere a ideia de acolhimento como apoio e sustentação individual ao trabalhador que volta de licença psiquiátrica. Mas também parece trazer implícito o reconhecimento do quanto é “pesado” emocionalmente trabalhar no Hospital Amazonas, referindo-se não somente aos que voltam de licença, mas a todos os trabalhadores. A questão é que Atuba (gestão) não parece problematizar que não basta olhar apenas para os trabalhadores e seus sofrimentos, mas para toda a organização do trabalho, nesta instituição.

As proposições de Atuba (gestão) são possivelmente resultantes da dificuldade encontrada pelos trabalhadores da gestão em receber aqueles que voltam ao trabalho, como menciona Mucuri (gestão):

“[...] E o retorno, pra gente, acaba sendo muito difícil porque quando os funcionários, os profissionais voltam com limitações<sup>68</sup>, a gente às vezes não tem onde alocar porque o cuidado é muito presente ele (se refere ao profissional) tem o cuidado de beira de leito e tem o cuidado direto ao paciente [...] Então, a gente não tinha como acomodar administrativamente<sup>69</sup>. Às vezes você alocava um ou dois e eles não se adaptavam ao contexto de limitações. A equipe resiste porque a equipe quer força. A equipe quer um a mais, pra chegar junto, pra trabalhar e as chefias enfrentam isso com muita dificuldade. Assim, entendo que o tempo todo reorganizar e sem saber muito o que fazer [...]” (Mucuri).

É importante sinalizar que tanto Mucuri (gestão) quanto Atuba (gestão) mencionam as dificuldades em receber os trabalhadores que voltam de licença psiquiátrica, mas que, pelo jeito, acabam precisando adotar abordagens individualizadas, de acordo com o perfil e entendimento de cada um, para lidar com um assunto que é institucional. Enfim, não há estratégias articuladas a partir de diretrizes institucionais.

Então, ao mesmo tempo que seria importante existirem linhas gerais de ações a serem tomadas por todas as lideranças, seria também necessário se olhar o que há de singular, específico na rotina de atividades dos trabalhadores em situação de retorno. A questão é como acompanhar de perto esses trabalhadores que atuam em condições que contam com menos profissionais e em que há necessidade de se ter um limiar de atenção ainda maior para evitar erros na execução de procedimentos? É possível conciliar as necessidades institucionais com as necessidades dos trabalhadores?

Acontece, então, de o trabalhador ser recepcionado por chefias e colegas de forma diferente de acordo com o que entendem (ou não) como adoecimento psíquico. Então, Indaiá (retorno) conta acerca do seu retorno *sem restrições* ao trabalho se referindo à primeira vez que voltou de uma licença psiquiátrica:

“[...] Quando retornei ao trabalho teve um acolhimento maior. Teve um acolhimento no sentido de que foram devagar comigo. Por exemplo, eu fui já pra enfermaria, eu já passei visita nos pacientes, mas assim todo mundo perguntando: “E aí, tá tudo bem? Você acha que dá e tal?” [...] Assim, eu me senti muito acolhida, muito acolhida realmente quando eu voltei [...]” (Indaiá).

<sup>68</sup> Mucuri, ao se referir a “voltar com limitações” está se referindo à volta *com restrições*.

<sup>69</sup> Esse “acomodar administrativamente” diz respeito a não alocar mais esse trabalhador na assistência.

Indaiá (retorno) relata o quanto esse acolhimento dos colegas e chefia foi importante para que ela pudesse voltar ao trabalho gradualmente e sem tantas exigências. Ela atribui esse modo como foi recepcionada por sua equipe e chefia porque o seu quadro depressivo emergiu a partir de um contexto de adoecimento físico de um familiar que ela precisou acompanhar. Era como se uma causa supostamente “externa” à instituição propiciasse um reconhecimento e uma legitimação do sofrimento e adoecimento a partir do momento que não obrigava a instituição a olhar para si mesma e os condicionantes internos como possíveis responsáveis por esse processo de adoecimento. Porém, de uma segunda vez que retornou após licença psiquiátrica durante o período da pandemia, Indaiá (retorno) descreveu assim:

*“[...] Sai e quando eu voltei o acolhimento foi praticamente zero, zero, zero, zero! Assim, dos colegas, eu acho que ficou uma coisa assim: uma certa parte, felizes porque eu voltei, porque não precisava mais acumular o andar que eu ficava. Em relação à chefia, enfim, ela nem me perguntou assim, como foi que eu estava! Em relação à escala, eu fiquei, tipo assim, com as mesmas demandas de antes. Eu voltei, simplesmente, meu nome estava lá na escala e eu tive que fazer exatamente como se nada tivesse acontecido [...]” (Indaiá).*

Apesar de nos saltar aos olhos a postura da chefia imediata que mesmo sabendo da condição de saúde não estabeleceu meios para reinseri-la ao trabalho de modo menos penoso, é preciso destacar que essa aparente indiferença da chefia não é mais grave que a total omissão institucional em relação a esses trabalhadores que retornam de licença psiquiátrica. Não há qualquer estratégia de reinserção e acompanhamento desses trabalhadores estabelecida pelo serviço de gestão de pessoal, como se o adoecimento psíquico fosse algo sem importância por ser invisível ao olhar do outro. Parece que para a instituição reconhecer a existência do adoecimento psíquico e o contingente de trabalhadores que vêm sofrendo é ameaçador já que representa ser lembrada da sua falibilidade, da sua fragilidade.

Tenho o entendimento que ao ser afastada por licença médica durante a pandemia, é como se Indaiá (retorno) tivesse não apenas atingido a sua “gota d’água”, como a “gota d’água para a sua equipe e chefia que já se sentiam sobrecarregados. E, assim, se reforça provavelmente a fantasia de que a pessoa que se licencia por problemas de saúde mental, estaria tentando enganar a equipe ou “fazer corpo mole” para não trabalhar, aumentando ainda mais a desconfiança em torno dessa licença. Assim, ao cruzar essa ‘linha’, ela aparentemente sofre duplamente: pela aparente frieza da equipe ao recepcioná-la e por não

reconhecerem o seu próprio sofrimento e adoecimento.

Muitas vezes, o trabalhador que esteve afastado tem a expectativa de retornar ao trabalho sem maiores dificuldades, bastando que ele receba alta do seu médico e seja considerado apto pela perícia médica, só que, às vezes, conforme foi narrado por Abaeté (saúde do trabalhador):

*“[...] quando ela está próxima de retornar (a gente ouve muito esse relato das pessoas que acabam sendo readaptadas), começam a sentir angústia. Mas é um conflito, do tipo: “- Eu quero retornar ao trabalho. Eu quero me sentir útil. Eu quero voltar a ser uma pessoa ativa e tal, mas eu não consigo, me dá angústia, eu não consigo dormir, só de pensar no trabalho. E aí ficam nesse conflito, nessa briga e tal [...]” (Abaeté).*

Neste ponto, considero importante lembrar que os trabalhadores que voltam *sem restrições* recebem alta da perícia e seguem para o mesmo local de trabalho em que atuava antes da licença psiquiátrica. Eles não são acompanhados pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores em termos de suporte para o processo de reinserção laboral, salvo se buscarem individualmente o suporte do serviço de psicologia deste Núcleo ou se participarem dos grupos de reflexões conduzidos por este serviço. No caso dos trabalhadores *com restrições (readaptação)* após receberem o parecer da junta de peritos para passarem para essa situação funcional, podem contar com o apoio individual do serviço de psicologia, inicialmente, ou podem participar dos referidos grupos de reflexões, mas após algum tempo, uma vez que tenham sido lotados em outro local de trabalho, não são mais acompanhados pela saúde do trabalhador. Assim, fica a cargo de cada liderança, um olhar mais atento ao trabalhador que retorna de licença, como assinala Tapajós (gestão):

*“[...] A nível de psicológico, não. Só existem, assim, aqueles funcionários que vieram com alguma restrição psicológica. O Núcleo de Saúde dos Trabalhadores solicita que eles façam acompanhamento psicológico, psiquiátrico. E que, vira e mexe, quando tiver alguma questão de licença envolvendo isso, compareçam lá. Agora, um acompanhamento institucional, eu não vejo. A não ser que eu solicite pontualmente. Aí eu também não posso dizer que a instituição, ela está alheia. Não, ela não está alheia. Mas só se eu sinalizar. Se eu não sinalizar, não. [...] Não existe um projeto ou um protocolo de acompanhamento desses profissionais, pelo menos, eu desconheço[...] Fica muito a cargo de nós que estamos aqui na liderança, ter essa sensibilidade de perceber essa necessidade e sinalizar ao Núcleo*

*de Saúde dos Trabalhadores [...]” (Tapajós).*

No seguimento de sua narrativa, Tapajós (gestão) traz ainda mais elementos para percebermos a postura institucional frente ao trabalhador em situação de retorno:

*“[...] Agora, a nível psicológico e psiquiátrico, eu não vejo nenhum tipo de acompanhamento, de apoio da instituição. E, infelizmente, deveria porque muitos profissionais, eu não digo aqui no meu setor, mas tem setor aqui que os profissionais não estão em condições de trabalhar. Não estão mesmo! E é um risco muito grande estarem lidando às vezes com paciente e você olha pra aquele profissional, você vê que não tem condições. O profissional, ele vem trabalhar quase que dopado de tanta medicação que toma e eu não vejo, dentro da instituição um olhar para esse profissional, de acolhimento, de acompanhamento que seria importantíssimo [...]” (Tapajós).*

A instituição naturalizar ou não perceber que há trabalhadores fazendo uso de medicamentos controlados já diz muito da cegueira institucional a que me referi anteriormente, tributária da cegueira sobre a dimensão coletiva dos processos organizacionais. Embora Tapajós (gestão) perceba a necessidade de dar suporte aqueles que se encontram em sofrimento ou adoecidos psiquicamente, a sua fala é perpassada por uma racionalidade que privilegia ações técnicas especializadas e individualizadas sobre aqueles que sofrem/adoecem. Entendo, pois, que esta perspectiva de Tapajós (gestão) reproduz, de certo modo, a desintegração do trabalho na instituição, a desvalorização (ou pouca valorização) de espaços de compartilhamento e reflexões coletivos para discussão dos processos de trabalho e de gestão. Portanto, dessa maneira, a partir deste modelo de intervenção, as possibilidades de enfrentamento do problema são mínimas já que o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores será sempre insuficiente em termos de número de trabalhadores e dificilmente dará conta de tamanha demanda.

Cabe, entretanto, esclarecer que não desconsidero a necessidade de um cuidado diferenciado a partir da singularidade de cada trabalhador, mas o que trago para discussão é a importância das equipes e chefias se implicarem com este trabalhador em sofrimento. Por isso, considero ser interessante a possibilidade de realizar intervenções transversais articuladas com outros setores com um caráter de apoio técnico e pedagógico junto às chefias já que os riscos do retorno de trabalhadores sem acompanhamento institucional são enormes para os próprios trabalhadores, para os pacientes e também para as suas lideranças que se

veem sozinhas nas decisões que precisam tomar. Por outro lado, quando o trabalhador pode perceber que está sendo cuidado, ele pode se sentir mais integrado a instituição e menos isolado, nas palavras de Tapajós (gestão):

*“[...] que a instituição faz qualquer coisa mínima por ele, de atenção, e ligar pra ele, saber como é que ele está, no caso, voltando daquela outra fisioterapeuta, eles mudam completamente. Eles percebem que a instituição está cuidando, olhando por eles e tem alguém por eles. Agora, na inexistência de qualquer protocolo, principalmente psiquiátrico é muito ruim porque eles ficam desamparados [...] E isso pode acarretar, com certeza, danos piores a esse profissional porque se ele não tiver tendo esse, nenhum tipo de acompanhamento e se ele também não tiver tendo acompanhamento fora, psicológico ou psiquiátrico, estiver totalmente desamparado, pode chegar até essa questão mesmo do suicídio, porque ele se vê sozinho, desamparado. Nós temos muitos profissionais aqui que moram só. E aí você ficar sozinho, depressivo e ainda, sem ninguém dar suporte, é muito ruim. Com certeza! [...]” (Tapajós).*

A ênfase que Tapajós (gestão) dá ao desamparo destaca a problemática da solidão do trabalhador que precisa se haver sozinho com a sua doença, o seu restabelecimento e a sua reinserção no trabalho. Considero, então, a possibilidade dessa solidão dos trabalhadores atuar como uma condição prévia da qual emerge o adoecimento, possivelmente como decorrência de um modelo de gestão pautado em um imaginário organizacional de muralha, de fortaleza. A solidão seria um importante analisador acerca não apenas do processo de adoecimento como também do processo de retorno ao trabalho.

Cabe, então, retomar a discussão realizada por Dejours e Bègue (2010) de que o suicídio no trabalho expressa a inexistência de solidariedade entre os colegas, quando, na instituição, se instalou a ideia de cada um por si e a solidão se tornou vias de regra. Considero, portanto, que os riscos para a perpetração de suicídio no trabalho aumentam a partir do momento que esta solidão passa a ser uma condição entre os trabalhadores.

Assim sendo, considero muito significativo Tapajós (gestão) ter a percepção do desamparo institucional e relaciona-lo aos riscos de suicídio. Entretanto, apesar de ser sinalizada a possibilidade de realizar um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico fora da instituição como algo importante, traz em seu bojo alguns problemas. Um deles é o fato de que nem todos têm acesso a esses recursos, principalmente considerando a precariedade da rede de atenção à saúde. O outro problema é que, mais uma vez, se atribui apenas ao



sujeito a responsabilidade pelo seu adoecimento, desconectado dos aspectos sociais e institucionais.

Cuidar do trabalhador não demanda tecnologias complexas. Como assinala Indaiá (retorno), o trabalhador da assistência gostaria de encontrar na instituição algum acolhimento e conforto em seu retorno ao trabalho:

*“[...] Mas, assim, o que eu acho que é fundamental sentar com essa pessoa que está voltando, saber quais são as expectativas do retorno, como é que ela está, se ela se sente cem por cento, se ela se sente cinquenta por cento, sentir, ver que: “- Olha, hoje, você consegue passar visita em alguém ou não? [...] Sei lá! Ir devagar. Ou, então, deixar aberto do tipo assim: “- Olha, hoje você pode, de repente, passar visita, mas se você se sentir, na hora, que não está legal, avisa porque fulano de tal vai estar ali pra segurar caso não aconteça.” [...]” (Indaiá).*

Os aspectos levantados por Indaiá (retorno) neste trecho de sua entrevista abordam a simples possibilidade do trabalhador poder ser indagado sobre como ele está se sentindo na volta ao trabalho, o que ele tem capacidade de aguentar fazer, neste momento e o mínimo de empatia para o caso de ele achar que não dará conta. No entanto, não me parece que a instituição tenha flexibilidade o suficiente para permitir que o trabalhador seja protagonista da sua própria reinserção, esbarrando em situação como a descrita por Indaiá (retorno) a seguir:

*“[...] O meu plantão começa às sete horas da manhã. Eu retornei sete [às sete horas], supervisora, digamos assim, chegou pra mim lá pra umas oito e meia, nove horas, falou assim: “- E aí, tá tudo bem? E você acha que dá pra fazer aí o trabalho? Como é que foi esse retorno?” É assim, tipo sete e meia, oito horas, eu já tinha que ter passado visitas, já tinha que ter feito um monte de coisa e enfim, a única coisa que eu respondi pra ela: “- Eu sobrevivi.”. “- Sobrevivi a essas primeiras horas.” Então, acho que tinha que ter, pelo menos, um cuidado com quem está voltando pra saber se está bem mesmo [...]” (Indaiá).*

Na percepção de Indaiá (retorno), as perguntas foram meramente formais, pois o trabalho já havia sido realizado bem antes da supervisora perguntar se daria para ser executado. Responder que conseguira sobreviver era também uma forma de dar um recado de que o conseguira, apesar de sozinha, aspecto que exemplifica o quão é solitário este

retorno. Da mesma maneira que Indaiá (retorno) nos dá a dimensão do peso de seus receios de conseguir dar conta de voltar a trabalhar. Mais uma vez, identificamos aqui o quanto para o trabalhador há o sentimento de extremo desamparo institucional. É interessante assinalar que não é um desamparo porque simplesmente a instituição não se importa com o trabalhador, mas porque a instituição os vê sob a perspectiva de um “hipercontrole” e de um “produtivismo”, que a impede de enxergar a fragilidade de seus trabalhadores.

De mais a mais, esta questão de se sentir acolhido pela instituição não diz respeito apenas a se sentir acolhido/a pelas suas lideranças, mas também pelos colegas. A este respeito Indaiá (retorno) assinala:

*“[...] Ah, eu acho que da parte dos colegas é ter uma atenção, como é que eu vou dizer assim? [...] Acho que, no máximo, que um colega de trabalho poderia se disponibilizar era do tipo assim: “- Olha, estou aqui. Se você quiser conversar, a gente pode conversar.” Ou então: “- Se você precisar de alguma ajuda em relação à resolução mesmo do trabalho, em si, você pode falar comigo. Não tem problema nenhum.” Acho que se colocar meio que ali, como um apoio [...]” (Indaiá).*

Ao mesmo tempo, Indaiá (retorno) teme que a sua angústia seja insuportável ou incomode os colegas, os afastando ainda mais dela, por isso, acaba se isolando:

*“[...] Eu acho que é a pessoa tem que ter a liberdade de saber se vai conseguir falar ou não. Se vai se sentir à vontade pra isso, mas em compensação, eu acho que se a pessoa, o colega não se colocar à disposição, então, mesmo que você tenha vontade de falar [...] Você já fica tão frágil. Você já se sente tão diminuída, às vezes, por... por não dar conta das suas questões emocionais. Então, assim: “- Ah, eu vou ficar enchendo o saco do outro falando dos meus problemas como se fosse assim. Se o outro não está bem, nem está com vontade de ouvir [...]” (Indaiá).*

Em ambos os casos, o que Indaiá (retorno) espera da sua equipe e chefias, nomeando como “acolhimento”, se aproxima daquilo a que Figueiredo (2009) se refere quando trata de duas modalidades de cuidado: o “sustentar” (‘holding’) e o “conter” (‘containing’). Indaiá (retorno) percebe que não pode contar com o grupo em que se encontra integrada, nem com a instituição em que trabalha para lhe sustentar, enquanto se sente fragilizada emocionalmente. Muito menos, percebe que pode contar com o grupo e a instituição para

abertura de espaços de escuta para seus desejos e medos, o que poderia servir para conter a sua angústia envolvendo o processo de volta ao trabalho. Neste sentido, pode-se dizer que a instituição parece produzir mais descuido, desintegração e solidão em relação aos trabalhadores de saúde do que cuidado. Um descuido fruto do que me parece ser um enorme e doloroso paradoxo para o trabalhador em sofrimento e/ou adoecido psiquicamente. A instituição incita ações individualistas, atribui ao indivíduo a causa do próprio adoecimento e, ao mesmo tempo, espera a constituição de equipes que pouco interagem entre si (pouco integradas) para produzir resultados.

A questão é que cada um tem um modo de compreender como precisaria se dar esse retorno porque nem todos se sentem disponíveis afetivamente para abordar explicitamente os motivos que os levaram a se afastar. Então, ser abordado por colegas mais diretamente não necessariamente é interessante para todos aqueles que retornam *sem restrições*, como sinaliza Cajari (retorno):

*“[...] É, poderia ser diferente. Mas eu penso, assim, o meu perfil. Eu sou muito, eu tenho muita dificuldade pra falar, pra me expressar. Então, assim, eu não sei se também fosse uma coisa muito, não acolhedora, de ficar muito, assim, perguntando muito, não sei se eu ficaria à vontade também. Então, meio termo [...]” (Cajari).*

Isso justificaria a proposta levantada anteriormente de se ofertar um apoio matricial à equipe de modo a poder desenvolver maior capacidade de reflexão e sensibilidade às singularidades das situações. De mais a mais, a sua percepção dos colegas é diferenciada de Indaiá (retorno). Cajari (retorno) comenta ter havido uma postura mais amistosa em relação ao seu retorno *sem restrições* ao trabalho, da parte dos colegas, ao mesmo tempo que se aproxima à visão sobre a postura das chefias exposta por Indaiá (retorno):

*“[...] Ninguém se mostrou, das pessoas próximas, se mostrou [com] raiva, mostrou: “- Ah estava em casa!” tipo ninguém dos meus colegas demonstraram isso [...] Não esperava nada, assim, além disso. [...] Eles demonstraram que conseguiram se virar, conseguiram ajudar, em termos de dar conta das coisas. Eu acho que, que foi bom! Assim, também não foi ruim. Eu acho que, de repente, da chefia, eu esperaria mais coisa porque poderia, até, a ver com o trabalho. Poderia ser: “- Ah! Eu não aguento mais ficar na clínica de COVID.” Poderia ter alguma coisa a ver com trabalho. Então, eu acho que deles, seria mais interessante partir alguma coisa [...]” (Cajari).*

Desse modo, quando o gestor sabe o motivo do afastamento<sup>70</sup>, a volta do trabalhador dessa licença pode receber cuidado especial para evitar colocar em risco o trabalhador e o paciente. Como assinalado anteriormente, isso depende muito de aspectos subjetivos do gestor, como por exemplo, a sua sensibilidade e o grau de afinidade com o trabalhador que esteve licenciado. No entanto, o que mais chama a atenção nestas situações relatadas é acabam recaindo diretamente sobre as figuras do gestor e do trabalhador sem qualquer mediação institucional, tanto da parte da gestão de pessoas quanto do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

Quando o trabalhador retorna *sem restrições* e a gestão está atenta e sensível, faz um esforço para readequar o trabalho para este sujeito. O ponto a ser ressaltado é que, mais uma vez, na maior parte do tempo os gestores se sentem desamparados para lidar com situações que envolvam a saúde mental de integrantes de sua equipe e, como sinalizei, essas ações não podem se restringir apenas às chefias das equipes. Dessa maneira, a equipe mais diretamente ligada a este trabalhador poderia ser envolvida e convidada a participar da discussão de estratégias para apoio aqueles que retornam, em ambientes protegidos, ou seja, que garantissem vínculos de confiança entre os participantes.

Entretanto, para que tal ocorresse, seriam necessárias estratégias alinhadas com uma política de pessoal que não se limitasse aos aspectos formais e burocráticos e que pudesse estar articulada aos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (BRASIL, 2012). Lembrando que um dos objetivos de política nacional é o fortalecimento da VISAT e a sua articulação com a rede através da construção conjunta, entre outros aspectos, de linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador.

Compreendo o quanto a realidade institucional apresenta limitações estruturais e organizacionais que obstaculizam a implementação dessa Política Nacional, como por exemplo, a insuficiência de pessoal que dificulta o acompanhamento aos trabalhadores que retornam as suas atividades laborais (*com ou sem restrições*). Por essa razão, talvez coubessem ser realizadas ações mais transversais, incorporando também outras categorias de trabalhadores do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores (não apenas o serviço de psicologia) e de outros setores do Hospital Amazonas, estabelecendo novos arranjos institucionais para mediação da problemática que se aproximassem das concepções de apoio matricial e equipes de referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Originalmente, o apoio matricial foi pensado para o campo da assistência à saúde no

---

<sup>70</sup> Eu tenho dúvidas se realmente a chefia acabe não tendo indícios ou mesmo sabendo o real motivo desta licença médica.

SUS e tem como objetivo proporcionar uma retaguarda especializada aos profissionais de referência. De acordo com Campos, Cunha e Figueiredo (2013), o apoio busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão pressupondo a negociação, a mediação de conflitos. Assim sendo,

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 401).

