Juliana de Oliveira Barros

Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da
psicodinâmica do trabalho na compreensão do *trabalhar* de médicos inseridos
em um hospital universitário - São Paulo, Brasil

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Orientadora: Profa. Dra. Selma Lancman

São Paulo

2015

Juliana de Oliveira Barros

Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da
psicodinâmica do trabalho na compreensão do *trabalhar* de médicos inseridos
em um hospital universitário - São Paulo, Brasil

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação
Orientadora: Profa. Dra. Selma Lancman

(Versão corrigida – Resolução CoPGr 6018 de 13 de outubro de 2011. A versão original está
disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Barros, Juliana de Oliveira

Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado : perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalhar de médicos inseridos em um hospital universitário – São Paulo, Brasil / Juliana de Oliveira Barros. -- São Paulo, 2015.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.
Orientadora: Selma Lancman.

Descritores: 1.Psicodinâmica 2.Saúde mental 3.Trabalho 4.Instituições de saúde 5.Recurso humano 6.Diretores médicos 7.Gestão em saúde 8.Política de cooperação 9.Saúde do trabalhador

USP/FM/DBD-496/15

AGRADECIMENTOS

Ao meu parceiro, marido, companheiro... ao meu amor! Obrigada por me ensinar que as diferenças podem se tornar lindas composições quando a gente se dispõe a partilhar, de braços abertos, a beleza da vida cotidiana. Fá, sem o seu apoio e o seu cuidado comigo e conosco, este trabalho não ganharia corpo.

À Selma Lancman, minha chefe, orientadora e, depois de tantos anos de trabalho e de vida compartilhados, minha amiga! Obrigada por ser tão generosa comigo, acreditar no meu potencial e me ajudar na construção e na consolidação de novos caminhos. Esta tese é, sem dúvida, reflexo do grande investimento que você tem feito em mim durante todos estes anos.

À Camila Moraes, Marina Batista e Renata Buelau. São mais de dez anos de amizade, de amor, de alegria, de histórias, de poesia, de vida! Má e Rê, obrigada por me ajudarem a sustentar nosso cotidiano de trabalho que é, por vezes, tão árido. Cá, obrigada por se fazer presente, mesmo quando distante.

À Tatiana Jardim, por partilhar comigo as dores e as delícias de ser Terapeuta Ocupacional do LIIST. Vivenciar o cotidiano de trabalho contigo me ajudou a compreender que o resultado da divisão é uma soma que multiplica; que a diferença é potência e que a cooperação carece de cuidado e de respeito, obrigada!

Às colegas docentes e terapeutas ocupacionais do curso de Terapia Ocupacional da USP. Aos estudantes de graduação, da residência multiprofissional e bolsistas que passaram pelo LIIST - FMUSP. Agradeço por

todos os questionamentos, tão importantes para o meu desenvolvimento profissional.

Aos amigos Claudio Brunoro e Rita Gonçalves que contribuem constantemente para construção do meu conhecimento e das minhas reflexões no campo Saúde e Trabalho. Obrigada por me ouvirem durante tantos momentos ao longo destes últimos quatro anos. O apoio de vocês foi e é extremamente valioso para mim.

À Bete Mângia, Lilia Blima e Alessandra Samelli, pelas cuidadosas e valiosas contribuições no momento do exame de qualificação. Em especial à Bete, a quem tenho imensa gratidão por ter me apresentado e, conseqüentemente, despertado meu interesse pelo universo acadêmico.

Ao querido Seiji Uchida, pela sua sempre generosa acolhida e disponibilidade em me ensinar. Você foi e é para mim uma grande referência nos caminhos da Psicodinâmica do Trabalho. Obrigada!

Ao grande mestre Christophe Dejours, com quem tive a oportunidade de partilhar diretamente momentos desta caminhada. Obrigada por ter me acolhido, se disponibilizado a me ensinar e, sobretudo, por ter acreditado em mim. Não existem palavras que possam traduzir o tamanho da minha admiração e da minha gratidão por você.

Aos colegas e amigos da equipe de pesquisa "*Psychodynamique du Travail et de l'Action – CNAM – Paris, FR*", em especial Marie Potiron, Frédérique Debout, Amanda Chaccour, Patrício Nussold, Valérie Ganem, Antoine Duarte, Duarte Rolo e Isabelle Gernet. Agradeço ainda à Virginie Hervé, por sua valiosa contribuição na sustentação administrativa de toda esta estrutura. Obrigada pelo respeito com que me receberam e por me proporcionarem momentos

importantíssimos de trocas acadêmicas, culturais e de vida. Agradeço ainda ao colega João de Deus, por ter me emprestado um pouquinho de seu *savoir-faire* e de seus *trucs* de sobrevivência na França.

À Marie-Liesse e Adela. Sem vocês, a construção do meu habitar em solo francês não teria sido possível.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa de doutorado sanduíche e a todos os profissionais que se dispuseram a participar deste estudo.

À Bia, pela valiosa contribuição na formatação das referências bibliográficas desta tese.

À toda minha família, especialmente aos meus pais e à minha irmã. Foi com vocês que aprendi a dar os primeiros passos na vida e no mundo do trabalho. Obrigada por terem se constituído enquanto referência tão significativa. Entre conflitos e afetos, pudemos e podemos, cotidianamente, ressignificar o sentido da experiência e da palavra amor.

O trabalho é invisível. A solidez e a estética de uma obra, o rigor de uma demonstração, o sabor de uma refeição, podem ser julgados e apreciados. Mas as esperanças e as expectativas que o trabalho suscita, os esforços individuais e coletivos, as formas de inteligência que ele mobiliza, os sofrimentos e os prazeres, as remodelagens psíquicas onde ele é o palco, não se veem (Molinier, 2008, p.07).

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Siglas

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1.	APRESENTAÇÃO	01
2.	INTRODUÇÃO	07
2.1.	Centralidade do Trabalho	10
2.2.	Mapeando os Objetos do Estudo: sofrimento, criação e saúde no trabalho	12
2.3.	Trabalho em Saúde versus Saúde no e pelo Trabalho	19
2.3.1.	Trabalho no setor serviços: o caso da saúde	20
2.3.2.	Trabalho em contextos hospitalares e a saúde dos trabalhadores	22
2.3.3.	Apontamentos sobre a saúde mental dos médicos	25
3.	OBJETIVOS	32
3.1.	Objetivo Geral	32
3.2.	Objetivos Específicos	32
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	34
4.1.	Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: breve histórico	35
4.2.	Psicodinâmica do Trabalho: caracterização da disciplina	42
4.3.	Ação em Psicodinâmica do Trabalho	50
4.4.	Sujeito, Subjetividade e Identidade	55
4.5.	Reconhecimento	60