Ao passo que a equipe ou profissional de referência<sup>71</sup> é constituída por profissionais responsáveis pela condução dos casos (individual, familiar ou comunitário) e tem como objetivo ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre os profissionais e os usuários, ao longo do tempo (longitudinalmente) (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

No que se refere especificamente ao âmbito de gestão do trabalho e da saúde do trabalhador, para dar materialidade a ideia de intervenções transversais nos casos de retorno ao trabalho após licença psiquiátrica, considero interessante se pensar em uma livre adaptação, da proposta de apoio original. Assim, por exemplo, pode se pensar em integrar esses dois arranjos institucionais (equipes de referências e apoio matricial) de modo que os profissionais do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores<sup>72</sup> juntamente com alguns representantes de outros setores do Hospital Amazonas pudessem constituir uma equipe de matriciamento para atuar na discussão e manejo dos casos de adoecimento, afastamento e retorno ao trabalho. Essa equipe intersetorial de matriciamento, assim, funcionaria como apoio prestando suporte técnico-assistencial e pedagógico para as chefias e equipes, dos respectivos serviços à medida que fosse demandada para tal.

No entanto, para que possa haver um arranjo institucional que perpassasse todo este complexo hospitalar tal qual sugerido, faz-se necessária adesão e flexibilização da gestão para novos modos de condução, de exercício e avaliação dos processos de trabalho, assim como, que a gestão legitime essa iniciativa. Aspectos esses cuja efetivação não consigo visualizar a curto e médio prazo, nesta instituição. Dessa maneira, enquanto isso não ocorre,

---

<sup>71</sup> Os conceitos de apoio matricial e equipe de referência foram propostos por Campos em uma linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, esta metodologia foi adotada em vários serviços do SUS de Campinas/SP até ser também incorporado por diretrizes de alguns programas do Ministério de Saúde (Campos e Domitti, 2007).

<sup>72</sup> Ratificando que não apenas o serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

os trabalhadores individualmente vão tomando iniciativas para estabelecer novos arranjos por dentro da instituição visando dar novos contornos e cursos ao trabalho.

## 9.2 A READAPTAÇÃO

*“[...] você identifica que ali tem uma pessoa que está muito fragilizada, que precisa ser readaptada, que precisa mudar pra um setor onde não tenha tanta pressão, tanta cobrança ou que não tenha contato com muita morte, o que no Hospital Amazonas é quase impossível [...]” (Barigüi).*

Apesar de a *readaptação* se encontrar formalmente instituída através da Lei nº 8112 de 11 de dezembro de 1990<sup>73</sup> (BRASIL,1990), não é algo bem vista pelos trabalhadores em geral. As lideranças parecem se ressentir do fato de que este trabalhador, *com restrições*, não será um trabalhador “inteiro”, ou seja, inteiramente disponível às necessidades e demandas do serviço. São trabalhadores com que nem sempre se pode contar, de fato. E, mais especificamente no caso da *readaptação* em casos de trabalhadores que adoeceram psiquicamente, estes acabam sendo afastados da assistência.

Quando o servidor é considerado apto, pela perícia, mas volta em situação de *readaptação*, ou seja, quando é indicado que haja um *retorno com restrição*, uma junta médica de peritos é constituída para este fim, como esclarece Guaporé (saúde do trabalhador):

*“[...] É por junta médica mesmo. Todas as readaptações são feitas por junta médica que é o nome técnico da nossa perícia onde três médicos avaliam o servidor. E ele traz os laudos e ele é avaliado [...]” (Guaporé).*

Cabe enfatizar que quando se trata de questões vinculadas à saúde mental, a abertura do processo administrativo de *readaptação*, no sistema, é feita com o acompanhamento de um dos psicólogos do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Mas pelo que entendi é um acompanhamento mais voltado para o apoio à organização do ato administrativo em si (a constituição processo material).

Em geral, é comum que aconteça uma mudança de setor e a nova chefia acaba sabendo o real motivo do afastamento. Neste caso, sujeito precisou ser licenciado e se viu

---

<sup>73</sup> Dispõe sobre o Regime Jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

questionado sobre a sua capacidade de poder continuar a lidar e cuidar do outro, ou seja, se vê incapaz de realizar a missão que o levou a construir a sua identidade profissional. O seu lugar no trabalho e na vida, em algum momento, foi colocado em suspenso, o que por si só, demandaria uma atenção redobrada frente às suas fragilidades.

Conforme Barigüi (assistência) assinala, o perito, então, pode identificar a necessidade de uma intervenção psicológica ou fisioterápica que conta com um único profissional, acionando estes serviços. Mas do mesmo modo que Abaeté (saúde do trabalhador), Barigüi (assistência) também reporta haver a busca espontânea dos trabalhadores que sentem precisar de ajudar profissional ou mesmo oriundas dos grupos de reflexão do serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

*“[...] de pessoas que estavam adoecidas ou em vias de adoecimento do tipo “- Estou no limite, o que que eu faço?” [...]” (Barigüi).*

Araguaia (saúde do trabalhador) explica o porquê de considerar a *readaptação* um processo muito complexo:

*“[...] Então, é complicado readaptar as pessoas. É complicado trabalhar a incapacidade dentro da cabeça delas, que elas não podem mais fazer tal atividade. É complicado você fazer com que os colegas aceitem e a chefia, principalmente, porque a chefia, ela está “por aqui” [sobrecarregada], ela está cheia de trabalho e ter uma pessoa pela metade é terrível. Conta cadeira, conta trabalho, você entendeu? Então, a chefia também está. Está todo mundo sobrecarregado, entendeu? É uma cascata. Então, essa pessoa, às vezes, ela não é bem aceita, não é bem readaptada, não é bem reinserida e ninguém faz nada [...]” (Araguaia)*

Entendo que a ideia de “trabalhar a incapacidade” nos sujeitos foi dita no sentido de que é preciso oferecer dados de realidade para que a pessoa compreenda as suas limitações e o motivo de não poder voltar para as atividades de antes da licença médica. Parece se tratar de um modo de Araguaia (saúde do trabalhador) entender a necessidade que este trabalhador tem de elaborar psicologicamente a sua situação.

O processo de *readaptação* para os trabalhadores que foram licenciados pela psiquiatria, muitas vezes, implica que precisarão ser realocados e afastados da assistência (BALTAZAR, 2016). Trata-se de um momento muito delicado para o trabalhador de saúde

ao se ver avaliado pela perícia médica sem condições para retornar ao trabalho assistencial. Daí, que ocorre de alguns trabalhadores relutarem em aceitar essa nova situação funcional e não desejarem ser afastados desse cuidado direto ao paciente, especialmente, quando é esse o motivo que dá sentido ao seu trabalho. Como compreende Capibaribe (gestão) ao comentar sobre esse assunto:

*“[...] Mas a pessoa quando se forma, muitas vezes, quer estar no atendimento direto ao paciente [...] Ai depois, quando retorna não pode retornar pra atividade na qual ela é capacitada, qualificada e que deseja continuar. Ai eu acho que é um outro impacto. O impacto da doença em si. O impacto de não poder trabalhar. Depois o impacto: “- Ah tá, vai retornar pro trabalho e não vai poder fazer a atividade que você tanto gosta. Vai fazer outra [...]” (Capibaribe).*

Acho importante ressaltar o quanto é interessante o modo afetuoso e reflexivo de Capibaribe (gestão) ao abordar o tema quando fala em três tipos de impactos sobre a vida pessoal e profissional do trabalhador: o impacto da doença, o impacto de se afastar pela doença e o impacto de retornar, precisando se adequar a um trabalho diverso do seu antes do adoecimento.

Se de um lado há desconfianças da parte de colegas e chefias, por outro lado, há também, muitas vezes, uma não aceitação do adoecimento pelo próprio trabalhador. Araguaia (saúde do trabalhador) exemplifica com argumentação que costuma empregar para convencer esses sujeitos de que precisam de cuidados especializados e de que tempo para o retorno não é imediato:

*“[...] Na minha experiência, eu costumo falar pra eles, inclusive, quando uma cabeça quebra, seis meses pra consertar. Uma fratura não é 40 dias, 30 dias? Você vê lá a fratura do osso, só que os distúrbios mentais, você não vê [...] Você não consegue medir. [...] o próprio tem uma certa dificuldade de aceitar e os que estão no entorno também. Às vezes, você entender que aquela pessoa que foi sempre tão, não digo normal, mas assim tão equilibrada, naquele momento, está passando por um agravo qualquer [...] O meu problema é que eu vejo, às vezes, muita gente maltratada, entendeu? Por falta de condição financeira, não pode pagar um bom psiquiatra, não pode pagar uma boa terapia [...]” (Araguaia).*

A fala de Araguaia (saúde do trabalhador) vai na direção do que Alevato (2011)



afirma ao se referir que um dos elementos mais relevantes em relação aos afastamentos por transtornos mentais e comportamentais comparativamente a outras causas de afastamentos diz respeito as características do processo de recuperação dos sujeitos afastados. Porque envolve múltiplos fatores como: a complexidade do psicodiagnóstico, a demora pela procura de ajuda especializada, as dosagens medicamentosas que precisam ser ajustadas e específicas para cada sujeito, resultando em um tempo imprevisível de controle dos sintomas. Esta imprevisibilidade repercute no tempo que o sujeito precisará para ser considerado apto para voltar ao trabalho.

Araguaia (saúde do trabalhador) nos traz ainda a dimensão das resistências existentes que passam pelos próprios trabalhadores em aceitar uma nova condição de vida laboral, bem como, pelos colegas sobrecarregados de trabalho e chefias que precisarão traçar novos rearranjos nos processos de trabalho. Sobre a questão do retorno ao trabalho, Araguaia (saúde do trabalhador) reforça a necessidade de algum acompanhamento institucional para este processo:

*“[...] Então, é tudo isso tem que ser amarrado pra que, teria que ter, todos os lugares teriam que ter um programa de reabilitação, de reinserção, de sei lá o quê, o nome que desse, mas nesse sentido, de acompanhar esse retorno das pessoas, principalmente, quando o afastamento é prolongado. E retorno com limitação<sup>74</sup> tinha que ser acompanhado por um grupo multidisciplinar dentro do trabalho [...] mas sem abandonar o psiquiatra e o psicoterapeuta lá de fora. Porque a gente aqui não pode tratar as pessoas. A gente pode dar um socorro [...]” (Araguaia).*

Além dos aspectos subjetivos envolvidos quando o trabalhador não consegue perceber a gravidade do seu próprio processo de adoecimento, há o aspecto pragmático do afastamento do trabalho referente à redução de benefícios ganhos (adicional noturno, por exemplo) e que impacta diretamente no “bolso” desse trabalhador. Além do mais, as licenças psiquiátricas costumam ser longas, sendo comum que o desfecho acabe sendo a aposentadoria por invalidez nos casos de profissionais afastados por ansiedade e/ou depressão (BALTAZAR, 2016). Segundo Abaeté (saúde do trabalhador):

*“[...] Então, as pessoas estão temerosas também ou as vezes também por pressões*

---

<sup>74</sup> Referindo-se à readaptação ou retorno com restrições.

*de chefia ou também por questões financeiras. Porque quem está, quem é readaptado, dependendo, se vai pra um outro local, ser remanejado, ele pode perder a insalubridade. [...] por exemplo, a pessoa é técnica de enfermagem e trabalha no turno noturno. Aí, por questões de depressão, quando retorna, geralmente a chefia não bota no turno noturno porque essa pessoa tem restrições e tal, está frágil, entende? E aí, à noite já tem menos pessoal, o quantitativo é menor. E aí coloca ela no turno diurno e aí ela perde também o adicional noturno. Assim! Então, as pessoas sabendo disso pensando mil vezes, às vezes, se vão realmente entrar com um processo de readaptação o que também acaba sendo pior porque é mais pressão pra elas [...] elas precisam de um suporte [...]*” (Abaeté).

De acordo com Abaeté (saúde do trabalhador), para a equipe de enfermagem a situação fica mais crítica porque muitos têm dois vínculos no serviço público. Ao mesmo tempo, se ocorrer uma aposentadoria por invalidez em um vínculo empregatício, precisará também se processar no outro vínculo. Uma aposentadoria por invalidez equivale a perdas financeiras justamente quando a pessoa precisa de recursos materiais para se tratar de forma mais adequada. Por conta disso, Araguaia (saúde do trabalhador) considera a *readaptação* como vital para o trabalhador:

*“[...] O dinheiro é o tratamento dele, entendeu? Não é dinheiro porque ele tem que ter lazer. Não! Porque tudo está muito, a vida está muito difícil e ele tem e muitas, aqui por exemplo, muita gente tem emprego fora que quando fica incapaz aqui, ele fica incapaz fora [...]”* (Araguaia).

Ao dizer que o “dinheiro é o tratamento dele”, Araguaia (saúde do trabalhador) assinala a necessidade de se olhar também para as questões objetivas da sobrevivência do trabalhador e de garantias mínimas de recursos para sobreviver com qualidade de vida. Quando o sujeito recebe uma aposentadoria por invalidez, como explica Araguaia (saúde do trabalhador), ele não pode ter emprego formal em mais lugar algum já que o Tribunal de Contas da União acaba descobrindo e interferindo na situação. Araguaia (saúde do trabalhador), então, afirma:

*“[...] Uma pessoa jovem, com poucos anos de contribuição, ela é aposentada por invalidez, ela é aposentada simplesmente com metade do salário, com um terço do salário, com um salário mínimo já aconteceu [...] A readaptação é uma necessidade primária da*

*peessoa porque tem que continuar trabalhando aqui, digamos ele é uma pessoa da área técnica, ele tem que, pelo menos, tentar, no computador, e trabalhar as oito horas dele por dia pra que lá fora ele também possa fazer o mesmo, você entendeu? Porque, se não, ele não vai fazer nem aqui, nem lá fora nada, mais [...]” (Araguaia).*

Considero que a aposentadoria por invalidez, em especial para trabalhadores jovens, pode pôr fim aos sonhos profissionais ou mesmo acentuar o processo de adoecimento psíquico pelo isolamento das redes sociais estabelecidas em seu ambiente laboral. Araguaia (saúde do trabalhador) traz importante observação acerca da necessidade retornar como readaptado, ou seja, *com restrições*. Ante a possibilidade de um cenário de aposentadoria por invalidez, o retorno nestas condições, por mais que possa ser sofrido para o trabalhador, será melhor do que uma aposentadoria precoce que limitaria o sujeito em outras áreas de sua vida (como conseguir novo emprego). Por esse motivo, Araguaia (saúde do trabalhador) ainda argumenta favoravelmente em relação à *readaptação*:

*“[...] Então, o que eu quero te dizer disso tudo é que a reabilitação, a readaptação, a restrição, o nome que você quiser dar, ela é imperativa por sobrevivência. [...] Olha só, se ele conseguir uma readaptação aqui, uma readaptação no município, por exemplo, está bom. Ele fica nos dois (se referindo aos dois vínculos empregatícios) em atividade. Um técnico de enfermagem, nos dois, em atividades administrativas, ele leva a vidinha dele [...] Se ele trabalhar mais dez, são dez de idade com dez de trabalho, ele ao invés de sair com um terço do salário, ele sai com dois, entendeu? [...]” (Araguaia).*

Barigüi (assistência) considera que a *readaptação* é também vantajosa para a instituição pois:

*“[...] é você pegar um profissional com doutorado, com trinta anos, poderia se aposentar amanhã e você poder ter esse profissional trabalhando na tua instituição por dez anos, vinte anos, produzindo. Ele só não pode estar ali, naquele local, mas ele pode estar em outro [...] Isso aí era um ganho pra instituição [...]” (Barigüi)*

É possível observar através da fala de Canindé (assistência) que mesmo em casos de *readaptação*, muitas vezes, os colegas não chegam a saber os motivos que levaram o trabalhador a se afastar quando este retorna. Desse modo, entendo que mesmo no caso da

situação de *readaptação* haja um silenciamento quando se trata de adoecimento psíquico como abordado anteriormente. Embora, contraditoriamente, a *readaptação* seja visível do ponto de vista institucional uma vez que o trabalhador acaba sendo lotado em outro setor/serviço:

*“[...] A gente não chega a saber. Há um deslocamento e geralmente, é uma coisa que não diz respeito mais à assistência. Então, eles vão pro xx (cita o nome do setor) ou trabalhar na xx (cita o nome de outro setor). Ele sai da assistência. Na verdade, a assistência está com o paciente. É alguma coisa que talvez produza efeitos difíceis de lidar [...]” (Canindé).*

Chama a atenção o fato de Canindé (assistência) considerar que a saída da assistência direta aos pacientes talvez seja algo difícil para o trabalhador de saúde. Por conta disso, Canindé (assistência) enfatiza a necessidade da existência de espaços em que o trabalhador, nestas circunstâncias, possa ser cuidado e possa elaborar essa mudança em sua atividade.

Para a instituição, a aposentadoria implica necessariamente em perda de força de trabalho, no entanto, os gestores geralmente não se interessam ou resistem à *readaptação* pois precisarão lidar com a diminuição do número de trabalhadores no seu serviço. Contudo, Barigüi (assistência) reconhece que a *readaptação* também esbarra em questões administrativas porque quando um servidor deixa de exercer determinada função, é muito difícil haver reposição já que esta depende de concurso público sem previsão de ocorrer a curto e médio prazo:

*“[...] Porque não pode contratar [...] mas isso não é uma questão que esse trabalhador aqui vai ter que resolver com o sangue dele. Não se pode, é aquele ditado antigo, “cobrir um santo e descobrir o outro” [...]” (Barigüi).*

Por esse motivo, costuma ser comum também, segundo Abaeté (saúde do trabalhador), o estabelecimento de acordos informais entre chefias e trabalhadores que retornam com pequenas adaptações à carga de trabalho para não precisarem ser readaptados formalmente e sofrerem perdas financeiras. Porém, como Abaeté (saúde do trabalhador) também sinaliza, essa situação deixa os trabalhadores desprotegidos já que em casos de mudanças de chefias esses acordos, muitas vezes, não são refeitos. De qualquer modo, trata-se de transgressões a que os trabalhadores (gestores e assistência) incorrem e que podem ter

como efeito principal o aumento do silenciamento em torno do sofrimento deste trabalhador, e mais, a manutenção dos processos de trabalho que podem levar a este adoecimento/sofrimento.

Há, no entanto, outras situações em que o trabalhador deseja realmente ser afastado da sua lotação original de trabalho que está lhe causando sofrimento, sem encontrar apoio ou escuta pela sua chefia. É o caso de Juruena (retorno) que retornava ao trabalho das licenças médicas (ora cardiológico, ora psiquiátrico) e, em vários momentos, se viu incompreendida pelas chefias pois a faziam voltar para os mesmos ambientes de antes da sua licença. Por isso, na última vez que voltou da licença psiquiátrica e tornaram a inseri-la nas enfermarias, Juruena (retorno) acabou pedindo para retornar *com restrição*, ou seja, em *readaptação*, como conta:

*“[...] Mas como havia muita falta de mão de obra nas enfermarias, ele me viu como mais uma mão de obra, na enfermaria. Só que pra mim, não dava! Ai foi uma luta. Ai eu consegui abrir o processo e esse mês que eu, desde janeiro, mês passado que eu voltei com a restrição[...]” (Juruena).*

Barigüi (assistência) tal qual Abaeté (saúde do trabalhador) observa uma resistência da instituição com a perspectiva de *readaptação* dos servidores:

*“[...] me parecia que a instituição não tinha interesse em que esses trabalhadores fossem readaptados [...] Havia sempre uma tensão muito grande no sentido de barrar, dificultar o acesso, dificultar a perícia, constranger, perseguir as pessoas que buscavam este direito e sempre foi muito desgastante no sentido de você ter que dizer a todo o momento, você ter que legitimar o que já está legitimado em lei, mas não era legitimado institucionalmente [...]” (Barigüi)*

Por um lado, pode haver resistência dos gestores, por outro lado, às vezes há também uma resistência dos próprios trabalhadores porque a *readaptação* explicita formalmente que estiveram adoecidos.

Barigüi (assistência) aborda um aspecto interessante em relação a este assunto que é o chamado ‘presenteísmo’:

*“Então, como eu te falei não existe uma política de saúde mental. Então, essas*

*peças já chegavam doentes. São pessoas que já tinham histórico ou de adoecimento e não afastamento ou de adoecimento com afastamento. Porque existe a questão que você deve conhecer bem que é o presenteísmo que são as pessoas que estão doentes, mas por ‘ene’ questões vão levando, **esticando a corda** (grifo nosso) até não poder mais, trabalhando. Ou na esperança de melhorar ou por questões financeiras. Porque a licença impacta no salário, impacta no cargo, nas relações. E aí esse retorno às vezes é tão difícil quanto a licença, você sair de cena. Às vezes são coisas, são dois momentos muito difíceis. Então, tem pessoas que dizem “- Olha eu não quero me afastar porque tenho medo de não voltar nunca mais”. Tamanha a situação [...]” (Barigüi)*

O medo de “não voltar nunca mais” parece que não diz respeito apenas ao não voltar à cena do trabalho, mas à própria vida tal qual era antes do seu adoecimento. Assim, “esticar a corda” diz respeito a um esforço psíquico para não sucumbir e pode agravar ainda mais a sua saúde mental. Por outro lado, “esticar a corda” é forçar um desempenho profissional no limite de sua capacidade de suportar e que poderá levar ao rompimento dessa corda, ou seja, o seu adoecimento. Nesta mesma direção assinalada por Barigüi (assistência), Lhuilier (2017) afirma:

Assim, manter-se no trabalho gera grandes dificuldades, mas abster-se dele (licença médica) é sinônimo de perder as referências que ajudam a enfrentar o sofrimento da doença e dos tratamentos. Essa tensão fica mais clara, logicamente, para quem extrai da vida profissional satisfações benéficas para sua saúde somato-psíquica (LHUILIER, 2017, p. 308).

A possibilidade de se manter nas atividades é um sinal de resistência à doença, mas simultaneamente representa um risco de desgaste e exaustão dos recursos físicos já alterados pela doença ou pelo tratamento (LHUILIER, 2017). Entendo, assim, que o esforço psíquico para se manter alerta e continuar a trabalhar é invisível para o outro pois a pessoa não interrompe as suas atividades. Talvez seja isso que leve os colegas a se surpreenderem em relação a quem adocece aparentemente de forma súbita. Assim sendo, compreendo que esse “esticar a corda” referido por Barigüi (assistência), mesmo que seja por motivos exclusivamente financeiros, representa um esforço muito grande do trabalhador para não sucumbir a doença. Como diz Lhuilier:

[...] A atividade é, ao mesmo tempo, um risco e um fator “terapêutico”. Com efeito, a passividade pode parecer mais protetora, mas também aparece como uma forma mortífera da economia de si, como sinal de que a doença venceu [...] (LHUILIER,

2017, p. 308)

Barigüi (assistência) considera mais vantajoso contar com mão de obra em processo de reabilitação a perder a mesma para uma aposentadoria precoce:

*“[...] você tinha que pegar nas sutilezas do discurso, nas entrelinhas, nas pausas. Porque você recebe pessoas que querem aparentar que estão bem, que estão fortes. E isso você precisa ter uma sensibilidade pra fazer essa leitura. E você pega pessoas destroçadas também. E você pega pessoas que também não estão entendendo esse momento, que elas próprias não se percebem ainda adoecidas. Mas você com a experiência, com a prática da escuta [...] você identifica que ali tem uma pessoa que está muito fragilizada, que precisa ser readaptada, que precisa mudar pra um setor onde não tenha tanta pressão, tanta cobrança ou que não tenha contato com muita morte, o que no Hospital Amazonas é quase impossível. Mas existem setores em que a morbidade é muito maior [...]” (Barigüi).*

Barigüi (assistência) sinaliza a necessidade de realocar este sujeito que volta ao trabalho em um lugar com menos pressões e cobranças feitas pela instituição. Entretanto, mesmo tendo uma leitura crítica acerca da organização, a ideia de realocação para locais que produzam menos constrangimentos aos trabalhadores acaba por eximir a instituição de rever os seus processos e a sua organização de trabalho para lidar com o processo de retorno dos trabalhadores, mantendo uma lógica de intervenção apenas sobre o sujeito.

Em relação aos colegas que acabam permanecendo no serviço, o entendimento variará da forma como o colega se afastou, do vínculo afetivo que aquele que adoece estabelece com sua equipe e do próprio entendimento daquele que se sente sobrecarregado tem acerca do que seja adoecimento psíquico.

Tapajós (gestão), enquanto gestor, observa haver um cuidado dos colegas em relação aqueles que chegam ao setor em situação de reabilitação. Tapajós (gestão) diz, então:

*“[...] E aí eu percebo que eles acabam, às vezes, superprotegendo o colega deixando que esse colega não se exponha quando o colega faz, às vezes, alguma coisa errada, eles acabam, com delicadeza, ajudando aquela pessoa a superar aquela dificuldade, eles orientam. [...] Além disso, eles às vezes, acompanham também a pessoa até o ponto, deixa pra ir embora junto pra pessoa não ir embora sozinha às 19h. [...] E aí é assim que a gente vai caminhando. Porque, assim, mecanismo mesmo eficiente, dentro da instituição, a gente*

*não tem. Infelizmente[...]” (Tapajós).*

Porém, Mucuri (gestão) observa que existem características específicas do trabalhador em situação de retorno que vão determinar ou delinear a forma como ele será recebido pela sua equipe após a licença psiquiátrica:

*“[...] Olha, o que que a gente observa se for uma pessoa muito querida daquele dia-a-dia, eles têm, eles acolhem bem pra ajudar. Se for uma pessoa que não está inserida, não sei como te explicar, mas assim, não é uma pessoa, muito envolvida com pessoas, no contexto, então, o acolhimento, às vezes, tem muita resistência. Porque o que a gente tinha que fazer e, às vezes, nem sempre é possível, é colocar essa pessoa como parte da equipe, pra ela poder ser inserida. [...] Então, o acolhimento variava dessa forma. Quando era uma pessoa muito querida do convívio deles, eles até seguravam. Então, assim, eles davam esse suporte [...]” (Mucuri).*

Talvez o modo cuidadoso de receber quem se encontra na situação de *readaptação* seja um reflexo sobre a equipe de um modo igualmente cuidadoso como o próprio Tapajós, (gestão) estando na gestão, recebe esses trabalhadores, na equipe que lidera:

*“[...] Eu, normalmente recebo primeiramente, converso, pra tentar entender a história, o que que aconteceu, pra ele chegar ao ponto de ter que vir pra xx (cita o nome do setor), por não conseguir trabalhar com paciente. [...] Então, muitas das vezes, eles explicam que viam muito sofrimento, [...] Agora, enquanto chefia, eu tento fazer o máximo pra inseri-los dentro do processo de trabalho. Às vezes, não é muito fácil porque eles chegam com muito receio do novo! [...] Então, eu tenho que com calma reinserindo, explicando o trabalho e, principalmente, deixando-os muito à vontade pra dizer pra mim se eles estão confortáveis ou desconfortáveis. [...] Mas isso é uma questão minha[...]” (Tapajós).*

Mas nem todos os gestores agem do mesmo modo que Tapajós (gestão) ao saber que deixará de contar com a sua força de trabalho e Juruena (retorno) traz a sua percepção, enquanto trabalhador que retorna *com restrições*, ao falar a este respeito:

*“[...]nós estamos com vários pacientes morrendo porque não tem atendimento.” Mas essa questão (eu não falei isso) mas depois, eu pensando, essa questão, infelizmente, não é*



*minha porque não foi eu que fechou as portas do Hospital Amazonas devido à pandemia e, por isso, os pacientes estão morrendo. Ou porque não tem funcionário. Não fui eu que fechou lá os concursos que não existem mais. Foram embora oitocentas pessoas foram embora [...] Se entraram duzentas, trezentas, foi muito. Então, esse buraco aí, não fui eu que provoquei. Então, eu não tenho que pagar por isso! Entendeu? Aí ela quer me fazer culpada por isso? Essa questão não é minha! Não sou eu. Não sou a gestora do Hospital Amazonas, nem da instituição, nem da xx (cita o nome da enfermagem), nem nada. Aí é isso! Eu quero é me curar e me tratar. É isso que eu quero [...]" (Jurueña).*

Jurueña (retorno), a meu ver, reage de uma maneira muito legítima à medida que não aceita assumir o papel de culpada nem a sobrecarga de tarefas, muito menos o excesso de cobranças para suprir a falta de pessoal.

Pensar sobre o retorno dos trabalhadores que estiveram de licença médica é mais do que pensar em técnicas e meios objetivos de adaptá-los ao trabalho. É mais do que propor tratamentos curativos. É, especialmente, pensar em formas de cuidar destes sujeitos sem submetê-los às mesmas condições de trabalho vividas por eles antes de adoecerem. É também cuidar das organizações de trabalho que têm a missão de cuidar, mas que, por algum motivo e em algum momento, não mais conseguem minimamente cuidar de quem cuida.

Portanto, cabe questionar se os serviços de saúde do trabalhador, enquanto estruturas que integram os organogramas dos hospitais públicos, se constituiriam espaços potenciais de mediação para (re) construção de vínculos dos trabalhadores que estiveram afastados por licença médica ao longo do processo de retorno ao trabalho. Do mesmo modo, cabe indagar se é possível que esses serviços de saúde do trabalhador tenham efetivamente condições de atuarem como espaços de ressignificação de sentidos para aqueles que retornam às atividades laborais. Por outro lado, será que estes núcleos vêm sendo investidos, do ponto de vista material e humano, de modo a poder extrapolar a função de vigilância e atenção à saúde do trabalhador? Afinal, trata-se de estruturas instituídas cuja a conformação possivelmente reproduz a hierarquia, as relações de poder organizacionais estabelecidas.

Outra questão importante é que o tempo para a conclusão dos processos de solicitação de *readaptação* parece ser longo, na percepção dos trabalhadores envolvidos. Aramá (assistência) afirma a necessidade de uma análise cuidadosa de todas as possibilidades para o retorno do trabalhador e entende que este tempo pode ser desgastante para os mesmos:

*"[...] Então, eu acredito que deva ser desgastante. Então, se a pessoa já está*

*passando por uma dificuldade emocional, enfim, me parece que pode ser, assim, pode ser um processo mais cuidadoso no sentido que está vendo todas as possibilidades. Mas olhando de fora, parece algo demorado e desgastante. Então, olhando um pouco de fora, olhando um pouquinho de fora, me parece um processo demorado pra pessoa conseguir atingir o objetivo que é o diminuir a carga horária ou mudar de setor. Desgastante e demorado [...]*” (Aramá).

Para aqueles que não têm como continuar trabalhando e ao mesmo tempo esperam pela autorização para serem readaptados, pode haver o sentimento de estarem sendo colocados no limbo – nem trabalham, nem podem circular na instituição. Uma situação como essa, a meu ver, pode ser constrangedora se for percebida pelo trabalhador como se estivesse sendo punido por estar em *readaptação* já que não pode estar presencialmente em qualquer área física da assistência, mas precisa permanecer em uma sala, sem função. Jarí (retorno) comenta sobre o seu processo:

*“[...] a minha perícia foi realizada em xx (cita o mês) desse ano. E aí que como eu fiquei com a restrição de atender diretamente os pacientes e familiares, eu ainda aguardei bastante pra ser alocada em outro setor. Eu tinha que entrar no hospital, mesmo com a restrição pra não entrar no hospital, e ficar numa sala. Então, eu ficava numa sala enquanto eu não era realocada [...] Porque eu continuava a marcar o ponto, a ter frequência e ficava nessa sala, no hospital, porque a coordenadora do xx (cita o nome do setor) do hospital dizia que, enquanto eu não fosse realocada, teria que continuar no hospital, entendeu? [...]”* (Jarí).

Não apenas a tramitação desse processo parece ser demorada, a depender do caso, como também não parece haver qualquer preparo da instituição, inclusive, em termos de espaço físico, para que o trabalhador possa fazer essa transição referentes às restrições necessárias. Não há uma equipe preparada para acompanhá-lo ao longo de todo o processo. Quando diz respeito a restrições em função de adoecimento físico, basta reduzir a carga de trabalho ou modificar as atividades que impactem na debilidade física. No caso do adoecimento psíquico em que o trabalhador é retirado do contato direto com o paciente, com a assistência, o que ele pode fazer neste entremeio em que a *readaptação* não foi efetivada? Por que ficar em uma sala sem fazer nada aguardando o desfecho do processo? Isso deixa

ainda mais claro e explícita não apenas a ausência de políticas institucionais voltadas para trabalhadores que se afastam por adoecimento psíquico, o que parece ser uma atitude da instituição obstaculizar ao máximo este processo de modo a desestimular outros processos similares.

Sobre o processo de *readaptação* propriamente dito, na instituição, Araguaia (saúde do trabalhador) conclui:

*“[...] Então, agora é muito capenga, em todos os sentidos, essa readaptação, esse retorno com restrição como a gente chama. Não existe nenhum programa de readaptação [...]” (Araguaia).*

Araguaia (saúde do trabalhador) comenta, então, o quanto seria interessante que as pessoas fossem preparadas para ser reinseridas na instituição a partir de um trabalho de reabilitação profissional em que pudessem ofertar, inclusive, cursos técnicos visando habilitar os trabalhadores para novas funções, novas carreiras.

Porém, somente a oferta de cursos como proposta de reabilitação é muito limitada porque não se trata de ajustar mais um trabalhador que está fora do seu “eixo” e não dá conta do trabalho habitual. É importante também identificar o perfil desse trabalhador, o que ele pensa acerca de outras atividades, seus desejos, interesses e o que há disponibilizado pela instituição. Em outras palavras, estamos falando não apenas de um trabalho de vigilância em saúde do trabalhador, mas de uma política mais ampla de recursos humanos. Projetos e políticas institucionais que não se atenham ao que pode ser ofertado pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

## 10 SOBRE MUDANÇAS DE LEITOS E DE CURSOS: TRANSPOSIÇÕES E NOVOS SENTIDOS PARA O TRABALHO

*“[...] Aí você vê que você não está sozinha no barco [...]” (Jurruena)*

Canguilhem (2009 [1966]) em sua discussão sobre os parâmetros que definiriam o que seria normal e o patológico tem sido importante para compreender os tênues limites entre saúde e doença mental. As discussões desse autor, no campo epistemológico, apresentam consequências diretamente nas práticas de saúde e gestão do cuidado.

Sendo assim, a normalidade abrange saúde e patologia, se caracterizando especialmente pela possibilidade de instituir novas normas (COELHO e ALMEIDA FILHO, 1999). A saúde, conforme o conceito de Canguilhem, está articulada com o modo como o indivíduo, de modo singular, interagem com a vida (DINIZ, 2019). O doente não é, pois, anormal por estar “fora” das normas, mas porque se mostra incapaz de ser normativo.

Na mesma direção, Dejours diz que:

*“[...] A normalidade é interpretada como resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Portanto, a normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de ‘normalidade sofrente’, sendo, pois, a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma ‘normalização’ pejorativa e desprezível, obtida pela ‘interiorização’ da dominação social, e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho [...] (DEJOURS, 2007, p. 36).*

Considero importante discutir essa tênue linha existente entre a doença e a saúde mental porque, havemos de convir, em contextos tão disruptivos como o da pandemia, a busca por ser normativo talvez passe pelo reconhecimento do sofrimento, pelo próprio sujeito, permitindo que possa reconhecer os seus limites e estabelecer novos modos de estar no mundo.

Outrossim, entendo que pensar na elaboração de uma política de reinserção dos trabalhadores de saúde ao trabalho após licença psiquiátrica demandaria não focar apenas naqueles que acabam sendo tragados pelas pressões institucionais e rotulados como não funcionais em decorrência de um diagnóstico médico de psicopatologia. A meu ver, é preciso compreender e discutir quais defesas individuais e coletivas vêm sendo empregadas pelos ditos “bem ajustados”, “bem adaptados” ao trabalho que os permite suportar trabalhar por mais tempo sob as mesmas condições do que aqueles que acabam se ausentando com frequentes licenças médicas. Será que estar bem adaptado à instituição, às suas normas e

políticas institucionais é sinal de ter mais “saúde mental” do que aqueles que por conta de um psicodiagnóstico acabam sendo licenciados?

Como já observei, Dejours (2007) afirma que a normalidade não significa ausência de sofrimento a que ele chama de “normalidade sofrente” porque não é resultante de condicionamento social, de conformismo ou de interiorização da dominação social, “e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho” (DEJOURS, 2007, p.36).

Segundo Brito (2017), o conceito de saúde é fluido porque se expressa na forma como as propostas de intervenção sobre a doença (concepções filosóficas, saberes e práticas) se moldam ao contexto político e social de cada tempo. Portanto, ser considerado saudável dependerá do contexto histórico-político-social em que o sujeito se encontre. Será que sofrer ao trabalhar em pleno cenário pandêmico não poderia ser pensado como uma reação paradoxalmente “saudável” da parte do trabalhador de saúde?

Como outros tantos trabalhadores em situação de *readaptação*, Juruena (retorno) buscou apoio psicoterápico e, na ocasião da entrevista, participava dos grupos de acompanhamento do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Inclusive, relatou estar gostando de ter esses dois espaços para se expressar (além do acompanhamento psiquiátrico). Cabe salientar que anteriormente ao processo de autocuidado com apoio psicológico, Juruena (retorno) sofreu vários episódios de adoecimento físico que a fizeram precisar se licenciar inúmeras vezes, muitos destes, emergentes a partir da pandemia, não apenas pela possibilidade de adoecer com COVID-19, como pela insuficiência de condições materiais e de estrutura da instituição para o enfrentamento da pandemia. Além de tudo, Juruena (retorno) viveu situações de luto (um relacionado à COVID-19 e outro não) até que ela própria contraiu a COVID-19, mas quando retornou, foi inserida na enfermaria apesar do apelo a sua chefia direta para que tal não ocorresse:

*“[...] Quando eu voltei pra lá, eu falei: “- Gente, eu não posso ficar na enfermaria porque eu sou hipertensa e diabética”. Aí xx (refere-se à chefia) me olhava assim, me ignorava, me colocava na enfermaria. Aí eu ia para outro andar e na enfermaria. E lá eu estava trabalhando, cheio de pessoas com COVID, com suspeita de COVID e eu falei que não ia entrar naquela enfermaria. [...] Falei: “- Não posso entrar aí. Não posso entrar” [...]” (Juruena)*

Cada vez que mencionava as suas comorbidades para a chefia imediata e seus

colegas, o que teoricamente a deixariam mais vulnerável à COVID-19, Juruena (retorno) percebia que não era escutada. Para piorar a situação, no início da pandemia, havia uma insuficiência de materiais de segurança para o trabalhador, suscitando medos frente a ameaça real de vida:

*“[...] “- Ah não tem capote”. Entrava com capote comum. “- Ah não tem máscara N95”. [...] “- Gente, estou fazendo a maior besteira”. Eu pensando... Não era pra eu está aqui! Aí voltei no meu médico e ele falou: “- Não. Não é pra você ficar lá!”. E ele deu lá um laudo pra mim. Eles ignoraram o laudo. Enquanto isso as pessoas estavam em casa. Todo mundo que tinha algum tipo de comorbidades entrou de licença. E eu não sabia de nada! [...] E xx (refere-se à chefia) me colocava na enfermaria [...]” (Juruena).*

A insuficiência de EPIs adequados (pelo menos, no início da pandemia) gerava ainda mais angústia diante da possibilidade de adoecer por COVID. Mesmo com as licenças médicas, Juruena (retorno) não conseguia se desvencilhar da obrigatoriedade de estar nas enfermarias, gerando várias outras licenças médicas por questões de ordem física (ou psicossomáticas) com retornos imediatos ao trabalho que paulatinamente foram contribuindo para prejudicar a sua saúde mental:

*“[...] Eu ficava quinze dias em casa. Eu voltava. Fulano/a (referindo-se à chefia imediata) me colocava na enfermaria. Aí eu comecei. Já tinha problemas de insônia, dormia pouco, aí eu passei a não dormir. Aí eu ficava, aqui dentro de casa, à noite, vendo dar duas, três, quatro horas e às vezes, tendo que trabalhar no dia seguinte. Comecei a entrar numa depressão porque aí eu achava que não era reconhecida, não era ouvida, não era! Era ignorada! [...] Mas isso eu entrava de licença, voltava, entrava de licença. Aí eu comecei piorar e sem conseguir dormir. Aí comecei a ficar... chorava, comecei a ver vulto que eu não dormia. Já ficava confusa, deprimida, em cima da cama. Aí eu pedi socorro à psicóloga e aí ela começou a fazer umas consultas comigo online. Aí ela falou assim: “- Ah, vamos ver um jeito. Você tem que procurar um psiquiatra”. E eu procurei um psiquiatra. O meu cardiologista também falou e falou: “- Você não pode ficar na enfermaria” [...]” (Juruena)*

Dejours já falava do quanto o trabalho coloniza a subjetividade (FONSECA e SÁ, 2015), não se atendo aos limites de espaço físico e horários estabelecidos para o trabalho. No caso de Juruena (retorno), a insônia, a depressão, os vultos parecem ser efeitos dessa

colonização da subjetividade.

A voz de Juruena (retorno) somente foi escutada quando legitimada pelos profissionais de saúde que a acompanhavam, mais precisamente, quando precisou ser afastada a partir de uma licença psiquiátrica. Considero importante enfatizar o quanto eu me senti sensibilizada com o seu tom emocionado, principalmente quando falou não se sentir reconhecida em sua demanda. Juruena (retorno), então, descreveu o que considerou ter sido o ápice do que, para ela, era possível suportar, culminando em sua depressão. Foi o momento que ela foi para uma enfermaria em um plantão, quando chegou no plantão seguinte, duas pacientes que ela havia cuidado mais diretamente, haviam sido transferidas porque estavam com COVID:

*“[...] Aí eu falei assim: “- Não dá! Não dá pra eu ficar aqui!”. Aí eu fiquei de licença. Depois muito mal, fiquei muito mal mesmo, de não querer comer, comecei a emagrecer, só querer ficar deitada, pra escovar o dente era uma coisa. Pra levantar e tomar banho era uma dificuldade. E aí eu conversei com o psiquiatra. Ele começou a me medicar. Aí eu fui melhorando e fui peguei, peguei o laudo dele, peguei o laudo da psicóloga e do cardiologista também e entrei com pedido de processo de restrição [...]” (Juruena)*

O processo de *readaptação*, a partir da saída definitiva da área assistencial, foi o recurso extremo de Juruena (retorno) na sua busca por saúde. A morte dos que a cercavam, o próprio medo da morte de ser contaminada por COVID-19 são transbordantes de afetos até que a depressão emerge como ‘gota d’água’. Mesmo assim, Juruena (retorno) tem uma capacidade de resistência impressionante ao fato de não ter os seus pedidos de socorro reconhecidos e legitimados. Ela não ficou deprimida logo de imediato, ocorrendo inúmeros vai-e-vem de afastamentos e retorno ao trabalho. Como assinala Dejours, “entre a experiência do real e o encontro da solução, há este espaço intermediário de sofrimento, de tolerância ao sofrimento, de resistência ao sofrimento [...]” (DEJOURS, 2012a, p.18). Também merece a atenção o fato de que que toda vez que retornava das licenças médicas, Juruena (retorno) era reinsertada nos mesmos locais que lhe causavam ansiedade e que ela havia solicitado para não voltar.

Cajarí (retorno) também narra com muita emoção o seu esforço para lidar com o sofrimento e o caminho que compreendeu ser o melhor para poder permanecer no trabalho:

*“[...] Nunca tomei medicação. Sempre ficava tentando tratar em relação à ansiedade*

*com homeopatia ou com, com a terapia mesmo. Aí passou esse ano da pandemia e piorou bastante. Aquela coisa que eu tinha quase uma certeza que no final da pandemia ou eu ia morrer ou algum parente ia morrer, que ia ser uma catástrofe. Então, eu tinha pavor. Até hoje, eu fico muito, muito restrita por conta de questões de COVID. Eu tenho muito, muito receio e, na época, do COVID, juntou tudo, [...] Eu acho que juntou a ansiedade aí ela juntou a um pouco de depressão e acho que transbordou [...]" (Cajari).*

Cajari (retorno) sente que há algo errado com a sua saúde pois está sempre cansada e cada vez que lê algum prontuário se identifica com os sintomas, sentindo-os como se fossem seus, se submetendo a diferentes especialistas e exames médicos. Somente a partir desse contato com a própria dor insuportável e difícil de ser manejada é que busca o apoio psiquiátrico, ou seja, nega estar em sofrimento e segue a sua busca por respostas até chegar ao psiquiatra com relutância. Uma vez afastada pela psiquiatria, consegue uma pausa para repensar o que fazer da vida laboral. É interessante Cajari (retorno) empregar o verbo “transbordar” para se referir ao excesso de afetos e situações familiares e profissionais incontornáveis.

*“[...] Eu já queria redução de carga horária (se refere ao período anterior à pandemia), no Hospital Amazonas. Aí eu solicitei redução. Solicitei redução de carga horária pra tentar melhorar um pouco a qualidade de vida porque eu já estava exausta. Tentei [...]" (Cajari).*

Uma possível saída encontrada por Cajari (retorno) foi entrar com um processo de redução de carga horária o que diz muito do quanto o seu desejo não é sair do serviço que realiza, mas apenas minimizar o tempo que precisa estar exposta a situações angustiantes. O problema, entretanto, é se essa redução será viável ou não já que depende de decisões das chefias superiores autorizarem o seu pedido fugindo, portanto, completamente de sua governabilidade.

Observei existir um reconhecimento da importância dos grupos de reflexão oferecidos pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores para todos os trabalhadores do Hospital Amazonas e que vêm sendo conduzidos pela psicologia. A possibilidade de acessar estes grupos e poder participar desta atividade também funciona como abertura de brechas para melhor lidar com o cotidiano de trabalho. Como esses grupos foram mais divulgados durante a pandemia, alguns trabalhadores mencionaram somente ter sabido de sua existência através



de comunicação feita por e-mail institucional.

Juruena (retorno), por exemplo, chegou ao grupo de apoio da psicologia no período da pandemia após receber um e-mail explicando o objetivo e oferecendo para quem quisesse se inscrever. Até então, ela não sabia da existência desses grupos de apoio. A partir da sua participação ela ainda recebeu a indicação de uma psicóloga, fora do Hospital Amazonas, para acompanhá-la através de psicoterapia. Assim, ela participa do referido grupo e ainda faz psicoterapia fora. Ela contou o que pensa dessa experiência:

*“[...] Porque a gente vê que não é só você que tem os problemas [eles] são muito parecidos, as questões são quase as mesmas, as queixas também são muito parecidas. **Aí você vê que o barco, que você não está sozinha no barco** (grifo nosso). São várias pessoas e você nem está maluca também. São várias pessoas que veem, assim, que sofrem essas injustiças, essa falta de olhar pro funcionário. Porque é um ser humano que está ali também que precisa de um olhar; às vezes, que está doente, está deprimido [...]” (Juruena).*

Observar que “várias pessoas” “sofrem essas injustiças”, “essa falta de olhar pro funcionário” da parte da instituição é uma “descoberta” muito importante para Juruena (retorno), favorecendo que ela não percebesse como sendo dela apenas os problemas na rotina de trabalho, mas sim compartilhado com outros colegas. Por conseguinte, o sentimento de Juruena (retorno) de que não está “sozinha no barco” é uma vivência alentadora e que amortiza o impacto da solidão quando se está sofrendo e se sentindo desamparado, na instituição.

A *readaptação*, a meu ver, é um tipo de saída e talvez seja um modo menos sofrido que o trabalhador encontra de não ser excluído de vez da vida laboral uma vez que mudará de setor, ficando fora da área assistencial. De mais a mais, os serviços que acolhem os trabalhadores em *readaptação*, em geral, acabam propiciando um encontro de pessoas nas mesmas condições. Os sujeitos em *readaptação* que entrevistei se mostraram muito satisfeitos por vários motivos; por encontrarem um lugar, na instituição, para eles; por não mais precisarem entrar em contato com a assistência que os estava fazendo sofrer; e por encontrar outros colegas vivendo situações similares.