4.6. Notas sobre a Cooperação	66
4.7. Atividade Deontica	76
4.8. Arbitragem e Autoridade	82
4.9. Sublimação, Trabalho e Emancipação	89
 5. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO NO QUAL FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO	 95
 6. ASPECTOS METODOLÓGICOS	 101
6.1. Aspectos Teóricos	101
6.1.1. Notas sobre pesquisa qualitativa	101
6.1.2. Caracterizando os estudos de caso	106
6.1.3. A entrevista enquanto técnica para coleta de dados	107
6.1.4. Notas sobre a fenomenologia hermêutica de Paul Ricoeur	109
6.2. Trajetória Metodológica e de Análise dos Dados	117
6.2.1. Levantamento e análise documental	118
6.2.2. Realização das entrevistas no contexto do estudo	119
6.2.3. Análise e interpretação dos achados	124
6.3. Aspectos Éticos	128
 7. RESULTADOS	 132
7.1. Perfil da População Médica Inserida no Hospital Universitário da USP e dos Trabalhadores entrevistados	133
7.1.1. Aspectos gerais	133
7.1.2. População entrevistada	135
7.2. Organização da Instituição Hospitalar e do Trabalho Médico	137
7.2.1. Caracterizando o pronto socorro do Hospital Universitário da USP	137
7.2.2. Funcionamento do pronto socorro do Hospital Universitário da USP	138
7.2.3. Organização do trabalho médico, com destaque ao cenário do pronto socorro do Hospital Universitário da USP	143

7.2.4. Conduas, produtividade e avaliação do trabalho médico no Hospital Universitário da USP	147
7.3. O Que é Ser Chefe de Plantão?	150
8. DISCUSSÃO	170
8.1. Análise e Discussão dos Achados de Campo	170
8.2. Inscrição desta Tese no Bojo das Clínicas do Trabalho	193
8.3. Limites do Estudo	199
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
10. ANEXOS	207
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	230

APÊNDICE

LISTA DE SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris – França
CP	Chefe de Plantão
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
FCAZ	Fundação Carlos Alberto Vanzolini
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC – FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HU - USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LIIST	Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDT	Psicodinâmica do Trabalho
PRO - POLI - USP	Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo
PSHU - USP	Pronto Socorro do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAP– HU – USP	Seção de Administração de Pessoal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação da alienação social sob o ponto de vista da PDT p.62

Figura 2 - Organgrama simplificado do Hospital Universitário da USP p.97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Percurso metodológico adotado ao longo do desenvolvimento do estudo. p.129

Quadro 2 - Distribuição dos médicos nos distintos setores do HU - USP. p.134

Quadro 3 - Inserção institucional / especialidades dos chefes de plantão. p.137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade e tempo de trabalho dos médicos inseridos no HU – p.135
USP

RESUMO

Barros JO. *Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalhar de médicos inseridos em um hospital universitário - São Paulo, Brasil* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

INTRODUÇÃO: Com base no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, compreende-se que a construção da subjetividade e, conseqüentemente, da identidade e da saúde mental dos sujeitos adultos têm no trabalho lugar central.

OBJETIVO: Evidenciar componentes da organização do trabalho que possam favorecer a produção da saúde, a construção e o fortalecimento da identidade de sujeitos singulares e coletivos profissionais, a partir da compreensão de uma situação específica de trabalho.

METODOLOGIA: Trata-se de estudo de caso de caráter exploratório. Foi desenvolvido com um grupo de médicos inseridos no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, cujo *trabalhar* é atravessado pela coordenação de equipes e/ ou ações de cuidado. Realizou-se 14 entrevistas semi-estruturadas entre os meses de setembro de 2013 e abril de 2014, organizadas em duas fases. Da primeira, participaram sete médicos que ocupavam cargos de gestão. Puderam auxiliar na compreensão do organograma geral da instituição, do fluxo e da organização do trabalho médico. Da segunda fase, participaram sete médicos que, além de assistentes, atuavam como chefes de plantão. Pela importância das ações desenvolvidas por estes profissionais na dinâmica hospitalar e pela disponibilidade em participar do estudo, constituíram-se como a população alvo do mesmo. Adotou-se a postura fenomenológico-hermenêutica para interpretação dos achados. Caracterizou-se o *trabalhar* e a identidade profissional desses sujeitos a partir de quatro eixos: conteúdo do trabalho; recursos disponíveis para realização das atividades previstas; trajetória para chegada nessa função e; experiências de sofrimento e prazer no trabalho.

RESULTADOS: Semanalmente, por 12 horas consecutivas, os médicos chefes de plantão respondem por questões administrativas, representando a diretoria do hospital frente aos trabalhadores e usuários do serviço. Baseados em aspectos técnicos, nas regras institucionais e do trabalho tomam, simultaneamente, decisões clínicas no que se refere à possibilidade de acolhimento do conjunto de sujeitos que procura o hospital. Objetivam, ao

máximo, manter a regularidade e a continuidade do funcionamento institucional e melhorar a resolutividade do atendimento prestado. Todos os recursos materiais e humanos da instituição são aliados quando das tomadas de decisão, mesmo se feitas de forma individual. Foram convidados pela diretoria do hospital a desempenharem essa função, a partir da identificação de certas características pessoais e profissionais. Dentre todas as atividades desenvolvidas, ocupar-se da gestão regulatória dos leitos hospitalares frequentemente os coloca diante de situações de impotência. DISCUSSÃO: Os chefes de plantão são profissionais que transitam entre o fazer clínico e a coordenação de situações e pessoas. Evidencia-se a importância do julgamento de utilidade técnica e social emitido, sobretudo, por aqueles que compõem a base da linha hierárquica organizacional, ao terem sua autoridade fundada nas competências profissionais e na qualidade das arbitragens que realizam. O reconhecimento, enquanto retribuição de natureza simbólica, parece impulsionar a construção de soluções criativas face às dificuldades encontradas no trabalho. Ressalta ainda o lugar do outro no movimento de conquista da própria identidade. Encontram-se diante de um cenário no qual, além de serem beneficiários, fomentam processos de cooperação a partir do modo como fazem a gestão. Os anos de trabalho compartilhado entre as mesmas equipes e a ética do cuidado em saúde, parecem sustentar esta dinâmica. CONCLUSÕES: Compreende-se que a cooperação e o reconhecimento são aspectos importantes quando se trata da produção da saúde mental e da prevenção de situações de adoecimento no trabalho. São ainda decisivos para a conquista da emancipação pela via do trabalho. Entender as condições que tornam possível a existência deles no seio das instituições é fundamental para aqueles que desejam aliar a produção de bens ou serviços à produção da saúde dos trabalhadores.

Descritores: psicodinâmica; saúde mental; trabalho; instituições de saúde; recursos humanos; diretores médicos; gestão em saúde; política de cooperação; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Barros JO. *Interfaces between health production and coordination of care: perspective of psychodynamics of work in the understanding about the work of doctors inserted at a university hospital - São Paulo, Brazil* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015.