Ressalto que os sujeitos que entrevistei se encontravam há pouco tempo nesta nova situação laboral, ou seja, em fase de tomada de conhecimento da nova rotina de trabalho o que pode ter contribuído para uma avaliação favorável à mudança de setor/serviço. Entretanto, me chama a atenção o fato de que esses trabalhadores foram simplesmente

deslocados de trabalho, retirados da assistência, sem apoio ou mediação institucional para a reconstrução de novos caminhos no trabalho. Por esse motivo, questiono como ficará o sentido do trabalho para esses sujeitos uma vez que as suas formações profissionais e a sua identidade se construíram igualmente no campo do trabalho e social.

Mas além das defesas individuais adotadas pelos trabalhadores, podemos também identificar algumas das defesas coletivas empregadas, na instituição. Guaporé (saúde do trabalhador), por exemplo, menciona a percepção que tem dos trabalhadores da instituição:

*“[...] o Hospital Amazonas é uma instituição que a gente trabalha com a oncologia e a oncologia, dentro da área de saúde, é uma área assim que é só pra os fortes, pra os profissionais que trabalham lá. Não é pra qualquer um, entendeu? [...]” (Guaporé).*

Ao dizer que o Hospital Amazonas “é só pra os fortes” e não “é pra qualquer um”, Guaporé (saúde do trabalhador) parece expressar o sentimento de que os trabalhadores deste hospital estão em uma condição superior aos demais trabalhadores de saúde quanto a sua capacidade de suportar lidar com a dor e o sofrimento face às situações difíceis.

Tefé (assistência) menciona casos em que há colegas que parecem fazer uso de atestados sem estarem doentes efetivamente. É importante lembrar que a mesma instituição que gera sofrimento/adoecimento em muitos trabalhadores, também gera comportamentos transgressores e perversos de alguns trabalhadores que se mostram pouco cuidadosos (com pacientes e colegas), pouco implicados com o trabalho que realizam, empregando a lógica de “se dar bem” através do artifício de enganar a instituição. Sejam situações reais de adoecimento, sejam situações de ludibriar a instituição, em ambos os casos, este sujeito sobrecarrega a equipe com o seu afastamento enquanto alguns fazem de tudo para não se ausentar do serviço, ainda que isso possa lhes custar a saúde física e mental. A não compreensão sobre as formas diversas que os sujeitos têm de lidar com o insuportável e um possível ressentimento talvez permeiem a fala a seguir:

*“[...] E aí é horrível falar isso, mas, assim, às vezes, você olha pro colega e você fala assim: “- Gente, não é possível, entendeu?” Principalmente, assim, pessoas como eu... Eu não falto. É raríssimo! Pra eu faltar ao trabalho, o mundo acabou mesmo, do tipo: “- Estou passando mal.” E tem pessoas que eu acho que tem um limite, vamos dizer assim... Eu tenho um limite elástico. Tem pessoas que têm um limite mais curto. Talvez o elástico seja mais apertado. E tem gente que falta por qualquer coisa, entendeu? Às vezes, eu fico olhando:*

*[...] pra mim, fica parecendo que é falta de compromisso com o trabalho. Não sei! Como eu sempre fui assim, às vezes, eu não tenho como avaliar muito bem isso, entendeu? [...] “Caramba! Que compromisso essa pessoa tem com esse trabalho que executa”. Entendeu? Porque quando ela (se referindo ao colega faltoso) falta, sobra trabalho pra todo mundo [...]” (Tefé)*

Para Iguaçu (assistência), não há dúvidas que muitos se aproveitam de atestados e licenças médicas para se descomprometer com o trabalho e isso lhe causa aparente indignação e sentimento de injustiça. Iguaçu (assistência) verbaliza que só tem pausa do trabalho quando tira as suas férias e do modo como descreve essa situação me pareceu querer dizer o quanto se sente mais comprometido com o trabalho do que os demais sujeitos a que ele se refere.

*“[...] E aí você começa a ver coisas. Colegas tirando licenças por motivos diversos. E, assim, fugindo realmente, você percebe que não era uma questão assim de depressão ou não era uma questão necessariamente de: “Ah, eu tenho asma. Não vou participar.” Não era! A gente sabe que não era! [...] Mas você vê que, você começa a ver a natureza das pessoas. As pessoas tirando o corpo fora. E naturalmente quando as pessoas tiram o corpo fora, acumula-se trabalho pra quem está ali dentro. Assim isso me dá um certo orgulho. Porque eu trabalhei, eu só parei durante trinta dias. Na verdade, os trinta dias foram trinta dias de férias [...]” (Iguaçu).*

Entendo que as transgressões dessa natureza, como apontadas por Tefé (assistência) e Iguaçu (assistência), embora não sejam éticas, não podem deixar de ser consideradas como importantes analisadores, principalmente em uma instituição com tão pouca porosidade e escuta às necessidades e limites dos trabalhadores face ao sofrimento.

É possível observarmos que o imaginário de virilidade trazido por Guaporé (saúde do trabalhador) é um dos recursos defensivos empregados por alguns trabalhadores ao se referirem ao trabalho somente para os “fortes”. Tal imaginário ou ideologia viril se expressa igualmente em outras metáforas como a de “ter elasticidade” (Tefé - assistência) ou “fortaleza” (Iguaçu - assistência). Como afirmam Dejours e Bègue, as estratégias coletivas de defesa prevalentes no mundo do trabalho são:

*[...] direcionadas não apenas contra a percepção do medo, mas, de forma mais*

abrangente, contra toda expressão de sofrimento no teatro do trabalho. “Um homem deve suportar o sofrimento sem pestanejar”, “um homem não reclama, não choraminga”. “É viril o homem insensível à dor.” “É digno o homem que não deixa transparecer o seu sofrimento [...]” (DEJOURS e BÈGUE, 2010, p. 20).

Contudo, um dos riscos do emprego dessas estratégias coletivas de defesa, de acordo com Dejours e Abdoucheli (2012) é de elas se tornarem um fim em si mesmas, o que poderia gerar alienação no trabalho, além de estabelecer tentativas de apagamento das diferenças singulares a partir da exclusão daqueles que não se enquadram nas mesmas. Uma vez sendo modalidades de adaptação às pressões, ainda segundo estes autores, acabam sendo explorados pelas organizações do trabalho com vistas a produtividade. Além do mais, Dejours (2012a, 2012b) ressalta que as estratégias defensivas podem funcionar como armadilha, tornando os sujeitos insensíveis aquilo que os fazem sofrer.

É preciso que a tarefa tenha sentido para o sujeito tendo em vista a sua história singular, sendo ativada, portanto, por uma curiosidade. Daí, o sujeito fazer uso da sua “inteligência astuciosa”, inovando, sendo criativo, fazendo ajustamentos de modo a estabelecer rupturas com as regras. O sujeito subverte em função das necessidades do trabalho os modos operatórios prescritos, visando atender aos objetivos com procedimentos mais eficazes. Esta subversão é resultante do sofrimento, mas com a diferença que leva ao prazer. Mas além das condições singulares para o uso da “inteligência astuciosa”, fazem-se necessárias também as condições sociais para se tornar socialmente eficaz, precisando passar por validação social, pelo reconhecimento (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012).

Assim sendo, este prazer e sentido ao trabalho passam, no caso de Canindé (assistência) pela possibilidade de realizar, por exemplo, o último desejo de um paciente terminal, ainda que subvertendo as regras institucionais:

*“[...] Aí acontece [...] ir visitar o hospital, de uma maneira oficiosa, entendeu? E a equipe, ela vai inventando um cuidado diferente. E aí, nesse sentido, eu acho que tem um ganho de desejo nisso. Assim, uma coisa assim, que apesar de toda a protocolização de um cuidado que não é protocolar, eu posso inventar alguma coisa. Assim, e aí isso talvez faça com que a gente possa fazer um trabalho muito bacaninha, apesar das circunstâncias [...]”*  
(Canindé).

Uma subversão às regras que foi pactuada e executada pela equipe, dando-lhes mais sentido e prazer na execução do trabalho. Por esta razão, talvez, o emprego deste tipo de

inteligência não seja legitimado pelos gestores uma vez que se expressam em forma de “artimanhas do ofício”, praticadas a partir do corpo, tornando-a difícil de ser “formalizada”, “explicitada” e “transmitida”. O serviço voltado para a saúde do trabalhador precisa ter a sensibilidade para identificar a potencialidade de uso da “inteligência astuciosa” daqueles trabalhadores que retornam de licença médica e aproveitar esta capacidade inventiva destes para a sua reinserção no trabalho.

No entanto, Aramá (assistência) destaca também algo que permitiu que ela pudesse dar conta desse momento crítico, no seu trabalho, os laços sociais estabelecidos entre a sua equipe. Nas palavras de Aramá (assistência):

*“[...] Mas me senti também muito amparada. A minha equipe é uma equipe muito, muito boa assim. Eu considero, assim, uma equipe que, nesse momento, acabou se unindo mais. Então, cada um, como cada um ficava numa caixinha atendendo o seu. Tivemos que atender juntas [...]” (Aramá).*

Embora não seja uma realidade para a maioria dos trabalhadores que atuam na assistência, houve quem realçasse a sua inserção no ensino e pesquisa, sinalizando, a meu ver, o quanto as atividades referentes ao estudo e troca de aprendizado lhe são prazerosas, tingindo com novas cores, lhes proporcionando mais sentido ao trabalho assistencial. Assim como, a participação em comissões intersetoriais como mencionado por Tefê (assistência). Capibaribe (gestão) assinala:

*“[...] Claro, o carro-chefe é a assistência. Mas não dá pra fazer assistência sem estar no ensino. Eu vejo dessa forma: sem estar realizando pesquisa, buscando conhecimento, buscando entender melhor essa realidade que a gente atua porque a realidade é o tempo todo dinâmica! É o tempo todo mutável. [...] Então, a gente tem o tempo todo que se atualizar, pesquisar. E os alunos também, da residência, contribuem muito porque traz a necessidade de a gente ler o tempo todo, da gente discutir com eles o tempo todo. Então, assim, é isso! Uma área alimenta a outra e vai, e vai construindo um processo de trabalho bacana [...]” (Capibaribe).*

Ao passo que para outros, embora reconheçam a missão de ensino e pesquisa do hospital, aparentemente o maior interesse se encontra voltado para a atuação na assistência, como ilustrado por Jarí (retorno):

*“[...] Os pacientes e os familiares são a melhor parte do trabalho, eu sempre pensei isso. Engraçado que quando eu passei, no concurso, eu tive uma certa dificuldade, até, inclusive, de passar da roleta do hospital. Eu fiquei com a expectativa de que eu não daria conta [...] E aí, eu me deparo com o trabalho. Vou direto pra assistência, lá no xx (cita o número do) andar e vejo que a melhor parte do trabalho é lidar com eles. Você aprende tanto com o paciente, com o familiar [...]” (Jarí).*

Quando o trabalhador busca espaços de estudos fora da instituição também é uma maneira de ter uma pausa e até encontrar meios de refletir sobre o próprio trabalho, mesmo que não seja algo valorizado pela instituição, como assinala Canindé (assistência):

*“[...] Hoje, eu não estou no Hospital Amazonas. Hoje, eu estou de folga, estou estudando pro ‘Seminário xx (nome do seminário), por isso que estou te falando do ‘Seminário xx’. [...] Agora, eu vou tomar um café. Agora eu vou respirar. Assim, isso é importante, até pra poder trabalhar. Assim, pra poder trabalhar é preciso ter um momento de não-trabalho. Eu acho! E isso não é uma coisa bem vista no Hospital Amazonas [...]” (Canindé).*

Canindé (assistência) traz uma dimensão importantíssima do trabalho ao mencionar que “para poder trabalhar” “é preciso ter um momento de não-trabalho”. Esse momento do “não-trabalho”, isto é, da pausa, é também constitutivo e necessário ao trabalho pois propicia um outro lugar para a elaboração psíquica através de um deslocamento que pode ser físico ou mental. A pausa não significa necessariamente tempo para descanso, mas uma outra natureza de trabalho em que pode ocorrer a realização de um trabalho psíquico a partir de um distanciamento da atividade de rotina. Por isso, a realização de outras atividades (comissões intersetoriais, participação em seminários e cursos, reuniões fora dos muros hospitalares) implica na possibilidade de se dispor de um tempo especialmente dedicado a estas pausas. Considero, pois, que a oferta institucional de espaços dessa natureza poderiam ser um modo de dar suporte aos trabalhadores que retornam após licença psiquiátrica.

Enfim, por mais que os trabalhadores se sintam aprisionados em suas funções e atividades, como Jarí (retorno), há aqueles que como Canindé (assistência) conseguem buscar brechas e frestas, ainda que mínimas, nesta imensa muralha de modo a minimizar os riscos de adoecimento físico e psíquico.

Como diz o ditado “água mole em pedra dura, tanto bate até que fura”. Assim,

trazendo a imagem deste ditado para a realidade hospitalar, entendo que seja preciso que os trabalhadores encontrem meios de atravessar os poros dessa muralha, não apenas individualmente, mas coletivamente. Mas para que haja uma reação individual e coletiva às injustiças, à violência, ao mal, depende que o sofrimento seja acessível e comova as testemunhas, como assinala Dejours (2007). Para tanto, não basta que o drama e a intriga sejam compreensíveis, mas que também acarretem sofrimento para o sujeito que a percebe, elemento este fundamental para agir contra o sofrimento e a injustiça infligidos aos outros (DEJOURS, 2007). Daí a importância do fortalecimento também de espaços de compartilhamento e expressão das vivências dos trabalhadores em seu cotidiano laboral.

## 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS OU A TERCEIRA MARGEM DO RIO<sup>75</sup>

*[...] Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais [...]*

A Terceira Margem do Rio (GUIMARÃES ROSA, 1962)<sup>76</sup>

A imagem do conto de Guimarães Rosa foi recorrente durante a análise do processo de retorno ao trabalho, não apenas em virtude da metáfora dos rios utilizada ao longo da pesquisa, mas porque a ideia de uma “terceira margem” pode aludir a inúmeras possibilidades de saídas encontradas pelos trabalhadores em seu retorno ao trabalho. Então, para traçar algumas dessas considerações, narro resumidamente este conto.

Guimarães Rosa nos brinda com uma curiosa história de um homem que toma a enigmática decisão de mandar construir uma canoa que cabia uma única pessoa, deixando a sua mulher irritada e a todos curiosos quanto aos motivos para tal iniciativa. Ao ficar pronta, esse homem se despede da família que o vê partir em silêncio pelo rio afora. Os dias e noites se passam e muitos podem avistá-lo, mas ele não desembarca em lugar algum, nem retorna para a casa. O narrador, um de seus filhos, guarda alimentos para ele pois considerava que as suas reservas possivelmente logo se acabariam, sempre na expectativa de ver o seu pai retornar à margem de onde partiu. Com o tempo, “todos se acostumaram com a ideia”. Esse homem passou anos sem “pisar em chão nem capim”. O rio passava por seus movimentos de enchentes e subidas e o homem seguia ali, sem adoecer nem dar sinal de que chegaria a algum lugar. Na sua casa, o narrador diz que pouco se falava desse pai, mas sempre se pensava nele. Com o tempo, a mãe e irmãos do narrador tomam outros rumos em suas vidas enquanto o narrador prossegue na margem, se mantendo no mesmo local à espera de seu pai por toda a sua vida.

Chamou-me a atenção, nesta estória, essa solidão expressa pelos dois personagens principais, o pai que viaja em uma canoa feita especialmente para ele, indo sem navegar ou aportar em lugar algum. Assim como a solidão do filho, o narrador, que permanece nas margens do rio, esperando pelo seu pai, isolando-se de todos e buscando estabelecer alguma comunicação com este pai, sem qualquer sucesso. A solidão desses dois personagens pode servir de alegoria para a solidão denunciada (explicitamente ou não) por vários dos sujeitos

<sup>75</sup> Embora sejam “considerações finais” da tese, ela foi elaborada em formato de um capítulo por se tratar de um balanço detalhado de todos os objetivos, procedimentos e análises da tese.

<sup>76</sup> Vide em Referências Bibliográficas.



entrevistados, nesta pesquisa. A solidão durante o processo do adoecimento/afastamento até o retorno ao trabalho. A solidão nas tomadas de decisões tanto na assistência quanto na gestão. Enfim, a solidão de muitos ao se sentirem desamparados pela gestão, em contínuas tentativas de se fazerem ouvir.

Em um artigo escrito de Cláudia Arbex (2018)<sup>77</sup>, a partir de uma leitura psicanalítica desta obra, essa “terceira margem” representa o espaço psíquico esvaziado do depressivo, um espaço avesso ao que se delimita ou se conhece. Um espaço destacado e solitário que impede o deslocamento do personagem do pai. O personagem do filho, narrador, identificado maciçamente com esse pai fica preso na culpa, também paralisado diante do rio. O filho, aprisionado na angústia, vive a marca traumática de uma perda insuportável, buscando sentido para o que não se explica, um inconformismo e sentimento de abandono que torna impossível a tarefa de se separar desse pai. O pai desinvestido, deixa tudo para trás, cortando os laços e se despojando da realidade.

Ainda como assinala Arbex, em sua análise, pai e filho, ambos estagnados (um na margem e outro no rio), vivem um vínculo mortífero, ou seja, uma união de morte. Assim, o filho, sem possibilidade de elaboração do luto pela perda do pai, se vê aprisionado e incapaz de seguir a sua vida. A “terceira margem”, para esta autora, se trata da metáfora da morte, do lugar algum em que pai e filho se “desencontram imaginariamente no meio do rio”.

Ao articular a perspectiva dessa autora com as análises realizadas em relação ao retorno ao trabalho após adoecimento psíquico, é possível fazer algumas aproximações. Ao voltar da licença psiquiátrica, o trabalhador pode se perceber suprimido da sua capacidade de lidar e cuidar do outro, ou seja, pode se ver incapaz de realizar a missão que o levou a construir a sua identidade profissional enquanto trabalhador de saúde. O seu lugar no trabalho e na vida, em algum momento, foi colocado em suspenso quando esteve licenciado e ainda que volte para o mesmo posto de trabalho (setor, serviço), o trabalhador pode viver o sentimento de intenso desamparo institucional, tal qual o filho se sente diante do pai que vai embora. Assim, como esses personagens principais, caso o trabalhador que retorna não consiga elaborar o processo de luto face a tantas perdas vividas durante todo o processo (do afastamento ao retorno), correrá o risco de se manter paralisado, na margem, vivendo vinculado aos fantasmas mortíferos dessa instituição sob o risco de tornar a adoecer.

Na figura do pai que navega sozinho em uma canoa e que, com o passar dos anos, vai se desvitalizando, se desmilinguindo, ficando em andrajos, me ocorre uma outra imagem

---

<sup>77</sup> Vide em Referências Bibliográficas

que é a do trabalhador adoecido que sem a possibilidade de uma mediação institucional acaba por se tornar navegante, em sua canoa solitária, na busca pela sua saúde mental. Seja qual for o formato de reinserção (*readaptação* ou *sem restrições*) na instituição, a questão é que o trabalhador fica à mercê apenas de sua própria capacidade e habilidade de ressignificar o seu trabalho, muitas vezes, sem outros recursos ou mediações institucionais que poderiam ser ofertados.

O fato, a meu ver, de todo o trabalho de suporte aos trabalhadores em sofrimento ficar sob a responsabilidade exclusiva do serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e de alguns psicólogos assistenciais que se disponibilizam a dar esse apoio, acaba escamoteando essa insuficiência de política institucional. Parece que a instituição, no caso, os gestores, ‘lavam as mãos’ assinalando que algo está sendo feito. De fato, o que está sendo feito se processa com muito esforço e por iniciativa própria de parte dos trabalhadores da saúde do trabalhador e de outros serviços implicados, mas pouco abrangente em relação a demanda de trabalhadores que retornam de licença médica. Como se costuma dizer em serviços de emergência quando a demanda é muito superior a capacidade de atendimento, é como se o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores estivesse cumprindo o papel de “enxugar gelo”: um trabalho sem fim e pouco visível.

É muito difícil para o trabalhador enfrentar uma situação invisível à instituição, aos colegas, à gestão, principalmente, quando tal situação não chega a impedi-lo imediatamente de executar as suas atividades laborais, como é o caso do adoecimento psíquico. No caso dos trabalhadores que retornam de licença psiquiátrica *sem restrições*, esta invisibilidade parece ser ainda maior do que nos casos da *readaptação*, quando a própria situação funcional acaba expondo, de alguma maneira, os motivos do seu afastamento. Enfim, tanto no retorno *sem restrições* como no retorno *com restrições*, a causa do afastamento se torna um assunto “não dito”. O sujeito não aborda este tema na tentativa de resguardar a todo custo não apenas a sua carreira como também a identidade profissional. Como consequência, por ser algo “não-dito”, a instituição não se responsabiliza formalmente pelo cuidado deste trabalhador que aparentemente está bem, “pronto” e “disponível” para o trabalho. Quando o sujeito retorna ao trabalho após adoecimento psíquico precisa descobrir novos caminhos para resgatar o desejo que o motivou a realizar a sua escolha profissional, um dia, assim como o sentido de trabalhar naquela instituição.

O objetivo geral desta investigação foi analisar como se dá o processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores de saúde que precisaram ser afastados em decorrência de licença médica por depressão. É importante sublinhar que não fazia parte desse trabalho esmiuçar

os aspectos clínicos dos sujeitos acometidos pela depressão. O processo de adoecimento psíquico, especialmente no caso da depressão e ansiedade, apresenta questões psíquicas singulares concernentes à história de vida de cada trabalhador. No entanto, será que em contextos institucionais tão pouco flexíveis, tão “encastelado” em sua excelência, com um imaginário de força e imponência de uma muralha, tal qual o Hospital Amazonas, o adoecimento psíquico não seria menos tolerado? Não apenas por estes trabalhadores não se encontrarem à altura do desempenho exigido, como também porque desnudariam a voracidade desta instituição para a qual nada e ninguém são suficientes para atendê-la.

Saliento que alguns dos sujeitos entrevistados se encontravam com diagnóstico de depressão e ansiedade cujo episódios críticos foram intensificados com a eclosão da pandemia da COVID-19. Essa pandemia, portanto, se tornou um importante analisador, nessa pesquisa, me levando, inclusive, a alterar parte da metodologia para adequar esta pesquisa àquelas circunstâncias<sup>78</sup> e cujos efeitos ficaram nítidos no âmbito social, institucional, grupal e sobre os trabalhadores individualmente.

Na dimensão social, em função do contexto pandêmico, é possível observar a degradação e o aprofundamento das desigualdades sociais, no Brasil, cuja face mais perversa é a fome e a insegurança alimentar de grande parte da população. Vivemos um momento político-social de expressivo aumento do desemprego, redução dos direitos sociais, uma dificuldade amplificada de acesso à rede de atenção à saúde e à assistência social, uma letargia do Estado brasileiro em dar respostas aos problemas citados, entre outros. Esse caldo de desafios sociais atinge a maior parte da população que se vê mais vulnerabilizada, o que acaba reverberando de modo diferente nos pacientes e trabalhadores de saúde conforme suas classes sociais, gênero e raça.

Em termos de dimensão institucional, no campo de pesquisa propriamente dito, observei que a crise sanitária emergente pela pandemia promoveu um abalo sem precedentes organização do trabalho desta instituição, fazendo com que ficasse exposta a forma como a instituição gerencia as suas crises. De fato, a instituição prontamente estabeleceu novos protocolos assistenciais e administrativos: constituiu-se um Comitê de Gestão de Crise intersetorial; a Comissão de Infecção Hospitalar assumiu protagonismo em diferentes ações referentes a algumas mudanças nos processos de trabalho, capacitação, etc.; os serviços refizeram seus modos de operar a higienização e desinfecção dos materiais e equipamentos hospitalares; os trabalhadores foram capacitados para uso das EPIs; um quantitativo maior

---

<sup>78</sup> Vide capítulo ‘3’.

de EPIs foi adquirido; os serviços foram redimensionados para poder atender pacientes com suspeita de COVID-19 em espaços destinados aos mesmos, resultando em redimensionamento de pessoal para atender a demanda; e por aí afora. Em outras palavras, houve uma preocupação pertinente da gestão com a estrutura de toda organização para lidar com a pandemia.