INTRODUCTION: Based on the theoretical framework of work psychodynamics, it is understood that the construction of subjectivity and, hence, the identity and mental health of adult subjects have in the work its central point. **PURPOSE:** To highlight components of work organization which may support the health production, the building and strengthening of the identity of specific individuals and collective professionals based on an understanding of a specific work situation. **METHODS:** It is an exploratory case study. It was conducted with a group of doctors inserted in the University Hospital of University of São Paulo and whose work is crossed by coordination of teams and/or care actions. Fourteen semi-structured interviews taken between September 2013 and April 2014, which were organized into two phases. In the first one, seven manager doctors participated. They helped in the understanding of the general chart organizational of the institution, the flow and organization of medical work. In the second phase participated seven professionals who were doctors assistants and also duty chefs. Due to the importance of the actions developed by these professionals in the hospital and their availability to participate in the study, they were constituted as the target population of it. It was adopted the phenomenological-hermeneutic approach to the interpretation of the findings. The work and the professional identity of these subjects were characterized according to four areas: content of the work; resources available to carry out the planned activities; trajectory for arrival in this role and; experiences of suffering and pleasure at work. **RESULTS:** Weekly, for 12 consecutive hours, the doctors on duty chiefs are responsible for administrative matters and representing the board of the hospital face workers and service users. Based on the technical aspects, institutional and work rules, they make clinical decisions regarding the possibility of receiving and hosting subjects who seeks the hospital. They aim, as much as possible, to maintain the regularity and continuity of organizational efficiency and improve the resoluteness of care given. All the material and human resources of the institution are allied

when the decisions have to be made, even if it is individually. They were invited by the hospital board to play this role, based in the identification of certain personal and professional characteristics. Among all the activities, to be in charge of the regulatory management of hospital beds often sets them against situations of powerlessness. DISCUSSION: The duty chefs are professionals who move between clinical work and coordination of situations and people. It highlights the importance of the judgment of technical and social utility, mainly by those who compose the organizational basis of organizational hierarchy, by having their authority founded on professional skills and quality of referrals that they do. The recognition as retribution in symbolic way, appears to boost the construction of creative solutions to face the difficulties encountered at work. We also emphasize the place of the other in the movement of achieve their own identity. They are in a scenario in which, besides being beneficiaries, also foster cooperation processes from the way they do the management. The years of work shared between the same teams and the ethics of health care, appear to sustain this dynamic. CONCLUSIONS: It is understood that cooperation and recognition are important aspects when it comes to mental health production and preventing disease situations at work. They are still decisive for the achievement of emancipation through work. Understanding the conditions that make possible their existence within the institutions is essential for those who wish to combine the production of goods or services to the production of health workers.

Descriptors: psychodynamic; mental health; work; health facilities; human resources; physician executives; health management; policy compliance; occupational health.

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Constitui-se como tarefa complexa aquela de delimitar de maneira precisa o conjunto de atravessamentos que me levou a desenvolver esta tese. Ao longo do meu *séjour* na França¹, atentei-me de forma mais clara para a importância de conhecer e evidenciar os motivos que levam as pessoas a debruçarem-se sobre determinados temas em detrimento de outros. Não foi possível, a partir de então, continuar às cegas em relação aos aspectos da minha trajetória pessoal e profissional que dão sentido às questões que tento responder dia após dia com meu engajamento no mundo do trabalho.

No que se refere aos aspectos pessoais, destacam-se, sobretudo, determinados fragmentos da minha história familiar. Neste contexto, o trabalho, ou a ausência dele, sempre estiveram no centro das vivências de sofrimento e de prazer. O trabalho traduzia-se ainda, como uma via de empoderamento subjetivo, econômico e social, conformando toda a dinâmica familiar.

Estar, de alguma forma, inserido no mundo do trabalho tornava-se, nesse contexto, um importante recurso para produção de valor. “*Estudar, trabalhar, ser independente, ter autonomia, ser dono de si*”, foram algumas das muitas palavras ouvidas desde a minha infância até o início da vida adulta, quando ingressei no curso de graduação em Terapia Ocupacional na USP.

¹ Entre os meses de setembro de 2014 e fevereiro de 2015 tive a oportunidade de realizar um estágio de pesquisa junto à equipe "Psicodinâmica do Trabalho e da Ação", coordenada pelo professor Christophe Dejours, Ecole Management et Société/Conservatoire National des Arts et Métiers, CNAM, Paris - FR. O financiamento deste período foi obtido junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, por meio de uma bolsa de doutorado sanduíche (SWE) do Programa Ciências sem Fronteiras. Parte do relatório final apresentado ao CNPq encontra-se no apêndice desta tese.

Entre o ingresso no curso de graduação e o momento presente já se passaram mais de 13 anos, ao longo dos quais pude, progressivamente, compreender o que representa para mim estar inserida no mundo do trabalho.

A possibilidade de significar o *trabalhar*, ou seja, o meu fazer singular no encontro com o mundo do trabalho, teve uma mediação bastante importante ancorada, inclusive, no próprio trabalho. No ano de 2010, ingressei como Terapeuta Ocupacional da Universidade de São Paulo, após passar por concurso público. Componho, desde então, a equipe do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (LIIST), do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina dessa mesma instituição.

Este foi o primeiro momento em que a discussão acerca das inter-relações entre trabalho e produção de saúde se colocou de forma mais evidente em minha trajetória profissional, marcada, até então, pelas ações no campo da saúde mental e da atenção primária em saúde.

Foi a partir deste engajamento que fui apresentada formalmente à Psicodinâmica do Trabalho (PDT). Simpatia gratuita a princípio, meu interesse pela compreensão deste referencial começou a ganhar corpo quando consegui me familiarizar melhor com seus conceitos.

Ancorada neles, comecei a compreender de forma mais clara algumas das dinâmicas que eu vivenciava na minha vida pessoal e que também estavam presentes nas situações com as quais eu me deparava ao ser Terapeuta Ocupacional, não apenas no campo saúde e trabalho, mas em todas as outras instituições e áreas em que me inseri ao longo da minha trajetória profissional.

Quanto mais eu participava de pesquisas, supervisionava estudantes e atuava no âmbito assistencial, mais aspectos da interface entre trabalho,

subjetividade e saúde mental se tornavam evidentes, fato que impulsionava ainda mais meu interesse em me apropriar da disciplina.

Estar inserida em um laboratório onde a Psicodinâmica do Trabalho é uma das principais linhas de pesquisa também impulsionou e facilitou este processo. Entre os anos de 2010 e 2012 pude participar efetivamente de uma ação em PDT, acompanhar o colóquio internacional da disciplina que aconteceu no Brasil e a formação de um laboratório brasileiro que buscava unir os principais pesquisadores do país que atuavam com base neste referencial.

É importante destacar a singularidade da ação supracitada ao tratar da dinâmica do *trabalhar* de profissionais inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, conseqüentemente, da construção da saúde mental dos mesmos. Aproximar-se do trabalho e do *trabalhar* de profissionais da saúde não era uma novidade para o LIIST. Nos últimos 10 anos o laboratório havia se debruçado de forma significativa sobre esta temática.

Tratava-se, porém, de uma grande novidade para mim. Ao ingressar no LIIST eu atuava simultaneamente como Terapeuta Ocupacional de um NASF e pude, enquanto profissional de saúde e distanciada deste contexto, analisar, de forma mais qualificada e com base nos aspectos do trabalho, algumas inquietações que me acompanhavam há um tempo significativo.

Assim, enquanto eu tentava me aproximar do campo “saúde mental e trabalho”, sobretudo a partir do referencial teórico-metodológico da Psicodinâmica do Trabalho, tive condições de começar a refletir, de forma mais instrumentalizada, sobre questões que me tocavam enquanto trabalhadora da saúde.

A trajetória de tese, iniciada em dezembro de 2011, foi bastante tortuosa. Buscou, a partir do percurso acima apresentado, atrelar meus interesses pessoais aos acadêmicos. Ao todo, foram três projetos para que o material apresentado neste ensaio fosse produzido. O interesse maior era o de compreender o lugar da racionalidade subjetiva, ou seja, aquela referente a proteção e realização de si, nos processos decisórios de médicos que atuam em contextos de urgência e emergência.

Entretanto, como dizem os franceses, “*j’ai échoué*”²! Assumo pleno fracasso ao tentar colocar em prática esse interesse de pesquisa. Hoje compreendo que trabalhar é fracassar. Compreendo também que fracassar pode se transformar em uma vivência propulsora da criação, do desenvolvimento da inteligência e da transformação do sofrimento em prazer.

Foi este aparente fracasso que me mobilizou a encontrar saídas para continuar neste caminho de construção de conhecimento e, no limite, desenvolver toda a reflexão que está apresentada nesta tese. Com ela procuramos³, em linhas gerais, contribuir para que os profissionais que atuam nos âmbitos da saúde e da gestão, mas também para que os cidadãos comuns, em seu cotidiano comum, possam compreender o trabalho como atividade humana essencial e, desta forma, operacionaliza-lo com vistas a existência de processos de criação, felicidade e emancipação. Procuramos ainda, colaborar

² Expressão que representa o fracasso, a dificuldade de alcançar algum objetivo estabelecido, a impossibilidade de se cumprir o planejamento.

³ O verbo procurar, utilizado na primeira pessoa do plural, designa dois movimentos: inicialmente o da autora da pesquisa, tanto no papel de pesquisadora quanto de sujeito comum, que tem no trabalho lugar significativo para construção de si; e o da tese, que quando de sua defesa e publicação torna-se portadora e transmissora de uma ideia; enquanto produto de um trabalho de reflexão e de transformação singulares, ganha vida própria e fala por si.

para que o trabalho seja realmente transformado em um lugar de pertencimento, de movimento, de construção de si.

O ensaio apresentado a seguir foi organizado em alguns capítulos. No primeiro, introduziu-se o tema e o escopo desta pesquisa. Em seguida, explicitou-se os objetivos e o referencial teórico adotado como base para compreensão do mundo do trabalho, das dinâmicas e das relações que dele decorrem. Tal referencial auxiliou, posteriormente, na discussão dos dados empíricos. Já no quarto capítulo, apresentou-se o contexto no qual foi desenvolvido o estudo.

O quinto capítulo trata do percurso metodológico adotado para o desenvolvimento do estudo, bem como suas bases teóricas de sustentação. O sexto capítulo apresenta os resultados encontrados; o sétimo, a discussão produzida a partir do diálogo entre o material empírico e o referencial teórico adotado, e; o oitavo, apresenta as considerações finais, seguido dos anexos e das referências bibliográficas. Por fim, no apêndice, busco compartilhar com o leitor, parte das atividades desenvolvidas ao longo do período de doutorado sanduíche, bem como um dos materiais discutidos com a equipe de pesquisa parceira.

2. INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

Esta investigação se inscreve no bojo das *clínicas do trabalho*. De forma geral, compreende-se por *clínicas do trabalho* o conjunto de disciplinas que toma como aspecto central a discussão acerca das inter-relações entre trabalho e subjetividade (Bendassolli; Soboll, 2011a,b; Lhuillier, 2011a,b).

A noção de clínica, que até o final do século XVIII foi diretamente associada à prática médica, ganha novos contornos na discussão trazida pelas clínicas do trabalho. Nesta, o foco está para além do indivíduo; centra-se nas articulações entre sujeito, contexto e vínculos sociais, com destaque para o trabalho como mediador fundamental entre inconsciente e campo social (Bendassolli; Soboll, 2011a,b; Lhuillier, 2011a,b).

A perspectiva clínica entrou nos domínios do trabalho pelo viés da saúde mental, mais especificamente pela psicopatologia do trabalho, disciplina desenvolvida na França, na segunda metade do século XX. Um grande marco para construção dessa disciplina, foi a consideração do trabalho como um dos aspectos que compunha a etiologia das doenças mentais. Na época, teve como principais expoentes Sivadon (1957), Veil (1964) e Le Guillant (1984) (Molinier, 2013).

Atualmente, são em número de quatro as clínicas do trabalho mais conhecidas: psicodinâmica do trabalho; psicossociologia; clínica da atividade e ergologia. É notório que, mesmo partilhando de origem semelhante, as várias disciplinas que compõe as clínicas do trabalho constituem-se a partir de abordagens teórico-metodológicas significativamente distintas (Lhuillier, 2011a).

Entretanto, dar-se-á destaque, neste momento, aos aspectos comuns entre elas, que as caracterizam e, conseqüentemente, fundamentam sua sustentação no bojo das clínicas do trabalho. Segundo Lhuillier (2011a), uma das principais autoras a delinear o conceito de *clínicas do trabalho*, são eles:

... a centralidade do trabalho enquanto atividade material e simbólica, constitutiva do lugar social e da vida subjetiva; a prioridade acordada às situações concretas de trabalho, bem como a existência de uma demanda e sua análise; a dimensão coletiva dos referenciais e dispositivos de elaboração propostos; a intervenção entendida como pesquisa ação, visando uma dupla articulação: compreender para transformar e transformar para compreender. Dizem respeito ainda a práticas de pesquisa engajadas: comprometidas no encontro com homens e mulheres nos respectivos locais de trabalho; comprometidas a relações de longo prazo, a pesquisa clínica não pode se satisfazer apenas com uma simples coleta de dados sem pensar nas incidências sobre as pessoas e as situações; comprometidas no acompanhamento do processo de mudança a partir de uma investigação compartilhada sobre o sentido das situações de trabalho e das práticas.... o trabalho aparece nestas situações sempre como uma prova. Apreendido como terreno privilegiado de mediação entre economia psíquica e campo social, entre ordem singular e coletiva, a investigação tem como objeto o sofrimento, suas origens e suas manifestações, mas também, os processos de resistência e de libertação (p. 19 – 20)⁴.