Porém, parece que esta mesma gestão do complexo hospitalar não se deu conta de cuidar da maior pérola que uma instituição hospitalar pode ter: os seus trabalhadores. Se antes da pandemia, o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores já havia diagnosticado que os trabalhadores vinham adoecendo psicologicamente, por que a gestão não se debruçou para elaborar estratégias visando mitigar esse incremento de casos considerando o contexto pandêmico e o fato de que os trabalhadores de saúde acabam sendo dos mais pressionados, principalmente aqueles que compõem a chamada “linha de frente”?<sup>79</sup>

A proposta de ampliação da oferta de grupos de suporte psicológico pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, no período pandêmico, não deixa de ser um esforço nesta direção, mas apresenta limites. Esses grupos de apoio são voltados apenas para os trabalhadores, não havendo uma porosidade da gestão (incluindo organização e processos de trabalho) aos modos de compreensão dos processos de saúde e adoecimento no trabalho adotados pelo Núcleo em questão. Acaba, então, sobressaindo um viés ‘biomédico’ e também “psicologizante” focado no entendimento de que o adoecimento dos trabalhadores é algo individual, descolado da instituição, o que faz lembrar a lógica original dos primeiros programas de saúde do trabalhador que atuavam mais no diagnóstico, assistência e acompanhamento dos trabalhadores. Dessa forma, e ainda que reconheçamos os limites quantitativos de pessoal da equipe de saúde do trabalhador, especialmente do serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, seria interessante pensar igualmente em ofertas para os gestores voltadas para a reflexão sobre o processo saúde-doença no trabalho e suas relações com os modos de gestão e organização do trabalho<sup>80</sup>.

Considerando a dimensão grupal, a pandemia, em função de uma contingência sanitária, levou muitas equipes a deixar de se reunir presencialmente. Se as reuniões presenciais, segundo os entrevistados, eram consideradas escassas e/ou especialmente voltadas para resolução de problemas pontuais, esses mesmos espaços coletivos realizados,

---

<sup>79</sup> Os trabalhadores da “linha de frente” é uma expressão que faz uma alusão aos militares que, numa guerra, ficam na linha de frente do combate ao inimigo. São aqueles trabalhadores de saúde que lidam diretamente com os pacientes que apresentam quadro ou suspeita de estarem com COVID-19.

<sup>80</sup> No início do trabalho de campo, estavam pensando em estender a oferta de grupos de reflexão para os gestores, mas com a mesma equipe de trabalhadores existentes no Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

por meio de plataformas de videoconferência, somente acentuaram estes aspectos. Pareceu-me que foi possível manter regularmente durante a pandemia, talvez pela sua tradição para a categoria médica, os chamados ‘rounds’<sup>81</sup>. Contudo, em geral, observei uma gestão pouco preocupada em manter os espaços coletivos e que, como assinala Gaulejac (2007), acaba por propiciar um maior sofrimento nos trabalhadores.

Um dos reflexos dessa sociedade que não mais valoriza os coletivos como sinaliza Gaulejac (2007) fica ainda mais evidenciado no relato sobre o início da pandemia, quando os materiais de segurança e proteção dos trabalhadores eram escassos e aqueles que recebiam informação da chegada e distribuição escalonada dessas EPIs somente transmitiam essa informação para os colegas quando já haviam pego o seu, garantindo a própria segurança. Um individualismo, uma competitividade e uma falta de solidariedade exacerbados pela crise sanitária e facilitados pela omissão da gestão quanto ao seu papel de regulação dos recursos materiais disponíveis. Aliás, como já foi abordado anteriormente, Gaulejac (2007) afirma que quando o sofrimento dos trabalhadores se expressa em depressão, assédio moral, estresse, é a própria gestão que precisa ser questionada. Dessa maneira, a meu ver, os poucos espaços coletivos e a insuficiência de espaços de regulação podem levar a um ‘looping’ sem fim já que o sofrimento pode levar ao adoecimento psíquico ou psicossomático que, por sua vez, induzem as licenças médicas e estas, a seu turno, sobrecarregam ainda mais aqueles que não são afastados do trabalho, aumentando a pressão das chefias e ampliando-se, assim, o potencial risco para o adoecimento psíquico/físico.

Por fim, essa escassez de espaços de trocas entre os trabalhadores me levou a refletir sobre dificuldade que tive em mapear as estratégias coletivas de defesa estabelecidas pelos trabalhadores (DEJOURS e ABDOUCHELI, 2012) em minha entrada no campo de pesquisa. No entanto, aquelas que se destacaram foram o “pacto de silêncio” em torno do sofrimento dos colegas que retornam e o “imaginário de virilidade” a partir de uma percepção do trabalhador como herói e fortaleza, nesta instituição.

O “pacto de silêncio” a meu ver não se trata apenas de uma estratégia coletiva de defesa, mas a expressão de alianças inconscientes do grupo (KAËS, 2012), recalcando, rejeitando ou mesmo apagando o processo de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores. Isso significa dizer que o que põe em risco o imaginário de muralha da instituição, de fortaleza e excelência, é encoberto através do silenciamento em torno do assunto. Os trabalhadores que retornam possivelmente não querem ser aqueles que denunciam a

---

<sup>81</sup> Rodas de estudos para discussão de casos clínicos

fragilidade dessa muralha institucional assumindo solitariamente serem eles próprios os únicos responsáveis pelo próprio adoecimento.

Questiono, portanto, até que ponto essa dificuldade advém do quanto estes laços sociais e estes vínculos grupais já vinham se esmaecendo pelas características institucionais, acentuando-se no período da pandemia à medida que estes espaços foram sendo “encerrados” ou colocados em segundo plano?

No tocante à dimensão dos sujeitos, como já discutido anteriormente, convivemos globalmente com o sentimento de terror face a catástrofe sanitária e psicossocial provocada pela pandemia da COVID-19. No entanto, sabemos que a forma como fomos afetados por essa catástrofe variou de acordo com as condições sociais em que nos inserimos. Podemos, então, abordar os efeitos sobre o sujeito sob dois vieses: a dos pacientes e a dos trabalhadores de saúde do hospital. De um lado, não é possível fechar os olhos para a situação dos direitos ao acesso à saúde desses pacientes oncológicos cujas consultas ambulatoriais e cirurgias eletivas foram postergadas/canceladas logo no início da pandemia, agravando seus quadros clínicos direta ou indiretamente.

As consequências são funestas tanto para os pacientes quanto para a sociedade que precisa lidar com um número amplificado de óbitos evitáveis e de pessoas incapacitadas. Em outras palavras, um quadro que se mostra desastroso do ponto de vista humanitário e temerário do ponto de vista de um sistema previdenciário cada vez mais depauperado por insuficiência de investimentos e corrupção. Assim, estamos falando de cidadãos doentes (muitos destes, gravemente) e que pouco podem contar com uma rede de apoio que venha a lhes garantir uma vida digna para si mesmo e seus familiares.

Por outro lado, essa catástrofe sanitária e psicossocial referida por Sá, Miranda e Magalhães (2020), vinculada à crise de confiança e esgarçamento dos laços sociais discutidos por Bauman (2008), a meu ver, repercutem mais diretamente naqueles que precisam assumir a linha de frente de enfrentamento da pandemia: os trabalhadores de saúde da assistência e da gestão. Como é possível para estes trabalhadores lidarem com a própria vulnerabilidade física associada às angústias e medos frente à iminência da morte sem que sintam que podem confiar nos seus parceiros/as de trabalho e sem o suporte institucional?

Para além disso, observamos a dramaticidade que envolve a situação de inúmeros sujeitos trabalhadores de saúde que precisaram enfrentar transportes públicos lotados em plena pandemia para chegar ao trabalho; que compreendem todos os riscos de morte que eles próprios e seus familiares/amigos sofrem pelo contato direto com pacientes contaminados pelo vírus SARS-CoV-2; que são pressionados para alcançar metas de produtividade e

trabalharem mal para dar conta dessas metas; que não são reconhecidos em suas necessidades; que sofrem ao vislumbrar os riscos de dor física e morte dos pacientes com quem lidam; e que ainda convivem com dúvidas da gestão em relação ao seu grau de comprometimento com o serviço pelo simples fato de serem servidores públicos. Com isso, possivelmente estes pontos listados se constituem alguns dos motivos para o adoecimento psíquico e afastamento dos sujeitos do trabalho.

Cabem algumas considerações também em relação ao percurso metodológico desviado em seu curso inicial em virtude do contexto pandêmico. Anteriormente ao início da pesquisa, tinha como hipótese que eu poderia ter dificuldades na aproximação com os sujeitos em situação de retorno ao trabalho dado ao nível de sofrimento psíquico em que poderiam se encontrar, podendo resultar em recusa dos trabalhadores em participar deste trabalho. Embora, de fato, seja difícil encontrar os trabalhadores que retornam *sem restrições* já que, pelo menos em tese, colegas e chefias não sabem quem são, me surpreendi positivamente com aqueles que entrevistei, pela receptividade e desejo de participarem da pesquisa. De um grupo de dezenove sujeitos entrevistados, somente quatro faziam parte do grupo daqueles que retornaram ao trabalho após licença por depressão, sendo que os quinze restantes conviviam ou chegaram a conviver, em função de seu trabalho, como trabalhadores que haviam retornado de licença psiquiátrica.

Assim, a proposta metodológica de ouvir o que os trabalhadores em geral teriam a dizer sobre os colegas que retornam foi bastante pertinente, no meu entendimento, para que eu pudesse buscar respostas para um dos objetivos específicos desse trabalho que era como os trabalhadores se sentiam e percebiam os colegas e o imaginário organizacional que voltam após licença por adoecimento psíquico. Como já foi mencionado anteriormente, em geral, os trabalhadores, salvo se forem informados pelos próprios, muitas vezes, sequer chegam a saber os motivos que levaram os colegas a serem licenciados. Inclusive, houve relatos daqueles que sabiam que alguns colegas estiveram licenciados pela psiquiatria através de comentários de terceiros, mas não narrado pelos próprios que retornaram.

Entretanto, mesmo sem saber as razões do afastamento, observei diferentes entendimentos e percepções acerca da ausência dos colegas, nas equipes. Alguns mencionaram que parecia ser uma fuga da carga de trabalho exigida pela instituição, principalmente, no período da pandemia. Em torno dessa percepção de falta do compromisso do colega, o que me pareceu ficar mais evidenciado foi o sentimento de ressentimento (KEHL, 2020), como se este que se ausentasse estivesse recebendo algum privilégio em termos institucionais e que os estava sobrecarregando. Assim como a percepção de que estes

que foram afastados seriam profissionais como pouca capacidade de serem resilientes às pressões e cargas do trabalho. Ressalto que justamente por terem as causas de seu afastamento mantidas em sigilo, os trabalhadores em situação de depressão, antes ou depois de seu afastamento correm o risco de ser estigmatizados por serem faltosos e saírem de licença médica algumas vezes, como destacado das falas de alguns entrevistados do grupo de trabalhadores em geral.

Porém, também cabe destacar que embora a instituição produza adoecimento e sofrimento em muitos, pode produzir comportamentos transgressores e/ou perversos em muitos outros trabalhadores. Uma instituição que pouco cuida dos seus trabalhadores, propiciando o individualismo e a competitividade, pode levar alguns trabalhadores a também serem pouco cuidadosos e implicados com as suas práticas, utilizando a lógica do engodo para ludibriar a instituição através de atestados médicos pouco condizentes com o real estado de saúde. De qualquer forma, o resultado é a sobrecarga de trabalho para quem permanece nos serviços.

É importante mencionar que houve aqueles trabalhadores (colegas e chefias) que, uma vez sabendo que o sujeito retornara de uma licença psiquiátrica, buscavam acolher e dar suporte a este. Um ponto destacado por mais de um entrevistado é que pode acontecer deste colega ser muito querido pela sua equipe e chefia, favorecendo ainda mais que este retorno se dê de modo a não o pressionar demais para retomar logo as atividades laborativas de antes da licença. Assim, entendo que os movimentos de recepção a esse trabalhador variarão em função de aspectos subjetivos da chefia, da equipe e do próprio sujeito que retorna bem como das condições de acolhimento que o ambiente de gestão e de trabalho propicie. Embora seja necessário estar atento as singularidades dos sujeitos que retornam, a instituição, por sua vez, não apresenta qualquer proposta de política institucional para nortear este evento.

A escuta dedicada aos trabalhadores em geral também propiciou a emergência de um assunto não abordado institucionalmente, o suicídio. O tema suicídio de trabalhadores desta instituição surgiu tanto através da referência a casos ainda que não tenham sido claramente identificados pelos entrevistados como sendo ato suicidário, como também pela expressão, por parte de chefias e colegas, de um sentimento de insegurança e de receio de precisar abordar algum sujeito com ideação suicida. Houve uma unanimidade quanto a inexistência de uma política institucional que aborde este assunto e um sentimento de desamparo de não poder contar sempre com o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores para ajudar no manejo dessas situações. Aliás, ao se referirem a experiências relacionadas a colegas que expressavam



ideação suicida, pareceu que muitos entendiam que deveria ser um assunto a ser tratado exclusivamente pelo serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores.

Ao escutar os trabalhadores em geral, eu pude entrar em contato, por acaso, com aqueles sujeitos que viveram ou estavam vivendo o momento de retorno ao trabalho *sem restrições* após adoecimento psíquico. Considero que talvez não chegasse até esses trabalhadores, se não fosse dessa forma. Tais sujeitos que retornaram *sem restrições* se mostraram não apenas disponíveis para narrar as suas histórias e condições psíquicas de reinserção no trabalho, mas houve quem expressasse, a partir destas entrevistas, ter conseguido elaborar e articular as vivências laborais com aquelas de ordem pessoais. Chamo, neste ponto, a atenção para o fato que por se tratar de uma abordagem baseada na psicossociologia, apresenta um caráter clínico. Assim, ao se reconhecer como integrantes desse grupo de invisibilizados institucionalmente, foi possível, para este sujeito, olhar para si próprio e fazer reconhecer o seu valor como profissional, buscando construir caminhos para melhor se reinserir no trabalho. Ao mesmo tempo que como pesquisadora, pude exercer a função de presença implicada, de apoio para esse sujeito e contorno para as suas experiências (FIGUEIREDO, 2009, 2014).

Considero interessante também o fato de que em um determinado momento da pesquisa, um dos sujeitos que se encontrava em situação de *readaptação* me procurou, solicitando participar da pesquisa. Talvez tenha sido um pouco mais fácil para esse sujeito me procurar por não se encontrar em uma posição de invisibilidade institucional em relação ao motivo do seu adoecimento comparativamente aos demais sujeitos reinseridos *sem restrições*. De qualquer forma, pode ser também um indicativo da premência destes trabalhadores já tão vulnerabilizados pelo adoecimento de terem vias de escuta e elaboração, mesmo que seja através de um espaço cuja temporalidade é limitada como o da pesquisa.

Uma das minhas questões de pesquisa era se o serviço de saúde do trabalhador desta instituição poderia vir a ser um espaço de mediação para (re) construção de vínculos dos trabalhadores que estiveram afastados por licença médica durante o processo de retorno ao trabalho. Em outras palavras, se o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores teria condições de funcionar com espaço o (re) estabelecimento de novos sentidos para o trabalho por aqueles que retornam às suas atividades após a licença médica por sofrimento psíquico. No entanto, o que identifiquei a partir de alguns dos trabalhadores entrevistados é que tanto do ponto de vista material quanto humano, parece ser muito difícil este serviço assumir este papel.

O Núcleo de Saúde dos Trabalhadores desta instituição vem sendo atravessado por inúmeras contradições que igualmente resultam em sofrimento psíquico para seus próprios

trabalhadores. A começar pela sua posição no organograma institucional vinculado ao setor de gestão de pessoas do hospital. Esta situação implica na possibilidade de ser levado a replicar a lógica racionalizadora de gestão de pessoas em que o trabalhador é destituído de sua subjetividade, sendo tratado com mais um indivíduo a compor a força de trabalho. Ademais, do mesmo modo que os trabalhadores da assistência se ressentem de não ser escutados, parece que os trabalhadores do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores se percebem igualmente pouco escutados. Uma expressão disso é que alguns destes trabalhadores mencionam o fato de que as reuniões majoritariamente são realizadas visando apenas o repasse de informes.

Outro paradoxo observado em relação ao Núcleo de Saúde dos Trabalhadores diz respeito ao público-alvo deste serviço ser constituído por servidores públicos e residentes, excluindo os trabalhadores com outros vínculos empregatícios. Trata-se de um fato que se revela, para mim, muito significativo já que, por um lado, tem como missão, a vigilância à saúde dos trabalhadores e por outro lado, esta “vigilância” é seletiva e voltada para apenas uma parte destes trabalhadores<sup>82</sup>. Desse modo, se considerarmos que a saúde do trabalhador deve se constituir tanto como um valor em si mesmo e intrínseco à instituição como condição essencial para a qualidade do cuidado prestado aos usuários, uma vigilância de saúde dos trabalhadores voltada apenas para parte dos trabalhadores acaba por comprometer a qualidade do cuidado produzido pela instituição. Consequentemente, a pretensão de excelência da instituição se vê igualmente comprometida.

O pouco investimento no aumento da equipe do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e de condições materiais, como a falta de veículos para o deslocamento dos seus trabalhadores até às unidades que integram o complexo hospitalar são indícios do quanto este serviço vem sendo pouco cuidado pela gestão maior desta instituição.

Talvez seja a pouca clareza da instituição em relação à missão do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que o torne também pouco visível a muitos dos trabalhadores entrevistados enquanto a possibilidade de ser um espaço de suporte, apoio e vigilância em saúde. Por isso também, a enorme confusão que muitos dos sujeitos entrevistados fazem considerando o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores equivalente ao departamento pessoal dentro da gestão de pessoas voltado apenas para receber os avisos de faltas, atestados, férias, etc. Considero que um outro desdobramento dessa pouca visibilidade do serviço de saúde do

---

<sup>82</sup> Faço uma ressalva que no período de imunização para a COVID-19, todos os trabalhadores, independentemente do seu vínculo empregatício, foram contemplados e que os grupos de reflexões contam com trabalhadores com outros vínculos empregatícios.

trabalhador para os próprios trabalhadores e a instituição como um todo se reflete no fluxo de acesso dos sujeitos em sofrimento e/ou adoecimento psíquico. Um fluxo de acesso disperso, com várias “entradas” e pouco claro para as unidades que integram este complexo hospitalar.

Considero também como um dos paradoxos desse serviço de saúde dos trabalhadores o fato de que, apesar de limitações em seus sistemas de informações, é possível levantar dados acerca do número de trabalhadores afastados por adoecimento psíquico, sem que isso resulte em respostas oportunas e efetivas de estratégias em termos de saúde do trabalhador. Nem são estabelecidas políticas institucionais visando mitigar o adoecimento psíquico, na instituição, muito menos, a gestão reconhece a necessidade de fortalecimento estrutural e organizacional deste núcleo para que possa atuar com maior efetividade nesta direção. Entendo que a pesquisa foi encerrada sem que algumas questões pudessem ser respondidas, mas foi possível apreender deste contato com o campo de pesquisa que o fato de uma instituição contar com um serviço instituído voltado para a saúde do trabalhador não significa que necessariamente existam políticas institucionais para tal.

De toda forma, considero importante assinalar o quanto as minhas expectativas em relação à possibilidade de um hospital poder contar com um serviço voltado para a saúde do trabalhador tenha sido idealizada demais. Tal visão significaria não reconhecer as dimensões históricas e sociais que determinam e caracterizam o avanço do neoliberalismo na sociedade ocidental contemporânea e suas marcas particulares na realidade brasileira. Em suma, isso implica dizer que os problemas estruturais e organizacionais do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores do Hospital Amazonas constituem uma pequena ponta de um “iceberg” se considerarmos o contexto social brasileiro e global.

A perspectiva neoliberal vem promovendo um rastro de destruição nas políticas públicas, em geral, com consequências deletérias sobre as relações entre Estado e sociedade, sobre o trabalho e as conquistas de direitos sociais e cidadania. No Brasil, os efeitos nefastos do neoliberalismo são evidentes no âmbito das políticas sociais e especialmente de saúde pública através da precarização do trabalho e redução do financiamento e sucateamento do SUS. Uma das expressões desse processo é a não realização de concursos públicos para reposição dos trabalhadores de saúde, com crescente substituição desses servidores públicos por trabalhadores contratados através de vínculos precários. Por esse motivo, há de se convir que algumas limitações assinaladas ao longo do desenvolvimento da tese concernentes aos modos de funcionamento do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e/ou à gestão do Hospital Amazonas se encontram muito além da governabilidade dos serviços e da própria instituição

quanto à capacidade de dar respostas e apontar soluções.

Retomo o objetivo específico sobre analisar como os trabalhadores que retornam ao trabalho após a licença médica percebem e vivenciam o próprio retorno e quais os sentidos e destinos dados ao seu sofrimento durante este processo. É possível pensarmos este objetivo sob a ótica de dois grupos.

Um primeiro grupo seria o de trabalhadores que retornam *com restrições*, ou seja, os readaptados. Cabe, no entanto, a observação que alguns destes trabalhadores *readaptados* chegaram a retornar *sem restrições* por motivos de adoecimento psíquico, algumas vezes, antes de a *readaptação* ser apresentada pela perícia como última saída para não se aposentar por invalidez. Inclusive, para um dos entrevistados, foi uma solução levantada pelo próprio trabalhador e dialogado com a perícia já que não mais se encontrava em condições seguir, na instituição, através de uma sequência interminável de idas e vindas (se afastar e retornar), sem que isso modificasse o seu quadro de saúde. Neste ponto, chama a atenção o fato de é como se os trabalhadores que adoecem psicicamente fossem os únicos responsáveis pelo próprio adoecimento para que a instituição não macule o seu imaginário de força e, muito menos, intervenha na organização do trabalho.

Estes trabalhadores readaptados contam com maior visibilidade institucional já que executam movimentos que demandam abertura de processo administrativo, realocação de setor com alterações nos processos de trabalho tanto das equipes que perdem esse integrante para outro local, quanto das equipes que os recebem. Neste caso, destaco que, contrariando a minha hipótese inicial, os trabalhadores readaptados entrevistados não expressaram, em seus relatos, se sentirem estigmatizados, sendo bem recepcionados pela nova equipe de trabalho (colegas e chefia). Parece-me, pois, que isso se dê em função de terem sido alocados em serviços cuja maioria dos trabalhadores se encontram na mesma situação de *retorno com restrições ou readaptação*.

Ainda em relação a esses trabalhadores, saliento a percepção de um dos readaptados entrevistados e de outros trabalhadores do grupo de trabalhadores em geral, do quanto a instituição cria inúmeros obstáculos para que esta *readaptação* aconteça, se tornando um processo, muitas vezes, bem demorado até que saia o resultado definitivo. Assim, um dos problemas importantes para estes trabalhadores é o nível de expectativa criada enquanto aguardam pelo desfecho deste processo. Nesta direção, um dos entrevistados relatou que enquanto aguardava o resultado final do processo de *readaptação*, precisou permanecer em uma sala, sem atividade alguma, já que não poderia ficar na assistência. Este fato se deu até que o resultado final do processo tivesse acontecido. É possível que tenha se tratado de um

caso pontual, mas isso não apaga o fato de que este sujeito se sentiu muito incomodado e pouco confortável com a impossibilidade de estar sendo útil na instituição. A meu ver, é como se ele tivesse sido colocado em uma espécie de um limbo institucional, uma forma de castigo exemplar para que outros trabalhadores não recorram ao mesmo processo.