⁴ Tradução livre do seguinte trecho em francês: « la centralité du travail comme activité matérielle et symbolique constitutive du lien social et de la vie subjective ; la priorité accordée aux situations concrètes de travail et à la demande comme à son analyse ; la dimension collective des cadres et dispositifs d'élaboration proposés ; l'intervention comme recherche-action visant cette double articulation : comprendre pour transformer et transformer pour comprendre. Il s'agit bien de pratiques de recherche engagées : engagement dans la rencontre avec des hommes et des femmes là où ils travaillent ; engagement dans une relation de long cours, la recherche clinique ne pouvant se satisfaire d'un simple recueil de données sans penser ses incidences sur les personnes et les situations ; engagement dans l'accompagnement de processus de changement à partir d'une investigation partagée sur les sens de situations de travail et des pratiques... le travail y apparaît toujours comme une épreuve. Appréhendée comme terrain privilégié de médiation entre l'économie psychique et le champ social, entre ordre singulier et collectif, l'investigation porte sur la souffrance, ses origines et ses manifestations mais aussi sur les processus de résistance et de dégagement ».

Destaca-se o interesse destas abordagens pela ação dos sujeitos em situação de trabalho. Mesmo se de forma distinta em cada uma delas, em geral, buscam criar condições para que os trabalhadores se apropriem e consigam enfrentar as situações de trabalho vivenciadas que são, com frequência, potencialmente nocivas à saúde mental (Bendassolli; Soboll, 2011a,b; Lhuillier, 2011a,b).

Ressalta-se também, a compreensão do trabalho enquanto atividade que possibilita a transformação de si, do outro e da cultura, além de ser fundamental para a construção da vida psíquica e subjetiva. Ou seja, sua existência e implicações estão para além dos vínculos formais de emprego.

Todas essas abordagens preocupam-se com a vulnerabilidade de sujeitos e coletivos profissionais em torno da questão do sofrimento no trabalho, tendo em vista que as situações de trabalho são marcadas, na contemporaneidade, por inúmeros estados de mal-estar, dentre eles as doenças e os acidentes bem como a desconstrução em massa dos coletivos de trabalho (Bendassolli; Soboll, 2011a).

Destaca-se ainda que, todas as abordagens procuram compreender o sofrimento no trabalho para além do âmbito individual. Almeja-se conhecer a dialética entre a situação socialmente produzida e a vivência subjetiva dos indivíduos inscritos em determinado contexto. A possibilidade de compreensão dos processos de sofrimento no trabalho, relaciona-se diretamente ao pressuposto de que o trabalho se constitui enquanto campo privilegiado para mediação entre indivíduo e coletivo; mundo psíquico e mundo social (Bendassolli; Soboll, 2011a,b; Lhuillier, 2011a,b).

Outro ponto importante reside no fato de que, para além dos processos de adoecimento e de sofrimento patogênico, essas abordagens se interessam pelas estratégias que os sujeitos utilizam e desenvolvem para responderem aos constrangimentos colocados pelo mundo do trabalho. Abrem-se assim, novos horizontes para se pensar a relação estabelecida entre trabalho e sujeito possibilitando que os últimos, bem como os respectivos coletivos, sejam protagonistas do próprio processo de transformação.

Tendo em vista o propósito do conjunto das disciplinas que compõem as clínicas do trabalho, são priorizadas as metodologias de natureza qualitativa para o desenvolvimento de pesquisas / intervenções. Em geral, para instrumentalização dos sujeitos em sua capacidade de agir diante dos inúmeros constrangimentos vivenciados no trabalho, são empregados métodos nos quais a palavra e a reflexão tem lugar de destaque. Ressalta-se que, como pano de fundo de todas elas, está a emancipação dos sujeitos e a construção da saúde pela via do trabalho (Bendassolli; Soboll, 2011a,b; Lhuillier, 2011a,b).

2.1. Centralidade do Trabalho

Muitos autores⁵ se ocupam da discussão das funções desempenhadas pelo trabalho na vida adulta. A princípio, não se pode negar a importância econômica desta atividade, sobretudo para a manutenção da subsistência e consequentemente da possibilidade de construção de projetos de vida a curto, médio e longo prazo, além da geração e acúmulo de riquezas e movimentação

⁵ Entre eles: Dejours, 1997, 1998, 1999, 2000, 2004a-h, 2008, 2010a-c, 2012a-c, 2015; Castel, 1998; Antunes, 1999; Clot, 1999, 2006, 2014 e Sennet, 1999.

da economia. Contudo, tendo em vista a perspectiva trazida pelas clínicas do trabalho, considera-se que o papel desempenhado pelo trabalho na vida dos sujeitos adultos transcende o aspecto material.

Compreende-se que a partir das relações que se estabelecem no e com o trabalho e das possibilidades de contribuição de cada sujeito no desenvolvimento dele, são impulsionados os processos de construção e ampliação das redes de relações sociais. Impulsiona-se ainda, o desenvolvimento da inteligência, da subjetividade, da identidade e, conseqüentemente, da saúde⁶ (Lancman et al., 2009, 2013; Sznclwar et al., 2011; Uchida et al., 2011).

Com relação a construção de redes de relações e de processos de participação social, na medida em que o trabalho viabiliza o compartilhamento de experiências, o engajamento em atividades de interesse coletivo e a aquisição de uma identidade profissional torna-se possível, para o sujeito, a construção de um lugar social. A partir dele, o trabalhador pode estabelecer vínculos de parceria e troca, enraizar-se e pertencer a determinado grupo (Lancman et al., 2009; Sznclwar et al., 2011; Uchida et al., 2011).

O trabalho possibilita ainda, o confronto e o diálogo entre dois mundos bastante distintos: o do sujeito, que possui sua história de vida, formação, crenças, potencialidades, críticas e visão de mundo; e o social, concebido, organizado e viabilizado de maneira grupal, a partir da mediação de interesses distintos. Tal diálogo impulsiona o desenvolvimento de estratégias criativas de conciliação e coexistência de ambas as perspectivas, a partir da mobilização do

⁶ As definições dos termos subjetividade, identidade e saúde serão apresentadas e discutidas ao longo da tese.

pensamento, da inteligência e também da convivência (Sznelwar; Uchida, 2004; Lancman et al., 2013; Dejours, 2012a,b,c).

A partir dos argumentos acima colocados, sustenta-se, nesta pesquisa, a tese da centralidade do trabalho na vida adulta que, sinteticamente, conforme apontado até então, se coloca a partir de duas dimensões (Dejours, 2010a):

- Individual, ou seja, na contribuição para a construção da subjetividade e, conseqüentemente da identidade e da saúde mental dos sujeitos;
- Social, em seus aspectos relacionais, políticos e culturais:
 - Contribui na discussão sobre relações de gênero, já que se torna instrumento pelo qual homens e mulheres podem se emancipar⁷;
 - Contribui na produção de novos conhecimentos, não apenas como produto final, mas também como processo;
 - Contribui na movimentação financeira do país, quando na forma de emprego ou trabalho informal;
 - Contribui na construção de bens não materiais, que multiplicam as formas de existir e a cultura de determinada sociedade.