Um segundo grupo diz respeito aos trabalhadores que voltaram ao trabalho *sem restrições*. Estes trabalhadores não expressaram terem se sentido estigmatizados especificamente pelo fato de terem adoecido psicologicamente. Porém, um dos entrevistados se sentiu pouco acolhido por ter se afastado e posteriormente retornado justamente no período pandêmico, como se fosse algo deliberado para escapar do trabalho. Parece-me ser difícil para os colegas compreenderem o afastamento, especialmente porque os sujeitos que se ausentaram por depressão, muitas vezes, não manifestavam sintomas evidentes, permanecendo na ativa e no mesmo setor quando voltavam. Uma aparência de ‘normalidade’ desse trabalhador que não permite que o colega ou chefia entendam o quanto lhes está sendo custoso, do ponto de vista psíquico, essa volta.

Este grupo de trabalhadores em retorno *sem restrições* é duplamente invisibilizado: primeiramente pelo próprio processo de adoecimento recoberto por uma imagem de aparente placidez no comportamento do sujeito que volta ao trabalho. Segundo, porque não há política institucional que acompanhe esses trabalhadores especialmente quando se observa que o sujeito acaba se licenciando, muitas vezes, pela psiquiatria. É importante destacar que a fragilidade e vulnerabilidade dos que adoecem parecem ferir o imaginário de fortaleza, de muralha, de castelo de excelência da instituição. Para a instituição, é mais conveniente não se responsabilizar por esses sujeitos que ousam lembrar a instituição do quanto ela é produtora de sofrimento e adoecimento. Se, para a instituição, os trabalhadores são simples mão de obra, sob esta perspectiva eles são facilmente substituíveis.

Quanto ao objetivo específico concernente a analisar os limites e as possibilidades de construção de novos sentidos e de (re) estabelecimento de vínculos pelos trabalhadores que retornam de licença psiquiátrica, foi possível traçar algumas ponderações. Os trabalhadores em situação de *retorno sem restrições* talvez sejam aqueles que mais estejam solitários neste processo. Contam basicamente com o suporte e apoio individualizado de algumas chefias e de alguns colegas com quem tenham uma proximidade maior em termos de vínculo afetivo, mas somente quando se sentem confortáveis de compartilhar com os mesmos o motivo de seu afastamento. Tratam-se de situações, conforme assinalado anteriormente, em que os trabalhadores não são mais acompanhados pela instituição e

apenas, eventualmente, pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. Por essa razão, esses sujeitos buscam, de forma individualizada, adotar medidas para melhor lidar com essa volta.

Ainda em relação a esses trabalhadores, foram narradas solicitações de mudança de setor às chefias, solicitação de redução de carga horária, busca por cursos e também participação em atividades institucionais interserviços (como comissões e similares), busca de apoio psicoterápico fora da instituição (através de atendimento particular ou na rede privada. Tais medidas, a depender do caso, se dão de maneira individual e, muitas vezes, de modo informal. Além disso, no caso do apoio psicoterápico e psiquiátrico, dependem do desejo dos sujeitos e também de recursos materiais/financeiros para darem prosseguimento aos tratamentos já que a rede de atenção psicossocial, no estado do Rio de Janeiro, se encontra com uma série de problemas de acesso.

Essas estratégias não se limitam a evitar o contato direto com o paciente, pois nem sempre esta é a principal fonte de sofrimento, mas incluem a mudança de local de trabalho pelo sofrimento gerado pela dinâmica de funcionamento do setor de origem do trabalhador e da qualidade das interações entre a equipe ali observadas. Enfim, se tratam de iniciativas, que nos dão a dimensão do quanto esses trabalhadores estão desamparados do ponto de vista institucional.

Apesar de não ter sido abordado diretamente pelos sujeitos que retornaram ao trabalho, observei que as gestões mais abertas ao diálogo com o trabalhador conseguem que estes que voltam *sem restrição* consigam expressar os reais motivos de seus afastamentos e, com isso, facilitam o estabelecimento de acordos informais com as suas chefias para melhorar as condições em que trabalham.

Baseada nos relatos dos sujeitos entrevistados que voltaram após licença psiquiátrica, pude perceber que alguns haviam manifestado doenças psicossomáticas, precisando se licenciar para tratamento, antes de manifestar doença psíquica. Por este motivo, levanto a questão se este processo de adoecimento psicossomático também não seria uma forma de defesa para negar o sofrimento psíquico, circunscrevendo-o ao corpo. Retomo a discussão de Birman (2003) ao tratar das formas de mal-estar e sofrimento na contemporaneidade face a um cenário de esvaziamento da dimensão metafórica da linguagem. De acordo com este autor, uma vez que a linguagem se encontra reduzida a sua dimensão instrumental, não há espaço para a representação levando a subjetividade se ver reduzida à dor. Considerando estarmos tratando de uma instituição com espaços coletivos escassos para compartilhamentos de reflexões, entendo, então, que não seja possível encontrar espaços para a transformação da dor em sofrimento. Por esse motivo, talvez as ditas ‘doenças

psicossomáticas' sejam bastante comuns, nesta instituição.

A todos os trabalhadores são oferecidos os grupos de reflexões do serviço de psicologia do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores. No caso dos trabalhadores que *retornam com restrições*, embora seja uma potente atividade de suporte neste período de transição do trabalho, do ponto de vista institucional, nem todos buscam estes grupos. Também nos casos dos readaptados, a psicoterapia e o atendimento psiquiátrico são procurados fora da instituição, em geral, na rede privada ou em atendimento particular, pelos mesmos motivos assinalados em relação ao grupo dos que voltam *sem restrições*.

Pude igualmente observar, a partir das entrevistas com os trabalhadores em geral e do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores que os movimentos de encontrar novos sentidos para o trabalho se dão no sentido de constituição de coletivos intersetoriais de trabalho (embora escassos). Estes coletivos tanto podem visar melhorar a qualidade de vida dos próprios trabalhadores, como por exemplo, a comissão para discussão sobre o assédio moral (suspensa temporariamente, no período das entrevistas) quanto a qualidade de vida dos pacientes, como por exemplo, a comissão de desospitalização (atuante no período das entrevistas).

Tenho como hipótese também que a participação de todos os trabalhadores enquanto sujeitos de pesquisa, nesta investigação, tenha sido um modo de buscar abrir brechas nesta muralha institucional, convocando o meu testemunho e a minha escuta a tantos sofrimentos vivenciados por eles, seja da assistência ou da gestão. Aliás, as situações de assédio moral não são exceções descritas por um ou outro sujeito entrevistado, mas foram descritas por vários destes, quase como se fosse algo comum no dia-a-dia dos serviços desta instituição. Uma violência percebida e silenciada por muitos que causa sofrimentos "esmagadores", como visto nos resultados apresentados, nesta pesquisa.

Embora seja algo encontrado em literatura e vivenciado durante o meu período de inserção no trabalho, realmente esse achado de pesquisa me deixou abalada emocionalmente pela força desses relatos e a quantidade dos fatos verbalizados. Fiquei ainda mais surpresa com o fato de que uma comissão que havia sido constituída para discutir a questão do assédio moral, ter sido simplesmente paralisada independentemente dos motivos alegados pelos diferentes entrevistados. Enquanto assuntos dessa magnitude forem tratados como algo a ser postergado, a instituição permanecerá se mantendo alheia e descomprometida com a saúde mental dos trabalhadores. E mais, enquanto a instituição não buscar conhecer mais profundamente o que desencadeia tantos adoecimentos psíquicos, estaremos como que diante de uma caçamba furada que não adianta o quanto se tente enchê-la porque ela nunca

chegará ao seu limite máximo.

As publicações que discutem as barreiras e as facilidades para o processo de retorno ao trabalho trazem algumas ‘pistas’ para a compreensão de quais dimensões são imprescindíveis para a elaboração de políticas institucionais e/ou públicas. Portanto, me instiga a ratificar a importância de estas políticas serem construídas com o envolvimento dos próprios trabalhadores, das organizações de trabalho, dos coletivos de trabalho (sindicatos, por exemplo) e de diferentes áreas da sociedade (saúde, educação, proteção social). Destaco a importância da inclusão de estratégias referentes à promoção da saúde não somente direcionadas para os trabalhadores, mas também voltadas para os processos de trabalho e a organização como um todo. Acrescento aos pontos mencionados, a importância de ações de prevenção do suicídio dos trabalhadores, nas organizações.

É interessante pensarmos nas margens de um rio, contornando e desenhando seus caminhos, ponto de chegada e de partida para os viajantes. A instituição com as suas normas instituídas, seu conjunto de valores e cultura pode servir de continente para os trabalhadores que enfrentam o sofrimento e o adoecimento psíquico. Retorno, pois, ao conto de Guimarães Rosa, lançando uma outra perspectiva que se diferencia daquela adotada por Cláudia Arbex em relação à metáfora da “terceira margem”. Entendo essa “terceira margem” como a possibilidade de existência de um espaço intermediário entre o instituído e aquilo que se pode construir. Essa “terceira margem” pode ser resultante do processo de elaboração psíquica das perdas e dos excessos que produzem sofrimento e adoecimento ou mesmo que pode ser o próprio processo elaboração psíquica e de exercício da criatividade para os sujeitos que retornam ao trabalho. No entanto, para tal, é importante que tal margem seja cartografada e navegada a partir de espaços de compartilhamento e de circulação da escuta e da fala, garantindo ao trabalhador vencer os fluxos mortíferos da instituição e alcançar um espaço seguro para aportar.

Por essa razão, penso que, em termos institucionais, as políticas poderiam ser estruturadas a partir de uma perspectiva intersetorial. A meu ver, é preciso ter no horizonte a necessidade de elaboração de estratégias de intervenção junto aos trabalhadores que retornam ao trabalho, e junto às gerências mais imediatas, que lhes deem suporte para construção de novos sentidos em sua nova inserção profissional. Recupero, então, a ideia discutida no capítulo ‘8’ acerca da construção de um novo arranjo institucional que viesse a integrar membros da equipe do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores com representantes de outros setores do Hospital Amazonas para atuar como equipe intersetorial matricial na abordagem, inclusive, de assuntos concernentes ao retorno ao trabalho.



É importante reconhecer ainda a premência de elaboração e implantação de políticas públicas voltadas para o retorno ao trabalho e prevenção de suicídio, assim como, políticas institucionais alinhadas a estas. Entendo que não se pode perder de vista que o mundo do trabalho expressa a sociedade em que vivemos. Assim, uma única organização que venha a cuidar efetivamente de seus trabalhadores será uma pequena ilha de excelência em meio uma sociedade em que se aprofundam as iniquidades, inclusive de acesso ao emprego.

Ressalto que a construção identitária se dá nos coletivos de trabalho, através do confronto entre as semelhanças e as diferenças na realização da atividade (LHUILIER, 2005). Portanto, concluímos que o trabalho é um dos mediadores entre o inconsciente e o campo social, sendo um espaço significativo para o investimento subjetivo de construção de sentidos. A depender do modo como for conduzida pela instituição, a oportunidade de voltar ao trabalho após licença médica, pode representar para o sujeito uma aposta na retomada da sua identidade profissional. Talvez uma retomada sob bases menos idealizadas e mais apoiadas em práticas de trabalho que possam se delinear como modos de resistência aos constrangimentos impostos, pela organização. Ao passo que, para as organizações, o retorno ao trabalho pode representar a oportunidade de resgatar não apenas a sua força de trabalho, mas também as contribuições singulares e criativas de trabalhadores experientes, ainda que sob o risco de manter, na instituição, alguém cuja presença poderá sempre fazer lembrar que as organizações tanto se constituem como espaço de investimento psíquico e construção de identidade, quanto constroem o trabalhador, às vezes, de forma mortífera, podendo produzir nele intensos sofrimentos psíquicos.

Um outro aspecto a ser apontado é que ainda no início da sistematização desta pesquisa<sup>83</sup> abordei a relevância da implicação na psicossociologia e procurei sublinhar os momentos em que a mesma se encontrava em jogo durante diferentes momentos dessa investigação. Por esse motivo, privilegiei falar acerca do meu olhar e dos meus sentimentos nas diversas fases da pesquisa na expectativa de demonstrar a importância do acesso do pesquisador a sua própria implicação, como condição de produção de conhecimento sobre o material produzido no campo e no encontro com os sujeitos de pesquisa. Entretanto, como afirma Amado (2005), a implicação é paradoxalmente fonte de conhecimento e desconhecimento, propiciando tanto criatividade quanto alienação.

A outra face dessa implicação, pois, é a produção de algumas “cegueiras”, muitas vezes, somente identificadas após o término da pesquisa. Um dos meus maiores desafios,

---

<sup>83</sup> Mais precisamente no capítulo “3”.

nesse trabalho, foi procurar não ficar intensamente “colada” às identificações com as situações vivenciadas por esses sujeitos nem com os próprios sujeitos, sob o risco de eu também permanecer paralisada à margem da instituição. Como mencionado na “Introdução”, tomei alguns cuidados nesse sentido<sup>84</sup>. No entanto, há sempre o algo que escapa à consciência. Por isso, é possível identificar um exemplo dessa “alienação” a que Amado (2005) se refere no momento da análise dos resultados da pesquisa. Na ocasião da análise e sistematização da escrita, eu tive tamanha preocupação em proteger os sujeitos participantes atrás do anonimato para que não pudessem ser identificados por colegas e chefias que acabei esmaecendo os contornos que delineavam o perfil dos mesmos, ou seja, deixei de fora alguns elementos importantes para que esses trabalhadores fossem representados com “corpo e alma”. Talvez eu tivesse dado mais “estofamento” a esses sujeitos se tivesse feito a indicação de gênero, categoria profissional, idade, tempo de serviço entre outras características, por exemplo. Posso hoje levantar a hipótese de que, de certo modo, ao tentar proteger esses trabalhadores entrevistados posso ter sido atravessada pelos mesmos sentimentos de medo que presenciei em alguns ou mesmo ter reproduzido o processo de silenciamento ou “pacto de silêncio” que identifiquei na instituição quanto ao sofrimento e adoecimento no trabalho. De qualquer modo, ainda que esta possa ser considerada uma fragilidade metodológica, reconheço que não havia condições, no momento da pesquisa, de enfrentá-la, nem que tenha comprometido a essência dos resultados aqui apresentados e sua relevância.

Dessa maneira, esta última parte da tese é expressão do meu esforço para reunir e condensar os principais elementos de análise e reflexões sobre esta investigação. Observo, portanto, que algumas pontas não puderam ser amarradas, ou seja, algumas indagações permanecem sem respostas, por limitações de diversas ordens que vão desde as mudanças no percurso metodológico até mesmo ao próprio tempo para explorar mais profundamente alguns achados desse estudo. Ao mesmo tempo, entendo, a partir da revisão de literatura, que o objeto desta investigação vem sendo pouco estudado e talvez alguns dos resultados analisados, neste trabalho, possam contribuir para serem pensadas políticas públicas e/ou políticas institucionais e, quem sabe, novas pesquisas sobre este tema.

Por fim, aproximando um pouco mais a lente sobre possíveis desdobramentos desta pesquisa, observo o quanto o espaço de entrevistas contribuiu não apenas para que os sujeitos entrevistados pudessem falar mais livremente sobre o seu trabalho (movimento catártico),

---

<sup>84</sup> Nos espaços de orientação, minha própria psicoterapia e interlocução com integrantes da linha de pesquisa.

quanto representou, para alguns destes, a possibilidade de realização de um movimento de elaboração psíquica acerca dos transbordamentos e excessos produzidos pela instituição. Assim, espero que esta pesquisa sirva de porto (ponto) de partida para favorecer a continuidade de novos processos de reflexão, não apenas para os sujeitos entrevistados, como também para os gestores e demais trabalhadores desta instituição.

## REFERÊNCIAS

- ALEVATO, H. Os desafios da reinserção laboral dos afastados por transtornos mentais e comportamentais. **Estudos do Trabalho**. Ano V, n. 9, 2011 Revista da RET Rede de Estudos do Trabalho: [www.estudosdotrabalho.org](http://www.estudosdotrabalho.org)
- ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados IN GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª edição revista. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / CEBES, p. 759-799, 2012.
- AMADO, G. Implicação. IN: BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa-Portugal. CLIMEPSI Editores, 2005. p: 281-286.
- ANDERSEN, M.F.; NIELSEN, K. M.; BRINKMANN, S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. **Scand J Work Environ Health**, v. 38, n. 2, p. 93-104, 2012. DOI:10.5271/sjweh.3257
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>.
- AKIMURA, K.A.; COSTA, F.R. O programa de reabilitação profissional no Brasil: avanços, limites e desafios. **Revista NUPEM**. Campo Mourão, v. 12, n. 26, p. 156-172, maio/ago. 2020.
- ARBEX, C. Disponível em:[redepsicanalise.com.br/depressao-perdas-danos-e-ganhos-e-o-conto-a-terceira-margem-do-rio-guimaraes-rosa/](http://redepsicanalise.com.br/depressao-perdas-danos-e-ganhos-e-o-conto-a-terceira-margem-do-rio-guimaraes-rosa/) . Acesso em: 25 maio 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: Informando para prevenir**. Conselho Federal de Medicina (CFM), Brasília, 2014.
- A TERCEIRA Margem do Rio – Conto de Guimarães Rosa. Disponível em: <https://contobrasileiro.com.br/a-terceira-margem-do-rio-conto-de-guimaraes-rosa/> Acesso em: 10 maio 2022.
- AYRES, J.R.C. Cuidado e Reconstrução das práticas de saúde. Interface. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p.73-92, set 2003-fev 2004.
- AZEVEDO, CS; SÁ, MC; MIRANDA, L; GRABOIS, V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Rev Pol Plan Gestão em Saúde**, v. 1, n. 1, set. 2010, ABRASCO.
- BALTAZAR, D. V. S. *Trabalhar e Adoecer*: investigação sobre os transtornos ansiosos e depressivos em profissionais de saúde licenciados. Niterói/RJ, s.n., 2016, 265p. **Tese (Doutorado)**. Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em Psicologia.
- BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. **Dicionário de Psicossociologia**. 1ª edição. Lisboa/Portugal: CLIMEPSI Editores, 2005.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 2008.

BIRMAN, J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. **Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial**, Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: [http://www.estadosgerais.org/mundial\\_rj/download/5c\\_Birman\\_02230503\\_port.pdf](http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf). Acesso em: 16 set. 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (1990). Lei nº 8112, de 11 de novembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8112-11-dezembro-1990-322161-norma-pl.html>. Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012). Portaria MS/GM nº 1823 de 23 de agosto de 2012 que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html). Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). Portaria MS nº 874 de 16 de maio de 2013 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em: 28 fev. 2022.

BRITO, J. Saúde – uma relação com o meio e os modos de vida. **Revista Laboreal**, v. 13, n. 1, p.100-103, 2017.

CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.18, n.1, p. 148-168, abr. 2012.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. Hucitec Editora. SP. 2013.

CANABRAVA, C.M. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de Covid-19: ampliação, insuficiências e iniquidade IN SANTOS, A.O.; LOPES, L.T. (orgs). **Acesso e Cuidados especializados**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Covid-19, v.5, p. 42-58, 2021.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico** (1966). Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 6ª.ed. revisada. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.11, n. 22, p.345-63, maio/ago. 2007.

CLOT, Y. A Psicologia do Trabalho na França e a perspectiva da Clínica da Atividade. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 207-234, jan./abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000100015>

COELHO, M.T.A.D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Revista Physis**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

COHEN, D.; RHYDDERCH, M.; READING, P.; WILLIAMS, S. Doctors' health: Obstacles and enablers to returning to work. **Occupational Medicine**, v. 65, n. 6, p. 459–465, 12 jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv056>

CORDEIRO, A.M.; OLIVEIRA, G.M.; RENTERÍA, J.M.; GUIMARÃES C.A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir**. v. 34, n. 6, p.428–31, 2007.

CORTEZ, P. A.; VEIGA, H. M. S.; GOMIDE, A. P. A.; SOUZA, M. V. R. Suicídio no trabalho: Um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 19, n. 1, p. 523–531, jan./mar. 2019 . DOI: <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.1.14480>

COSTA, D.; LACAZ, FRANCISCO A. C.; JACKSON-FILHO, J. M.; VILELA, R. A. G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Ver. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 11-30, 2013.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª edição ampliada. Editora Cortez-Oboré. SP. 1992.

DEJOURS, C. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista Administração de empresas**. v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007.

DEJOURS, C.; SZNELWAR, L. I.; MASCIA, F. L. (orgs). **Trabalho, Tecnologia e Organização**: Avaliação do trabalho submetida à prova do real – crítica aos fundamentos da avaliação. São Paulo: Blucher, 2008.

DEJOURS, C. **Trabalho Vivo**: Sexualidade e trabalho. Tomo 2. Brasília: Paralelo15, 2012a.

DEJOURS, C. **Trabalho Vivo**: Sexualidade e trabalho. Tomo 1. Brasília: Paralelo15, 2012b.

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. SP. Editora Atlas. 2012.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e Trabalho**: o que fazer? Brasília, Editora Paralelo 15, 2010.

DINIZ, D.S. Fibromialgia: Canguilhem e a normatividade vital. IN MATTOS, R.S. (org.). **Dor Crônica e Fibromialgia**: uma visão interdisciplinar. Curitiba: CRV Editora, 2019.

DINIZ, DS.; TEIXEIRA, E.S. Navegando por mares nunca dantes navegados: os grupos e seus movimentos. **Revista Saúde Debate**. RJ, v. 40, n.111, p. 302-311, out./dez. 2016.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Glossário da Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições IN KAËS, R. **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. Trad. Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. IN: LÉVY, A., NICOLAI, A., ENRIQUEZ, E., DUBOST, J. (orgs). **Psicossociologia, análise social e intervenção**. Petrópolis: Vozes. p 61-74, 1994.

EHRENBERG, A. **La fática di essere se stessi. Depressione e società**. Piccola Biblioteca Einaudi 500. Torino, 2010.

FANTINI, A. J. E.; SILVEIRA, A. M.; LA ROCCA, P. F. Readaptação Ocupacional de Servidores Públicos: a experiência de uma universidade pública. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n.2, Supl. 2, p. S59-S65, 2010.

FARO, A.; BAHIANO, M. A.; NAKANO, T.C.; REIS, C., SILVA; B. F. P., VITTI, L. S. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol.** I Campinas I 37 I e200074, abril, 2020.

FERNANDES, M.I.A. Algumas reflexões sobre a negatividade na construção dos laços sociais. **Vínculo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 9-16, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902004000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902004000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2022.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIGUEIREDO, L.C. As diversas faces no cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In Maia, MS (org). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

FIGUEIREDO, L.C. **Cuidado, saúde e cultura**: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante. SP: Editora Escuta, 2014.

FONSECA, M.L.G. *Da prescrição à criação*: inteligência prática, produção do cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Tese (Doutorado)**. 2014, 251f.

FONSECA, M.L.G.; SÁ, M. C. A insustentável leveza do trabalho em saúde no trabalho da enfermagem em oncologia. **Revista Saúde Debate**. RJ, v. 39, n. Especial, p. 298-306, dez. 2015. DOI: 10.5935/0103-1104.2015S005247.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n.122, p. 229-248, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/TsQsX3Zbc8wDt99FryT9nnj/abstract/?lang=pt>.

FREITAS, M. E. Suicídio, um problema organizacional. Especial Pressões e Angústias do mundo corporativo. **Gvexecutivo**, v.10, n. 1, p. 54-57, jan./jun. 2011.

GAULEJAC, V.D. **As origens da Vergonha**. Tradução: Maria Beatriz de Medina. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2006.

GAULEJAC, V.D. **Gestão como Doença Social: Ideologia, Poder Gerencialista e Fragmentação Social**. Editora Ideias & Letras. Aparecida/SP, 2007.

GARRIDO, R. G.; RODRIGUES, R.C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **J. Health Biol Sci**, v. 8, n.1, p. 1-9, 2020. DOI: 10.12662/2317-3325jhbs

GERSCHEFELD, A. Entrevista com Christophe Dejours em 01/02/2010. Disponível em: <https://www.publico.pt/2010/02/01/sociedade/noticia/um-suicidio-no-trabalho-e-uma-mensagem-brutal-1420732>. Acesso em: 03 mar. 2020.

GIUST-DESPRAIRIES, F. Crise. IN BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa-Portugal. CLIMEPSI Editores, 2005. p. 64-72.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara S/A. 4ª Edição, 1988.

GOMIDE, A.P.A. Notas sobre o suicídio no trabalho à luz da Teoria Crítica da Sociedade. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 380-395, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200010>.

HESS, R. Instituição. IN BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. **Dicionário de Psicossociologia**. Lisboa-Portugal. CLIMEPSI Editores, 2005.

HO, C.S.H; CHEE, C; YI, H.; ROGER, C.M. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic, **Annals, Academy of Medicine**, Singapore, 2020.

KAËS, R. **O grupo e o Sujeito do Grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo**. São Paulo. Caso do Psicólogo, 2012.

KEHL, M. R. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões – 2ª edição**. São Paulo: Boitempo, 2015.

KEHL, M. R. **Ressentimento**. – 3ª edição. São Paulo: Boitempo, 2020.

KLIGERMAN J. Fundamentos para uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. **Rev. Bras. Cancerol.** [Internet], v. 48, n.1, p. 3-7, 29 mar. 2002.

LAI, J.; MA., S.; WANG, Y.; CAI, Z.; HU, J.; WEI, N.; WU, J.; DU, H.; CHEN, T.; LI, R.; TAN, H.; KANG, L.; YAO, L.; HUANG, M.; WANG, H.; WANG, G.; LIU, Z.; HU, S. Factors Associated with mental health outcomes among health careworkers exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**. v. 3, n. 3, e203976, 2020. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976 (Reprinted) March 23, 2020 (p: 01-12).



LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições** – 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1983.

LHUILIER, D. Trabalho (2005). IN BARUS-MICHEL, J.; ENRIQUEZ, E.; LÉVY, A. **Dicionário de Psicossociologia**. p. 210-219. Lisboa-Portugal. CLIMEPSI Editores, 2005.

LHUILIER, D. A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações Saúde-trabalho. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.13-38, jan./abr.2012.

LHUILIER, D. O agir em psicossociologia do trabalho. **Psicologia em Revista, Belo Horizonte**, v. 23, n. 1, p. 295-311, jan. 2017.

MACAIA, A. A. *Excluídos no trabalho?* Análise sobre o processo de afastamento por transtornos mentais e comportamentais e retorno ao trabalho de professores da rede pública municipal de São Paulo. 2013. 242fl. **Tese (Doutorado)**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2013.

MACEDO, D. C. F.; MARTINS-SILVA, P. O.; FANTINI, A. J. E.; MACHADO, C. Y. S. B.; LIMA, F. O.; LACERDA, G. A.; SOUZA, M. A. P.; TOLEDO, P. R.; RIBEIRO, S. C. S. Implantação de ações de reabilitação funcional em uma instituição federal de ensino superior. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.45, n.e6, 2020.

MEDÉIA. Tragédia grega de Eurípides datada de 431 a.C. Disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Medeia\\_\(Eur%C3%ADpides\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Medeia_(Eur%C3%ADpides)). Acesso em: 16 ago. 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo** – 4ª Edição – Brasília: Hucitec Editora, 2014.

MILNER, A. J.; MAHEEN, H.; BISMARCK, M. M.; SPITTAL, M. Suicide by health professionals: A retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. **Medical Journal of Australia**, v. 205, n.6, p. 260–265, 19 set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5694/mja15.01044>

MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do Trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1963-1970, 2018.

MIRANDA, L. Criatividade e trabalho em saúde: contribuições da teoria winnicottiana. IN: AZEVEDO, C.; SÁ, M.C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. RJ. Editora Fiocruz, 2013, p. 89-117.

NEVES, R. F. Experiência e significado no retorno ao trabalho para trabalhadores com transtorno mental. 2016. 179fl. **Tese (Doutorado)**. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2016.

NOAL, D. S.; FREITAS, C. M.; PASSOS, M. F. D.; SERPELONI, F.; MELO, B. D.; EL KADRI, M. R. A.; PEREIRA, D. R.; SOUZA, M. S.; MAGRIN, N. P.; KABAD, J. F.; MENESES, S. S.; LIMA, C. C.; REZENDE, M. J. Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. **Revista Saúde Debate**. Rio De Janeiro, v. 44, n. Especial 4, p. 293-305, dez. 2020.

NOORDIK, E.; NIEUWENHUIJSEN, K.; VAREKAMP, I.; VAN DER KLINK, J. J.; VAN DIJK, F. J. Exploring the return-to-work process for workers partially returned to work and partially on long-term sick leave due to common mental disorders: A qualitative study. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 17–18, p. 1625–1635, 2011. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.541547>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization). Piano D’Azione per la Salute Mentale 2013-2020. WHO Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/> . Acesso em: 25 jul. 2019.

PARKER, R. Estigma e discriminação pioram a epidemia de aids. **Revista Radis: Comunicação e Saúde. Fiocruz**, Rio de Janeiro. n. 151, abr. 2015.

PENTEADO, P. E. Retorno ao trabalho de trabalhadores de Enfermagem Oncológica após afastamento por transtornos mentais. 2014. 140fl. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2014.

PEROTTONI, A. Política de Atenção Oncológica no Brasil: uma Revisão Bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

PESSOA, F. **Na ribeira deste rio**. Disponível em <http://arquivopessoa.net/textos/2217>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PONTES, P.; BUARQUE, C. **Gota d’água**, 1975. Disponível em: <http://www.oficinadeteatro.com>. Acesso em: 21 maio 2016.

PINTO, B.O.S.; CARRETEIRO, T.C.O.C.; RODRIGUEZ, L.S. Trabalhando no ‘entre’: a história de vida laboral como método de pesquisa em Psicossociologia. **Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n.5, p. 976-1022, dez. 2015.

PINTO, L. L. T.; MEIRA, S. S.; RIBEIRO, Í. J. S.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n.4, p. 203–210, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000172>

POERSCH, A. L.; MERLO, A. R. C. Reabilitação profissional e retorno ao trabalho: uma aposta de intervenção. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 29, n. e149496, 2017.

PRAUN, L. Sociedade, trabalho e sentido da vida: se fere nossa existência, seremos mais que resistência. **Cadernos Cemarx**, n. 11, p: 145-160, 2018. DOI: <https://doi.org/10.20396/ce marx.v0i11.11295>

RFI Vozes do Mundo. Disponível em: <http://br.rfi.fr/franca/20190506-franca-comeca-processo-contra-ex-chefes-da-france-telecom-acusados-de-levar-empregad>. Acesso em: 07 maio 2019.

ROCHA, T.A. O culto da performance: o novo modelo de trabalho do século XXI. **Rev. Sem Aspas**, Araraquara, v.7, n.1, p. 156-167, jan./jun. 2018.

ROUSSILLON, R. Espaços e práticas institucionais, o quarto de despejo e o interstício. IN KAËS, R., BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R.; VIDAL, J.P. **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo. Casa do Psicólogo, SP, 1991. p. 131-151.

ROTENBERG, L; OLIVEIRA, S.S.; FERREIRA, J.P.; SANTOS, R.S.; ALVES, D.S.B.; COSTA, A.S.; GRIEP, R.H. Sofrimento mental e trabalho na pandemia de Covid-19: com a palavra, profissionais de saúde de UTIs e emergências do Rio de Janeiro IN PORTELA, MC; REIS, LGC e LIMA, SML (orgs). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** (online). Rio de Janeiro: Observatório Covid-19. Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472p.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p. 151-164, 2001.

SÁ, M.C. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. s.n. 2005. 454fl. **Tese (Doutorado)**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. São Paulo, 2005.

SÁ, M.C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Revista Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl. 1, p. 651-664, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500016>

SÁ, M.C. Por uma Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção em Saúde Coletiva. IN AZEVEDO, C. S. e SÁ, M.C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ. p. 153-205, 2013.

SÁ, M.C; CARRETEIRO, T.C.; FERNANDES, M.I.A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p. 1334-1343, jun. 2008.

SÁ, M. C.; MIRANDA, L.; MAGALHÃES, F. C. Pandemia COVID-19: catástrofe sanitária e psicossocial. **Caderno de Administração**. Maringá, v.28, Ed. Esp., jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4025/cadadm.v28iEdição E.53596>

SANTOS, C.M; BARBIERI, A.R.; GONÇALVES, C.C.M E TSUHA, D.H. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 01-15, 2017.

SANTOS, M. A. F.; SIQUEIRA, M. V. S. Considerações sobre Trabalho e Suicídio: um Estudo de Caso. **Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD**, VI, 2010, Florianópolis, Santa Catarina. Florianópolis: ANPAD. 17 p. Tema: Trabalho e Suicídio, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100007>

SANTOS, M. A. F.; SIQUEIRA, M. V. S; MENDES, A. M. Tréplica – Relações entre Suicídio e Trabalho: diferenças epistemológicas e (im) possibilidades de diálogo. **RAC**, Curitiba, v. 14, n. 5, p. 956-967, set./out. 2010.

SANTOS, M. A. F.; SIQUEIRA, M. V. S; MENDES, A. M. Sofrimento no Trabalho e Imaginário Organizacional: Ideação Suicida de Trabalhadora Bancária. **Revista Psicologia & Sociedade**; v. 23, n.2, p. 359-368, 2011.

SANTOS, P. R. *Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro*. 2010.175f. **Tese (Doutorado)** – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

SCHWARTZ, Y. Motivações do conceito de corpo-si:corpo-si, atividade, experiência. **Revista Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 49, n. 3, p. 259-274, jul./set. 2014.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L.; DUC, M. A linguagem em trabalho. IN SCHWARTZ, Y. e DURRIVE, L (orgs). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. Rio de Janeiro. UFF, 2010.

SELIGMANN-SILVA, E. Introdução: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. IN DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da relação, prazer, sofrimento e trabalho**. SP. Editora Atlas. 2012.

SILVA, D.M.C. Análise do desempenho dos serviços de saúde de atenção oncológica por meio de indicadores, Brasil, 2013. 2020. 192f. **Dissertação (Mestrado)** – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro.

SILVA, D. S. D.; TAVARES, N.V. S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; MELO NETO, V. L. (2015). Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n.6, p. 1023–1031. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>

SOUSA, V. M. S. *Reabilitação profissional e saúde mental: O caminho de volta do trabalhador reabilitado*. 2017. 112fl. **Dissertação (Mestrado)**. Instituto de Psicologia. Universidade Estadual da Paraíba. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Paraíba, 2017.

STÅHL, C.; STIWNE, E. E. Narratives of sick leave, return to work and job mobility for people with common mental disorders in Sweden. **Journal Occupational Rehabilitation** v. 24, p.543–554; 2014. DOI: [10.1007/s10926-013-9480-7](https://doi.org/10.1007/s10926-013-9480-7)

STANLEY, I. H.; HOM, M. A.; JOINER, T. E. A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. **Clinical Psychology Review**, v. 44, p. 25–44; 2016. DOI: [10.1016/j.cpr.2015.12.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002).

TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI, A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p. 2661-2670, nov. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100021>

TOLDRÁ, R. C.; DALDON, M. T. B.; SANTOS, M. C.; LANCMAN, S. Facilitadores e

barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.121, p. 10-22, 2010. DOI: 10.1590/S0303-76572010000100003

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª edição. Petrópolis/RJ: Vozes, 2013.

VENCO, S.; BARRETO, M. O sentido social do suicídio no trabalho. Paraná. **Revista Espaço Acadêmico da Universidade Estadual de Maringá**, n. 108, maio 2010.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. RJ. Editora Imago, 1975 – e-book.

## APÊNDICE I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para trabalhadores de saúde do núcleo de saúde do trabalhador (para atividade remota)

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz

**Título:** A Gota d'água e o Pote de Mágoas: o Retorno dos Trabalhadores de Saúde ao trabalho após afastamento por Depressão.<sup>85</sup>

**Pesquisadora:** Eliane dos Santos Teixeira

Você recebeu um convite para participar da pesquisa chamada “A Gota d’água e o Pote de Mágoas: o Retorno dos Trabalhadores de Saúde ao trabalho após afastamento por Depressão”. Esta pesquisa está sendo realizada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Ressalta-se que a pesquisadora recebe o apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) através de uma bolsa de estudos.

O convite está sendo feito porque você é um trabalhador do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores, lotado nesta instituição. Porém, é importante esclarecer a você que, considerando o contexto de pandemia da COVID-19 que estamos vivendo, a sua participação, nesta pesquisa, se dará remotamente, ou seja, se dará realizada através do emprego da plataforma de videoconferências chamada “Zoom” ( <https://zoom.us/meetings>).

O presente documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento como garantia da sua autonomia. Assim, para que você possa decidir se quer ou não participar, precisa conhecer todos os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Por isso, por favor, leia com atenção as informações contidas neste documento e converse com a pesquisadora responsável para esclarecer quaisquer dúvidas que você tenha, assim como, para esclarecer sobre quaisquer palavras ou termos que você não entenda.

É importante que você saiba que você não será remunerado por sua participação nesta pesquisa, porém, você não terá quaisquer custos com a mesma. A sua participação não oferecerá benefícios diretos a você. Trata-se, então, de uma **participação voluntária, ou seja, a sua participação não é obrigatória**. Assim, você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento sem que essa negativa lhe traga prejuízo algum na sua relação com a sua chefia, nem com o serviço no qual você faz parte ou mesmo com a instituição como um todo. Muito menos, a sua negativa prejudicará a sua relação com a pesquisadora.

---

<sup>85</sup> Nome original do projeto de tese.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar como se dá o processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores de saúde que precisaram ser afastados em decorrência de licença médica por depressão, em hospital público de saúde.

Os objetivos específicos são:

- Analisar como as organizações recebem os trabalhadores no seu retorno ao trabalho após a licença médica por depressão;
- Analisar os sentimentos, as percepções, as vivências e o imaginário organizacional das equipes de trabalho em relação ao pedido de licença e retorno dos trabalhadores com adoecimento psíquico;
- Analisar como os trabalhadores que retornam ao trabalho após a licença médica percebem e vivenciam o próprio retorno e quais os sentidos e destinos dados ao seu sofrimento durante este processo;
- Analisar os limites e as possibilidades de construção de novos sentidos e de (re) estabelecimento de vínculos pelos trabalhadores que retornam de licença médica como consequência do adoecimento psíquico citado anteriormente.

O convite para que você participe se dá especialmente por dois motivos: primeiramente para que haja um registro do relato das ideias, dos sentimentos, das atividades e tudo mais que envolva a sua atuação profissional junto aos trabalhadores que retornam de licença médica. Daí que a sua participação, nesta pesquisa, consistirá em conceder entrevistas individuais (uma ou mais) visando alcançar os objetivos desta investigação científica.

O segundo motivo é que a sua participação também consistirá em convidar para conceder entrevista individual à pesquisadora, o trabalhador de saúde que esteja sendo acompanhado pelo Núcleo de Saúde dos Trabalhadores e que tenha voltado ao trabalho, após a licença médica em decorrência de depressão há, no mínimo, um ano. Para que tal aconteça, será importante que você leve em consideração a possibilidade da entrevista a ser realizada pela pesquisadora não vir a produzir efeito negativo sobre o trabalho dessa pessoa que voltou da licença médica. Cabe esclarecer que estes trabalhadores de saúde indicados para entrevistas por você (do Núcleo de Saúde dos Trabalhadores), também assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico no momento oportuno da inserção deles na pesquisa. E a pesquisadora entregará a você uma Carta-Convite para que você possa entregar a este candidato às entrevistas em que constarão elementos explicativos sobre a participação deles na pesquisa.

O tempo estimado para a realização da entrevista individual com você, por meio da plataforma Zoom, é de aproximadamente uma (01) hora de duração. Esta atividade terá o seu conteúdo gravado (áudio) para uso exclusivo da pesquisadora e apenas compartilhado com a sua orientadora e com o técnico que fará a transcrição das gravações. Caso haja interesse, as transcrições das entrevistas individuais poderão ser disponibilizadas para o próprio informante entrevistado. Essa gravação será guardada em segurança pela pesquisadora, mantida em sigilo e destruída após cinco anos.

Todas as informações obtidas através desta pesquisa possuem caráter confidencial, ou seja, está assegurado o sigilo da participação dos sujeitos. Assim, a entrevista individual será realizada em local que permita manter a privacidade da entrevista e o sigilo quanto ao conteúdo abordado. A pesquisadora terá o cuidado de não invadir a privacidade dos informantes (garantia da não maleficência).

No entanto, é importante lembrar que por se tratar de uma pesquisa, a pesquisadora disponibilizará para a instituição os resultados parciais e finais desta investigação sempre procurando garantir o anonimato (a não identificação) dos sujeitos participantes ou de qualquer conteúdo que possa remeter a identificação de sujeitos ou serviços específicos. Esta divulgação dos resultados se dará através de: devolutivas para todos os sujeitos envolvidos, individualmente, à medida que as solicitem; apresentação da tese de doutoramento, na instituição; artigos publicados em revistas científicas e outras formas éticas de tornar todo o material produzido, de domínio público.

Os ganhos possíveis desta pesquisa para os sujeitos participantes, para além de altruísticos em virtude da participação voluntária, são: a valorização e validação dos saberes formais e informais construídos durante a atividade junto aos trabalhadores de saúde que retornam ao trabalho; a oportunidade de realizar reflexões sobre as experiências vivenciadas, em relação ao assunto em questão, com uma agente que externa à instituição (a pesquisadora); contribuir para a produção e disseminação de novos saberes e conhecimentos sobre o tema pautado.

Os riscos envolvidos na participação dos sujeitos desta pesquisa, de um modo geral, são mínimos e relacionados a uma possível mobilização emocional ao falar sobre o próprio trabalho. É importante que você saiba que se você sentir qualquer tipo de desconforto, durante a atividade de pesquisa, poderá ser feita uma pausa, e somente será dada continuidade a esta atividade quando você estiver se sentindo novamente em condições para tal. Por este motivo, a pesquisadora se dispõe a escutar, dar suporte e tirar dúvidas ao longo de todo o período que a atividade for realizada, estando atenta para minimizar possíveis



riscos envolvendo estas atividades. Além disso, a pesquisadora – Eliane dos Santos Teixeira – psicóloga (CRP 05/12761) – poderá ser contactada, em outros momentos, durante o processo de realização da pesquisa, para a realização de escuta e acolhimento através dos telefones pessoais que serão entregues diretamente a você e que se encontram também registradas ao final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após receber todas as informações e ter todas as dúvidas esclarecidas, caso queira participar, basta que você informe à pesquisadora através de e-mail (o mesmo empregado para este material chegar até você e que se encontra no final deste documento). Assim, a pesquisadora enviará para você uma nova cópia deste documento assinado e rubricado, em todas as páginas, por ela para que você possa fornecer o seu consentimento por escrito. Para tal, será preciso que você, por gentileza, assine este documento, no qual consta a assinatura da pesquisadora, no local indicado; coloque a sua rubrica em todas as páginas (também em local indicado); e digitalize (pdf ou jpeg). Por fim, será preciso que você, por favor, envie de volta este documento digitalizado para a pesquisadora através do mesmo e-mail utilizado até então.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa do (“Hospital Amazonas”<sup>86</sup>). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. No final deste documento, encontram-se indicados: o endereço, o telefone, o e-mail e o site dos referidos Comitês.

Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização por meio das vias judiciais, conforme artigo nº 09 da Resolução MS/CNS 510/2016.

Este termo de consentimento assinado por você ficará com a pesquisadora responsável e é importante que você também guarde uma cópia impressa do mesmo porque nela constam todos os contatos mencionados anteriormente (da pesquisadora, da sua orientadora, do CEP ENSP/FIOCRUZ e do CEP/ (“Hospital Amazonas”<sup>87</sup>).

---

<sup>86</sup> Nome fictício.

<sup>87</sup> Nome fictício.

## CONSENTIMENTO

Atesto que li todas as informações acima e compreendi o objetivo da solicitação de permissão para uso das informações coletadas durante a entrevista individual realizada através da plataforma Zoom.

Tive a oportunidade de realizar perguntas e as respostas foram esclarecedoras.

Entendi os riscos e a garantia permanente de esclarecimentos de dúvidas durante o todo o processo.

Também ficou claro que a minha participação na pesquisa é isenta de despesas e que o meu nome não será publicado, garantindo o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu tenha adquirido.

Sendo assim, eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

		_/_/_
Nome do participante	Assinatura do participante	Data

**Participante nº:**

**Pesquisadora Responsável:** Eliane dos Santos Teixeira

**Assinatura da Pesquisadora:**

**Tel (cel/Whatsapp):** (21) 98891 0103

**Tel (res):** (21) 3559 0203

**E-mail:** elianeteixeira@globo.com<sup>88</sup>

**Orientadora da Pesquisa:** Professora Doutora Marilene de Castilho Sá

Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões 1480 sala 716

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

**Tels.** (21) 2598-2595/2596

**E-mail:** marilene@ensp.fiocruz.br

**Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Térreo

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

**Tel. CEP/ENSP:** (21) 2598-2863

**Horário de atendimento ao público:** 9h às 16h

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

**http://** [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)

**Comitê de Ética em Pesquisa / “Hospital Amazonas”<sup>89</sup>**

**Endereço, telefone, e-mail, site**

<sup>88</sup> Este e-mail se encontrava ativo na ocasião da pesquisa de campo, mas foi desativado. Atualmente, o e-mail ativo é: teixeirae1207@gmail.com

<sup>89</sup> **Observação:** Para fins de preservação do sigilo acerca do nome da instituição, não foi replicado, neste modelo, os dados específicos do CEP desta unidade hospitalar que constavam na versão original do TCLE.

## APÊNDICE II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os trabalhadores de saúde (em geral) que atuam na assistência (para atividade remota)

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz

**Título:** A Gota d'água e o Pote de Mágoas: o Retorno dos Trabalhadores de Saúde ao trabalho após afastamento por Depressão<sup>90</sup>.

**Pesquisadora:** Eliane dos Santos Teixeira

Você recebeu um convite para participar da pesquisa chamada “A Gota d’água e o Pote de Mágoas: o Retorno dos Trabalhadores de Saúde ao trabalho após afastamento por Depressão”. Esta pesquisa está sendo realizada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Ressalta-se que a pesquisadora recebe o apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) através de uma bolsa de estudos.

O convite está sendo feito porque você é um trabalhador da área de saúde que se encontra lotado nesta instituição para que você participe de entrevista individual. É importante esclarecer a você que, considerando o contexto de pandemia da COVID-19 que estamos vivendo, esta atividade será realizada remotamente, ou seja, em ambiente virtual. Para tanto, a entrevista ocorrerá através do emprego da plataforma de videoconferências chamada “Zoom” ( <https://zoom.us/meetings>), em sua versão gratuita.

O presente documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento como garantia da sua autonomia. Assim, para que você possa decidir se quer ou não participar, precisa conhecer todos os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Por isso, por favor, leia com atenção as informações contidas neste documento e converse com a pesquisadora responsável para esclarecer quaisquer dúvidas que você tenha, assim como, para esclarecer sobre quaisquer palavras ou termos que você não entenda.

Um outro aspecto importante que é preciso que você saiba é que você não será remunerado por sua participação nesta pesquisa, entretanto, você não terá quaisquer custos com a mesma. A sua participação não oferecerá benefícios diretos a você. Trata-se, então, de uma **participação voluntária, ou seja, a sua participação não é obrigatória**. Assim, você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento sem que essa negativa lhe traga prejuízo algum na sua relação com a sua chefia, nem com o serviço no qual você faz parte

---

<sup>90</sup> Nome original do projeto de tese.

ou mesmo com a instituição como um todo. Muito menos, a sua negativa prejudicará a sua relação com a pesquisadora.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar como se dá o processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores de saúde que precisaram ser afastados em decorrência de licença médica por depressão, em hospitais públicos de saúde.