2.2. Mapeando os Objetos do Estudo: sofrimento, criação e saúde no trabalho

Toma-se como ponto de partida a centralidade do trabalho para a construção e fortalecimento da subjetividade, da identidade e da saúde mental

⁷ Ressalta-se novamente que não se trata, neste contexto, apenas das relações formais de emprego, na qual coexistem assalariado e empregador.

dos sujeitos adultos. Entretanto, é inegável que, nos últimos 20 anos, o trabalho tem colocado inúmeros desafios aos trabalhadores, aos estudiosos da área e a sociedade de forma geral, sobretudo no que tange à construção de valores sociais, à cultura e à produção da saúde (Dejours, 2000; Maeno; Paparelli, 2013; Molinier, 2013;).

No Brasil, por exemplo, dados do Ministério da Previdência Social apontam que, no ano de 2013, do total de 5.207.629 de benefícios concedidos, 377.700 foram direcionados a sujeitos que tiveram sua problemática de saúde diretamente relacionada ao trabalho⁸. Destes, 13.187 foram conferidos em decorrência de doenças mentais e comportamentais (Brasil, 2013a).

Representando 7,16% e 0,25% respectivamente, do número total de benefícios concedidos no referido ano, o montante destinado ao pagamento daqueles que tiveram como origem as questões relacionadas ao trabalho pode parecer ínfimo. Contudo, ressalta-se que tal índice diz respeito apenas as pessoas inseridas no mercado formal de trabalho que, no primeiro trimestre de 2015, representavam 36 milhões de pessoas (aproximadamente 1/3 da População Economicamente Ativa – PEA) (IBGE, 2015).

Soma-se a isso o fato de que, apenas tais pessoas tiveram a relação entre seu adoecimento e o trabalho formalmente estabelecida pelo médico perito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), o que não significa que outras situações de adoecimento não possam ter sido disparadas, agravadas ou intensificadas pelo trabalho e não gozaram do respectivo reconhecimento.

As mudanças tecnológicas e organizacionais ocorridas, sobretudo após a

⁸ Este número refere-se à concessão de: aposentadoria por invalidez, pensão por morte, auxílio doença, e auxílios acidentes decorrentes de acidentes do trabalho ou doenças formalmente relacionadas a este.

segunda guerra mundial, impulsionaram não apenas transformações na natureza do trabalho, mas, sobretudo, nas exigências necessárias para realizá-lo. A força física, antes fundamental para a operação de máquinas, começou a dividir espaço com as demandas cognitivas e psíquicas, necessárias ao planejamento e controle dos processos de trabalho, hoje localizados em larga escala no setor terciário da economia, caracterizado pelas atividades de serviço (Salerno, 2001; Zarifian, 2001, 2010; Blandin, 2013; Pontes, 2013).

A transformação das tecnologias de produção e dos processos gerenciais, somada à precarização das condições e formas de organização do trabalho, criam e mantêm situações de trabalho tensas e propícias para o aparecimento e o desenvolvimento do sofrimento patogênico (Dejours, 2000, 2008, 2012a,c; Hespanhol, 2013; Lancman et al., 2013; Maeno; Paparelli, 2013).

Os trabalhadores vivenciam, por vezes, situações de desgaste impulsionadas pela excessiva individualização da produção, das elevadas metas de produtividade, da realização de avaliações individuais de desempenho e da pouca participação nas discussões sobre os processos organizacionais. Tais situações diminuem, em larga escala, as possibilidades para o desenvolvimento de criações individuais (Dejours, 2008; Dejours; Bègue, 2010d).

Observa-se, não apenas pelos dados apresentados, mas por uma série de estudos desenvolvidos nos últimos 10 anos, que muitas situações de trabalho possuem riscos de acidentes ou podem ser disparadoras de adoecimento físico e/ou psíquico, destacando a influência e o efeito do trabalho sobre a saúde (Araújo et al., 2003; Feliciano et al., 2005; Balsamo, Felli, 2006; Batista, Bianchi, 2006; Avellar et al., 2007; Dejours; Bègue, 2010d; Karan, 2010; Pai, Lautert, 2011; Sala; Pereira, 2011; França et al., 2012; Mendes; Seligmann-Silva, 2013).

Todavia, ressalta-se que, mesmo diante dos inúmeros constrangimentos de ordem física, organizacional e psíquica encontrados nas mais variadas situações de trabalho, a grande maioria das pessoas que trabalha não adoece fisicamente, tampouco psiquicamente. Como fazem então, os trabalhadores para, ao trabalharem, conseguirem manter sua saúde mental?

Questiona-se, frente ao exposto, quais seriam as condições organizacionais, por exemplo, nas quais o trabalho poderia se constituir, de fato, enquanto operador da saúde mental e como seria possível, portanto, a transformação do sofrimento em prazer por meio dele.

Estas foram algumas das questões colocadas por Christophe Dejours, na ocasião da criação da psicodinâmica do trabalho⁹. Para ele, não existe um adoecimento mental específico derivado exclusivamente de uma atividade de trabalho, mesmo se os indícios de que o trabalho pode ser prejudicial à saúde mental são evidentes (Dejours, 1998, 2004b,h 2012b; Molinier, 2013).

De uma perspectiva voltada para a investigação das doenças mentais relacionadas ao trabalho, como na psicopatologia do trabalho, por exemplo, Dejours passa a buscar respostas para tentar compreender o fato de que a grande maioria das pessoas não adoece psiquicamente no e pelo trabalho. A aproximação compreensiva norteia esta abordagem, que propõe então, uma descrição complexa do mundo do vivido (Molinier, 2013).

...ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica do trabalho abre perspectivas mais amplas que não dizem apenas respeito ao sofrimento, como também ao prazer no trabalho; não apenas o homem, mas o trabalho; não apenas a organização, mas as situações de trabalho e sua dinâmica interna (Dejours, 2000, p. 207).

⁹ No capítulo destinado a apresentação do referencial teórico adotado nesta tese, será detalhado o processo de criação e desenvolvimento desta disciplina.

Destaca-se que, em psicodinâmica do trabalho, o termo normalidade refere-se a saúde vivenciada, em oposição ao conceito de saúde ideal apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰. Apesar da polissemia do termo “normalidade”, frequentemente ele e o termo “saúde” são empregados como sinônimos. Porém, para a PDT, o estado de normalidade é construído cotidianamente e representa a saúde concreta dos sujeitos que é, nesta perspectiva, bastante vulnerável (Molinier, 2013).

Para Dejours (1998, 2000, 2004b, 2012b), os sujeitos contam com a ajuda de mediações externas para, o tempo todo, lutarem contra a possibilidade de adoecimento. Tais mediações podem ser representadas pelo uso contínuo de medicamentos, por exemplo, mas é, sobretudo, a partir da possibilidade da construção de laços de cuidado, inclusive nas situações de trabalho, que se torna possível resistir à descompensação. Desta forma, a normalidade não é dada a priori, mas constitui-se como resultado de uma batalha constante entre tudo aquilo que acontece na realidade da vida cotidiana e os recursos que os sujeitos e coletivos dispõem para enfrentá-la.