Os objetivos específicos são:

- Analisar como as organizações recebem os trabalhadores no seu retorno ao trabalho após a licença médica por depressão.
- Analisar os sentimentos, as percepções, as vivências e o imaginário organizacional das equipes de trabalho em relação ao pedido de licença e retorno dos trabalhadores com adoecimento psíquico-
- Analisar como os trabalhadores que retornam ao trabalho após a licença médica percebem e vivenciam o próprio retorno e quais os sentidos e destinos dados ao seu sofrimento durante este processo.
- Analisar os limites e as possibilidades de construção de novos sentidos e de (re) estabelecimento de vínculos pelos trabalhadores que retornam de licença médica como consequência do adoecimento psíquico citado anteriormente.

O convite para que você participe se dá especialmente para que haja um registro do relato das ideias, dos sentimentos, das atividades e tudo mais que envolva a sua atuação profissional junto aos trabalhadores que retornam de licença médica. Daí que a sua participação, nesta pesquisa, consistirá em participar de entrevista individual visando os objetivos desta investigação científica.

O tempo estimado para a realização da entrevista é de cerca de 60 (sessenta) minutos. Esta atividade terá apenas o áudio gravado para uso exclusivo da pesquisadora cujo conteúdo apenas será compartilhado com a sua orientadora e com o técnico que fará a transcrição das gravações. Isso significa dizer que não serão empregadas imagens (vídeos ou fotos) da plataforma “Zoom” ou de qualquer outro meio, nesta pesquisa. Caso haja interesse, as transcrições poderão ser disponibilizadas para o próprio informante. Esta gravação será guardada em segurança pela pesquisadora, mantida em sigilo e destruída após cinco anos.

Ressalta-se que por se tratar de uma pesquisa, a pesquisadora disponibilizará para a instituição os resultados parciais e finais desta investigação sempre procurando garantir o anonimato (a não identificação) dos sujeitos participantes ou de qualquer conteúdo que possa remeter a identificação de sujeitos ou serviços específicos. Esta divulgação dos resultados

se dará através de: devolutivas para todos os sujeitos envolvidos, individualmente, à medida que as solicitem, através de contato telefônico. Outras formas de retorno para a instituição são: apresentação da tese de doutoramento, na instituição; artigos publicados em revistas científicas e outras formas éticas de tornar todo o material produzido, de domínio público.

Os ganhos possíveis desta pesquisa para os sujeitos participantes, para além de altruísticos em virtude da participação voluntária, são: a valorização e validação dos saberes formais e informais construídos durante as atividades cotidianas; a oportunidade de realizar reflexões sobre as experiências vivenciadas, em relação ao assunto em questão, com uma agente que seja externa à instituição (a pesquisadora); contribuir para a produção e disseminação de novos saberes e conhecimentos sobre o tema pautado.

Os riscos envolvidos na participação dos sujeitos desta pesquisa, de um modo geral, são mínimos e relacionados a uma possível mobilização emocional ao falar sobre o próprio trabalho. É importante que você saiba que se você sentir qualquer tipo de desconforto durante a atividade de pesquisa, poderá ser feita uma pausa ou você poderá informar o desejo de se retirar, e somente será dada continuidade à atividade quando você estiver se sentindo novamente em condições para tal. Por este motivo, a pesquisadora se dispõe a escutar, dar suporte e tirar dúvidas ao longo de todo o período que a atividade for realizada, estando atenta para minimizar possíveis riscos envolvendo estas atividades. Além disso, a pesquisadora – Eliane dos Santos Teixeira – psicóloga (CRP 05/12761) – poderá ser contactada, em outros momentos, durante o processo de realização da pesquisa, para a realização de escuta e acolhimento através dos telefones pessoais que serão entregues diretamente a você e que se encontram também registradas, no final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o telefone, endereço e e-mail da sua orientadora.

Após receber todas as informações e ter todas as dúvidas esclarecidas, caso queira participar, basta que você informe à pesquisadora através do mesmo e-mail pelo qual você recebeu o presente convite (e que se encontra indicado no final deste documento). Ao fazer isso, a pesquisadora enviará para você uma nova cópia deste documento assinado e com todas as páginas rubricadas por ela para que você possa fornecer o seu consentimento por escrito. Para tal, será preciso que você, por gentileza, assine este documento, no qual consta a assinatura da pesquisadora, no local indicado; coloque a sua rubrica em todas as páginas também indicadas; e digitalize (pdf ou jpeg). Por fim, será preciso que você, por favor, envie de volta este documento digitalizado para a pesquisadora através do e-mail da pesquisadora anteriormente citado.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP) e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa do (“Hospital Amazonas”<sup>91</sup>). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. No final deste documento, encontram-se indicados: o endereço, o telefone, o e-mail e o site dos referidos Comitês.

Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização por meio das vias judiciais, conforme art. 9º da Resolução MS/CNS 510/2016.

Este termo de consentimento assinado por você ficará com a pesquisadora responsável e é importante que você também guarde uma cópia impressa do mesmo porque nela constam todos os contatos mencionados anteriormente (da pesquisadora, da sua orientadora, do CEP/ENSP e do CEP/ (“Hospital Amazonas”<sup>92</sup>)).

## CONSENTIMENTO

Atesto que li todas as informações acima e compreendi o objetivo da solicitação de permissão para uso das informações coletadas durante a entrevista individual realizada através da plataforma Zoom.

Tive a oportunidade de realizar perguntas e as respostas foram esclarecedoras.

Entendi os riscos e a garantia permanente de esclarecimentos de dúvidas durante o todo o processo.

Também ficou claro que a minha participação na pesquisa é isenta de despesas e que o meu nome não será publicado, garantindo o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu tenha adquirido.

Sendo assim, eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____	_____	____/____/____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data

**Participante nº:**

**Pesquisadora Responsável:** Eliane dos Santos Teixeira

**Assinatura da Pesquisadora:**

**Tel (cel/Whatsapp):** (21) 98891 0103

**Tel (res):** (21) 3559 0203

<sup>91</sup> Nome fictício.

<sup>92</sup> Nome fictício.

**E-mail:** elianeteixeira@globo.com<sup>93</sup>

**Orientadora da Pesquisa:** Professora Doutora Marilene de Castilho Sá  
Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 sala 716  
Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210  
**Tels.** (21) 2598-2595/2596  
**E-mail:** marilene@ensp.fiocruz.br

**Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP**  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Térreo  
Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210  
**Tel. CEP/ENSP:** (21) 2598-2863  
**Horário de atendimento ao público:** 9h às 16h  
**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br  
**http://** www.ensp.fiocruz.br/etica

**Comitê de Ética em Pesquisa / “Hospital Amazonas”<sup>94</sup>**  
**Endereço, telefone, e-mail, site**

---

<sup>93</sup> Este e-mail se encontrava ativo na ocasião da pesquisa de campo, mas foi desativado. Atualmente, o e-mail ativo é: teixeirae1207@gmail.com

<sup>94</sup> **Observação:** Para fins de preservação do sigilo acerca do nome da instituição, não foi replicado, neste modelo, os dados específicos do CEP desta unidade hospitalar que constavam na versão original do TCLE.

### **APÊNDICE III: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os trabalhadores de saúde que retornaram ao trabalho após licença médica (para atividade remota)**

**Instituição:** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz

**Título:** A Gota d'água e o Pote de Mágoas: o Retorno dos Trabalhadores de Saúde ao trabalho após afastamento por Depressão<sup>95</sup>.

**Pesquisadora:** Eliane dos Santos Teixeira

Você recebeu, por e-mail, um convite para participar da pesquisa chamada “A Gota d'água e o Pote de Mágoas: o Retorno dos Trabalhadores de Saúde ao trabalho após afastamento por Depressão”. Trata-se de uma pesquisa que está sendo realizada como requisito parcial à obtenção do grau de doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Ressalta-se que a pesquisadora recebe o apoio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) através de uma bolsa de estudos.

O convite está sendo feito porque você é um trabalhador da área de saúde, lotado nesta instituição, que retornou às suas atividades laborais após ter estado de licença médica, há, no mínimo, um (01) ano. Porém, é importante esclarecer a você que, considerando o contexto de pandemia da COVID-19 que estamos vivendo, a sua participação, nesta pesquisa, se dará remotamente, ou seja, se dará realizada através de contato telefônico.

O presente documento é chamado de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento como garantia da sua autonomia. Assim, para que você possa decidir se quer ou não participar, precisa conhecer todos os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Por isso, por favor, leia com atenção as informações contidas neste documento e converse com a pesquisadora responsável para esclarecer quaisquer dúvidas que você tenha, assim como, para esclarecer sobre quaisquer palavras ou termos que você não entenda.

É importante que você saiba que você não será remunerado por sua participação nesta pesquisa, porém, você não terá quaisquer custos com a mesma. A sua participação não oferecerá benefícios diretos a você. Trata-se, pois, de uma **participação voluntária, ou seja, a sua participação não é obrigatória**. Assim, você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento sem que essa negativa lhe traga prejuízo algum na sua relação com a sua chefia, nem com o serviço no qual você faz parte ou mesmo com a instituição como um todo.

---

<sup>95</sup> Nome original do projeto de tese.



Muito menos, a sua negativa prejudicará a sua relação com a pesquisadora.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar como se dá o processo de retorno ao trabalho dos trabalhadores de saúde que precisaram ser afastados em decorrência de licença médica por depressão, em hospitais públicos de saúde.

Os objetivos específicos são:

- Analisar como as organizações recebem os trabalhadores no seu retorno ao trabalho após a licença médica por depressão.
- Analisar os sentimentos, as percepções, as vivências e o imaginário organizacional das equipes de trabalho em relação ao pedido de licença e retorno dos trabalhadores com adoecimento psíquico:
  - Analisar como os trabalhadores que retornam ao trabalho após a licença médica percebem e vivenciam o próprio retorno e quais os sentidos e destinos dados ao seu sofrimento durante este processo.
  - Analisar os limites e as possibilidades de construção de novos sentidos e de (re) estabelecimento de vínculos pelos trabalhadores que retornam de licença médica como consequência do adoecimento psíquico citado anteriormente.

O convite para que você participe se dá especialmente para que haja um registro do relato das ideias, dos sentimentos, das atividades e tudo mais que envolva a sua atuação profissional desde que você retornou da licença médica. Daí que a sua participação, nesta pesquisa, consistirá em conceder entrevista (s) individual (is) visando alcançar os objetivos desta investigação científica.

O tempo estimado para a realização da entrevista individual com você é de aproximadamente uma (01) hora de duração. Esta atividade terá o seu conteúdo gravado (áudio) para uso exclusivo da pesquisadora e apenas compartilhado com a sua orientadora e com o técnico que fará a transcrição das gravações. Caso haja interesse, as transcrições das entrevistas individuais poderão ser disponibilizadas para o próprio informante entrevistado. Essa gravação será guardada em segurança pela pesquisadora, mantida em sigilo e destruída após cinco anos.

Cabe enfatizar que todas as informações obtidas através desta pesquisa possuem caráter confidencial, ou seja, está assegurado o sigilo da participação dos sujeitos. Assim, a entrevista individual será realizada em local que permita manter a privacidade da entrevista e o sigilo quanto ao conteúdo abordado. A pesquisadora terá o cuidado de não invadir a privacidade dos informantes (garantia da não maleficência).

No entanto, é importante lembrar que por se tratar de uma pesquisa, a pesquisadora disponibilizará para a instituição os resultados parciais e finais desta investigação sempre procurando garantir o anonimato (a não identificação) dos sujeitos participantes ou de qualquer conteúdo que possa remeter a identificação de sujeitos ou serviços específicos. Esta divulgação dos resultados se dará através de: devolutivas (com informes gerais) para todos os sujeitos envolvidos, individual e/ou coletivamente; apresentação da tese de doutoramento, na instituição; artigos publicados em revistas científicas e outras formas éticas de tornar todo o material produzido, de domínio público.

Os ganhos possíveis desta pesquisa para os sujeitos participantes, para além de altruísticos em virtude da participação voluntária, são: a valorização e validação dos saberes formais e informais construídos durante as atividades cotidianas; a oportunidade de realizar reflexões sobre as experiências vivenciadas, em relação ao assunto em questão, com uma agente que seja externa à instituição (a pesquisadora); contribuir para a produção e disseminação de novos saberes e conhecimentos sobre o tema pautado.

Os riscos envolvidos na participação dos sujeitos desta pesquisa, de um modo geral, são mínimos e relacionados a uma possível mobilização emocional ao falar sobre o próprio trabalho. É importante que você saiba que se você sentir qualquer tipo de desconforto, durante a atividade de pesquisa, poderá ser feita uma pausa, e somente será dada continuidade à atividade quando você estiver se sentindo novamente em condições para tal. Por este motivo, a pesquisadora se dispõe a escutar, dar suporte e tirar dúvidas ao longo de todo o período que a atividade for realizada, estando atenta para minimizar possíveis riscos envolvendo estas atividades. Além disso, a pesquisadora – Eliane dos Santos Teixeira – psicóloga (CRP 05/12761) – poderá ser contactada, em outros momentos, durante o processo de realização da pesquisa, para a realização de escuta e acolhimento através dos telefones pessoais que serão entregues diretamente a você e que se encontram também registradas no final deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Enfatiza-se que este trabalho se trata de uma investigação científica, ou seja, não pretende substituir o apoio clínico oferecido pela instituição. Porém, a pesquisadora se manterá em uma articulação e comunicação com o Núcleo de Saúde dos Trabalhadores para qualquer eventualidade ocorrida durante a realização da entrevista.

Após receber todas as informações e ter todas as dúvidas esclarecidas, caso queira participar, basta que você informe à pesquisadora através de e-mail (indicado no final deste documento). Assim, a pesquisadora enviará a você uma nova cópia deste documento assinado e rubricado por ela para que você possa fornecer o seu consentimento por escrito.

Para tal, será preciso que você, por gentileza, assine este documento, no qual consta a assinatura da pesquisadora, no local indicado; coloque a sua rubrica em todas as páginas (locais indicados); e digitalize (pdf ou jpeg). Por fim, será preciso que você, por favor, envie de volta este documento digitalizado para a pesquisadora através do e-mail anteriormente empregado.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa do (“Hospital Amazonas”<sup>96</sup>). O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. No final deste documento, encontram-se indicados: o endereço, o telefone, o e-mail e o site dos referidos Comitês.

Se houver algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização por meio das vias judiciais, conforme artigo nº 09 da Resolução MS/CNS 510/2016.

Este termo de consentimento assinado por você ficará com a pesquisadora responsável e é importante que você também guarde uma cópia impressa do mesmo porque nela constam todos os contatos mencionados anteriormente (da pesquisadora, da sua orientadora, do CEP/ENSP e do CEP/ (“Hospital Amazonas”<sup>97</sup>)).

## CONSENTIMENTO

Atesto que li todas as informações acima e compreendi o objetivo da solicitação de permissão para uso das informações coletadas durante a entrevista individual realizada através de contato telefônico.

Tive a oportunidade de realizar perguntas e as respostas foram esclarecedoras.

Entendi os riscos e a garantia permanente de esclarecimentos de dúvidas durante o todo o processo.

Também ficou claro que a minha participação na pesquisa é isenta de despesas e que o meu nome não será publicado, garantindo o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu tenha adquirido.

Sendo assim, eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

<sup>96</sup> Nome fictício.

<sup>97</sup> Nome fictício

**Participante n°:****Pesquisadora Responsável:** Eliane dos Santos Teixeira**Assinatura da Pesquisadora:****Tel (cel/ Whatsapp):** (21) 98891 0103**Tel (res):** (21) 3559 0203**E-mail:** elianeteixeira@globo.com<sup>98</sup>**Orientadora da Pesquisa:** Professora Doutora Marilene de Castilho Sá

Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ

Av. Leopoldo Bulhões 1480 sala 716

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

**Tels.** (21) 2598-2595/2596**E-mail:** [marilene@ensp.fiocruz.br](mailto:marilene@ensp.fiocruz.br)**Comitê de Ética em Pesquisa/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Térreo

Manguinhos Rio de Janeiro RJ Cep. 21041-210

**Tel. CEP/ENSP:** (21) 2598-2863**Horário de atendimento ao público:** 9h às 16h**E-mail:** [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)**http://** [www.ensp.fiocruz.br/etica](http://www.ensp.fiocruz.br/etica)**Comitê de Ética em Pesquisa/ “Hospital Amazonas”<sup>99</sup>****Endereço, telefone, e-mail, site**

---

<sup>98</sup> Este e-mail se encontrava ativo na ocasião da pesquisa de campo, mas foi desativado. Atualmente, o e-mail ativo é: [teixeirae1207@gmail.com](mailto:teixeirae1207@gmail.com)

<sup>99</sup> **Observação:** Para fins de preservação do sigilo acerca do nome da instituição, não foi replicado, neste modelo, os dados específicos do CEP desta unidade hospitalar que constavam na versão original do TCLE.

## APÊNDICE IV: Modelo do Termo de Anuência da Instituição Hospitalar

### Termo de Compromisso do responsável pela Instituição<sup>100</sup>:

**DECLARO** que:

- Conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.
- A Instituição está ciente de suas responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes recrutados na pesquisa em tela, dispondo de condições para a garantia de tal segurança e bem-estar.
- Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer complicações e danos relacionados à sua participação na pesquisa receberão assistência integral imediata nas unidades assistências do *Hospital Amazonas*. Nos casos em que houver patrocínio externo, os gastos decorrentes da assistência integral serão ressarcidos pelo patrocinador e nem o SUS, nem o paciente serão onerados por isso (Resolução CNS Nº 466/2012 – V.6).
- A Instituição possui condições e infra-estrutura para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa.
- A Instituição tem conhecimento da pesquisa e de suas repercussões orçamentárias.

**Assim sendo, autorizo sua execução.**

Loca , / /

**[Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade]**

---

<sup>100</sup> Relativo ao último item do “FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE ESTUDOS NO “(*HOSPITAL AMAZONAS*)” (nome fictício). Lembrando que o Hospital Amazonas se constitui um complexo hospitalar, portanto, cabe destacar que o referido termo de anuência foi assinado pela direção da unidade hospitalar em que foi realizada a pesquisa de campo.

## APÊNDICE V: Ficha de dados pessoais

### DADOS GERAIS

Nome: \_\_\_\_\_

#### 1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: feminino masculino Idade: \_\_\_\_\_

#### 2.DADOS DE FORMAÇÃO

Graduação \_\_\_\_\_ ano de conclusão \_\_\_\_\_

Especialização \_\_\_\_\_

Mestrado \_\_\_\_\_

Doutorado \_\_\_\_\_

Outros cursos na área de formação \_\_\_\_\_

Outros cursos em outras áreas \_\_\_\_\_

#### 3 DADOS PROFISSIONAIS

Tempo de serviço público federal: ano de ingresso \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Carga horária: \_\_\_\_\_ Escala de Trabalho  diarista  plantonista

Tipo de escala: \_\_\_\_\_

Outro vínculo profissional  sim  não Qual: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Carga horária: \_\_\_\_\_ Escala de Trabalho  diarista  plantonista

Tipo de escala: \_\_\_\_\_

#### 4. DADOS FAMILIARES

Estado Civil: casado(a)  solteiro(a) viúvo(a) divorciado(a)  união estável

Filhos: sim não, quantos: \_\_\_\_\_ sexo e idade \_\_\_\_\_

**APÊNDICE VI: Roteiro de entrevista (para trabalhadores em geral e o núcleo de saúde dos trabalhadores)**

1. Descrição da atividade atual.
2. Descrição de atividades anteriores, neste hospital.
3. Organização do coletivo de trabalho, no serviço em que você atua.
4. Como você lida com a saída de colegas em decorrência de licença médica por depressão.
5. Como a equipe de trabalho lida com a saída de colegas em função da licença médica por depressão.
6. Como a equipe de trabalho lida com o processo de retorno dos colegas (reinserção/readaptação) da licença médica no seu serviço.
7. Se é observado que há pessoas reinseridas ao trabalho após afastamento por depressão sem ser através da readaptação.
8. Principais dificuldades observadas, na equipe, durante o período de afastamento médico do (s) colega (s).
9. Principais dificuldades observadas, na equipe, durante o processo de retorno do (s) colega (s).
10. As expectativas da equipe em relação ao retorno ao trabalho dos colegas.
11. Como a equipe e chefia lidam com a situação de casos de tentativa ou ideação suicida que vocês tomam conhecimento. (Se existem protocolos para estas situações).

Material adaptado de roteiro de entrevistas de:

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Trabalhar e Adoecer: investigação sobre os transtornos ansiosos e depressivos em profissionais de saúde licenciados*. Niterói/RJ, s.n., 2016, 265p. **Tese (Doutorado)**. Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em Psicologia

## APÊNDICE VII: Roteiro de História de Vida Laboral

1. Histórico de escolha profissional
2. Atividades profissionais realizadas antes da entrada no serviço público: descrição da atividade com levantamento dos pontos de realização pessoal e profissional e dificuldades encontradas
3. Características da inserção nas atividades no hospital: (1) a atividade está de acordo com a área de formação/especialização? (2) foi possível escolher o setor de exercício da atividade? (3) foi possível a escolha do tipo de escala de trabalho?
4. Descrição da atividade atual
5. Relação com os pacientes e familiares assistidos
6. Organização do coletivo do seu trabalho
7. Relação com os colegas de setor
8. Relação com as chefias imediatas
9. Quais os aspectos relacionados a satisfação/insatisfação profissional
10. Relação com a direção da unidade
11. Principais dificuldades /facilidades para a realização de sua atividade atual
12. Tentativas de melhoria do processo de trabalho
13. Processo de Sofrimento psíquico
  - (1) primeiros sinais de sofrimento
  - (2) formas de lidar com o adoecimento anteriores a licença
14. Como surgiu a ideia de licença médica. Alguém sugeriu a licença médica: próprio servidor; família; psiquiatra assistente; chefia; perícia?
15. O tempo que esteve de licença.
16. As expectativas quanto ao retorno ao trabalho.
17. Existência de algum tipo de preparo, pelo hospital, para o retorno ao trabalho.
18. Como você reagiu aos primeiros dias de retorno ao trabalho.
19. Principais dificuldades em relação ao processo de retorno ao trabalho.
20. Aspectos considerados importantes para facilitar o processo de retorno ao trabalho.

Material adaptado de roteiro de entrevistas de:

BALTAZAR, Danielle Vargas Silva. *Trabalhar e Adoecer: investigação sobre os transtornos ansiosos e depressivos em profissionais de saúde licenciados*. Niterói/RJ, s.n., 2016, 265p. **Tese (Doutorado)**. Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em Psicologia



### APÊNDICE VIII: Quadro de localização dos rios do Brasil

Rios	Localização
Abaeté	Minas Gerais (afluente da margem esquerda do Rio São Francisco)
Amazonas	Percorre o norte da América do Sul, a floresta amazônica e deságua no Oceano Atlântico
Araguaia	Curso de água que banha Goiás, Mato Grosso, Tocantins e Pará com nascente em Goiás
Aramá	Curso de água formador da Bacia do Prata (Paraguai, Uruguai, Argentina, Bolívia e Brasil)
Atuba	Paraná
Barigüi	Paraná
Cajari	Amapá
Canindé	Ceará
Capibaribe	Pernambuco
Guaporé	Curso de água da Bacia do Amazonas (Brasil e Bolívia)
Içá	Afluente do Rio Amazonas
Iguaçu	Paraná
Indaiá	Minas Gerais (afluente da margem esquerda do Rio São Francisco)
Iriri	Pará (desemboca na margem esquerda do Rio Xingu)
Jari	Pará e Amapá
Juruena	Mato Grosso
Mapuá	Pará
Mucuri	Minas Gerais e Bahia
Tapajós	Mato Grosso e Pará
Tefé	Amazonas (afluente da margem direita do rio Solimões ou rio Amazonas)
Tocantins	Goiás (passa por Goiás, Tocantins, Maranhão e Pará)

Fonte: Elaboração própria [baseada em material disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Listas\\_de\\_rios\\_do\\_Brasil](https://pt.wikipedia.org/wiki/Listas_de_rios_do_Brasil) - Acesso em: 03 dez. 2021.