De acordo com Molinier (2013), a originalidade deste conceito reside no fato de que, tal batalha, não pode ser vencida apenas pelo enfrentamento individual. Para Dejours, o indivíduo, para sobreviver e, sobretudo, se satisfazer, depende e dependerá sempre dos seus semelhantes e das inter-relações estabelecidas.

Nota-se, neste contexto, mais uma das diferenças entre o conceito de normalidade proposto por Dejours e o de saúde sugerido pela OMS: para o

¹⁰ A OMS define como saúde “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade” (Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova Iorque: 1946).

primeiro, a noção de normalidade é atravessada o tempo inteiro pelo sofrimento, fala-se, inclusive, em “normalidade sofredora”; já a noção de bem-estar destacada pela OMS, parece sugerir a ausência deste.

O sofrimento é primeiro. Não é o trabalho que causa sofrimento, este é antecedente ao trabalho na experiência humana. Mas o sofrimento pode se transformar em prazer graças ao trabalho... ou ele autoriza a transformação do sofrimento em prazer, ou ele se opõe (Molinier, 2013, p.80).

Desta forma, os constrangimentos encontrados nas situações de trabalho, por exemplo, são naturalmente geradores de sofrimento psíquico, por colocarem o sujeito diante de situações inesperadas e muitas vezes de difícil solução. Contudo, tal sofrimento, inerente a qualquer situação de confronto com o desconhecido, pode ser transformado em fonte de prazer ou de adoecimento: o resultado está vinculado às possibilidades de mobilização do sujeito na relação com o seu trabalho, com vistas a resolução dos conflitos. Neste contexto, ganham destaque e constituem-se como fundamentais os aspectos do reconhecimento, valorização e validação dos sujeitos enquanto promotores de conhecimentos e portadores de distintas potencialidades (Dejours, 2004b, 2012b; Uchida et al., 2011; Dejours; Gernet, 2012c; Lancman et al, 2013).

Caso haja possibilidade de contribuição a partir de experiências vivenciadas e da inteligência desenvolvida na própria situação de trabalho, por exemplo, o sujeito sente-se reconhecido ao colaborar para o aprimoramento coletivo do processo de trabalho e para a construção de uma obra comum. Caso contrário, a exposição prolongada aos constrangimentos organizacionais de ordem física, psíquica e cognitiva, pode gerar situações duradouras de perda de iniciativa e de alienação que, por sua vez, tendem a inviabilizar a construção de

saídas para essa situação, desencadeando, portanto, o sofrimento patológico (Saint-Jean et al., 2000; Saint-Arnaud; Vezina, 2011).

Entretanto, sabe-se que os sujeitos possuem recursos para se defenderem e, desta forma, não se expõem de maneira passiva ao sofrimento. A doença eclode, portanto, quando as defesas fracassam, sejam elas construídas individuais ou coletivamente. Assim, sofrimento e defesas contra ele formam um binômio indissociável (Dejours, 1998; Saint-Jean et al., 2000; Saint-Arnaud; Vezina, 2011).

Outra importante contribuição trazida pela PDT, que dialoga com a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer e também aponta para o resgate do sentido no trabalho, refere-se ao conceito “*trabalhar*”. Para Dejours (2000, 2004b,h, 2010b, 2012b), *trabalhar*, ou seja, a ação, o movimento, o encontro do sujeito com o real do trabalho, implica a mobilização do corpo, da inteligência, da subjetividade inteira, por mais monótona que possa parecer a tarefa a ser desempenhada. Tal construto destaca, claramente, a vertente subjetiva do trabalho, ou seja, aquilo que é invisível a olho nu. Neste sentido, a atividade de trabalho constituir-se-ia como uma expressão da inventividade, da liberdade e da insubordinação.

Diversos estudos apontam que *trabalhar* desencadeia a vivência de um processo que possibilita transformações, de si, do outro, do contexto, da matéria. Engloba, portanto, distintos aspectos e habilidades do ser humano, demandando, assim, a interlocução e integração entre inteligência, psiquismo e corpo. Trata-se de uma ação complexa, que, ao longo da vida das pessoas, viabiliza inúmeros avanços no sentido de construção da própria identidade

(Antunes, 1999; Dejours, 2004h, 2012a,b; Saint-Arnaud; Vezina, 2011; Lancman et al., 2013).

Trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar (Dejours, 2004h, p.30).

Desta forma, procurar compreender o trabalho, o trabalhar, como e sob quais condições eles acontecem, é também poder transformá-los e abrir espaço para a existência de novas formas de subjetivação (Barros et al., 2012).

2.3. Trabalho em Saúde versus Saúde no e pelo Trabalho

Diante de um cenário no qual os estudos sobre os processos de adoecimento no trabalho¹¹ estão cada vez mais presentes em decorrência das novas formas de adoecimento que acompanham a transformação dos processos produtivos ocorridos nas últimas décadas, é fundamental dar visibilidade às situações de trabalho que, em linhas gerais, estejam organizadas de forma a favorecer processos de realização de si e da construção de saúde. Este estudo se insere neste contexto.

Parte-se da mesma questão colocada por Dejours no início da década de 1980: como fazem então, as pessoas, para conseguirem manter sua saúde mental diante de tantos constrangimentos vivenciados no trabalho?

¹¹ Tais como: Araújo et al., 2003; Feliciano et al., 2005; Batista, Bianchi, 2006; Jodas; Haddadd, 2009; Salomé et al., 2009; Lorenz et al., 2010; Miniell et al., 2011; Selegim et al, 2012; Maeno, Paparelli, 2013; Sobol, Horst, 2013; Oliveira et al, 2013; Ferreira; Lucca, 2015.

Tal questionamento torna-se ainda mais enigmático, quando feito diante de situações nas quais o produto final do trabalho é invisível, como no caso das atividades de serviço, com destaque para as de saúde.

2.3.1. Trabalho no setor de serviços: o caso da saúde

Em geral, as atividades de serviço caracterizam-se, sobretudo, pelo seu aspecto imaterial: a partir de determinadas necessidades de pessoas e/ ou grupos, são solicitados “prestadores de serviços”, intermediados ou não por uma fonte empregadora, que, de alguma forma, buscam responder a solicitação inicial a partir da venda de sua força de trabalho.

Neste tipo de atividade, o campo relacional, ou seja, as relações/ vínculos estabelecidos entre clientes e prestadores de serviços, são determinantes para que o “produto”, ao final do processo, esteja a contento do solicitante. Neste sentido, o usuário do serviço é coparticipante do processo de produção (Zarifian, 2001a,b, 2003; Deslandes, 2002; Blandin, 2013).

Para Zarifian (2001a,b, 2003), trata-se sempre de uma experiência dual ou coletiva e, desta forma, os resultados só podem ser considerados positivos caso haja uma transformação na vida das duas pessoas ou da coletividade envolvida. Do ponto de vista do “prestador de serviços”, apesar de oferecer sua força de trabalho a favor do outro, além de se transformar, modifica, sobretudo, o próprio trabalho.

No trabalho em saúde, o processo de cuidar, desenvolvido essencialmente pelo ser humano, caracteriza a prestação de serviços. Produzir saúde, seja pela prevenção, assistência e/ou reabilitação, ou mesmo pelo

entrelaçamento de todos estes momentos, compõe o resultado da ação. A finalidade do trabalho, segundo Silva (1994 apud Deslandes, 2002) é a ação terapêutica.

O “objeto de trabalho” seria o indivíduo ou os indivíduos / grupos sadios expostos à riscos; os “meios de trabalho” seriam os instrumentos e as condutas constituindo o nível técnico de conhecimento; o “produto final”, seria um serviço... o “objeto” de trabalho em saúde, um objeto humano, portanto, produtor de subjetividade e capaz de interferir na eficácia do trabalho realizado (Silva, 1994 apud Deslandes, 2002, p. 47).

Compreende-se, neste contexto, que muitas são as variáveis que interferem no resultado do trabalho: o usuário que busca o serviço, com condições físicas, psíquicas e sociais particulares; a formação do profissional que o atende; as condições do serviço de saúde, do ponto de vista material e organizacional (capacidade de atendimento, número de leitos e de profissionais existentes, disponibilidade de recursos tecnológicos para a realização de determinados procedimentos, fluxos de atendimento, sobrecarga de trabalho dos profissionais que compõe a equipe de trabalho), entre outros (Deslandes, 2002).

Tal cenário impõe a necessidade de serviços, profissionais e processos de trabalho constituírem-se por meio de práticas flexíveis, conformadas a partir de condições específicas e inscritas numa dada temporalidade. Não é possível, neste sentido, atuar apenas pautando-se em regras “universais”, sem considerar as particularidades de cada situação. Espera-se, assim, a integração e utilização de conhecimentos teóricos e práticos na sustentação de tomadas de decisões que não vão, necessariamente, ao encontro daquelas previstas pela organização (Nogueira, 2000; Barros et al., 2012).

2.3.2. Trabalho em contextos hospitalares¹² e a saúde dos trabalhadores

Especificamente no trabalho hospitalar, alguns autores (Salerno, 2001; Zarifian, 2003; Barros et al., 2012) chamam a atenção para a incorporação de processos produtivos e fluxos de trabalho bastante compartimentalizados que, em muitas ocasiões, assemelham-se aqueles utilizados nas indústrias.

O Hospital possui funcionamento contínuo, ou seja, demanda a presença de trabalhadores 24 horas por dia. Tal condição facilita uma determinada forma de organização dos regimes de trabalho, principalmente com relação à equipe técnica, que geralmente se organiza em períodos de 12 versus 36 horas, ou seja, 12 horas contínuas de trabalho e 36 horas de descanso (Osório et al., 2011).

Este fato traz uma série de desdobramentos ao trabalhador, tais como: a possibilidade de acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios causando uma possível sobrecarga de trabalho; a organização do trabalho em turnos (diurno e noturno), acarretando a necessidade de construção de uma rotina diferenciada na vida pessoal e familiar, tendo em vista a dificuldade de compartilhamento das horas de descanso e lazer em relação às outras pessoas; a mudança de hábitos alimentares; do ciclo sono e vigília, entre outros (Osório et al., 2011).

Em relação à complexidade do trabalho, existe, no contexto hospitalar, a necessidade do desenvolvimento de múltiplas tarefas por parte dos trabalhadores; algumas delas, sem a devida capacitação, como por exemplo, o

¹² Os contextos hospitalares são um dos componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os hospitais, constituem-se enquanto “instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentam potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 2013b). Assim como os outros pontos da RAS, configuram-se como um cenário de prática bastante significativo para os profissionais da saúde.

acolhimento a famílias de usuários em situação de internação que também buscam por cuidados e orientações, além do compromisso da responsabilidade pela vida de inúmeras pessoas; os ritmos de trabalho, que oscilam ao longo do dia e; a necessidade contínua de atenção no desenvolvimento das tarefas (Osório et al, 2011).

O trabalho hospitalar caracteriza-se também, por uma vivência constante, por parte dos trabalhadores, de situações de violência direta e indireta, marcadas por: presenciar, tomar contato, ouvir e tratar de pessoas atingidas pela violência; ter agressores como clientes, ou mesmo, conviver com situações de sofrimento intenso, associadas à falta de recursos para resolver, julgar, avaliar e partilhar as dificuldades que vivenciam (Soares, 2001; Lancman et al., 2013).

Outro aspecto importante refere-se à divisão de tarefas. Nas instituições hospitalares, o profissional médico desempenha papel central: “é ele quem decide sobre o diagnóstico; sobre a necessidade de exames complementares, sobre a terapêutica; sobre o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta, sobre a interação e alta hospitalar” (Deslandes, 2002, p. 49). Tal fato pode sugerir uma clara separação entre concepção e execução do trabalho que, teoricamente, ficaria sob a responsabilidade dos demais profissionais inseridos na equipe de cuidados.

Entretanto, Birmam (apud Deslandes, 2002), defende que a prática médica, com o passar dos anos, tem incluído aspectos que extrapolam as análises baseadas em anatomia e na fisiologia e caminha em direção à elaboração de diagnósticos e condutas terapêuticas mais amplas e complexas.

O reconhecimento do normal e do anormal passa a incluir os crivos da psicologia e da psicanálise, instaurando outras ordens de análise (o social e o inconsciente) ... há um confronto entre duas racionalidades atuantes: uma psicológica e outra anatomopatológica que disputam espaço nas instituições de saúde, redefinindo o objeto de trabalho em saúde em corpo e sofrimento humano (corpo anatômico e corpo afetivo), (Birman apud Deslandes, 2002, p. 47).

Assim, tendo em vista a complexidade do objeto de cuidado, materializados no “*corpo*” e no “*sujeito*” humano (Deslandes, 2002), há necessidade de desenvolvimento do trabalho interdisciplinar. Para tanto, o processo de trabalho em saúde implica, necessariamente, articulação entre distintos profissionais que, por sua vez, compreendem de forma diferente o processo de cuidar, os respectivos papéis e o próprio sistema de saúde.

Em linhas gerais, muitas das ações inerentes a esse tipo de atividade não são visíveis. Pode-se quantificar resultados a partir da mensuração de ações técnicas, como por exemplo, o número de consultas ou cirurgias realizadas num determinado período. Contudo, a relação com pessoas doentes ou em situação de vulnerabilidade social e mesmo a integração das equipes de trabalho, não podem ser avaliados por meio de critérios objetivos ou métodos de gestão quantificáveis (Molinier, 2008).

O aspecto relacional, que compõe grande parte do universo de trabalho, acaba ficando invisível às formas de avaliação que julgam e qualificam o trabalho e o trabalhador. De acordo com Molinier (2008, p. 7), “nenhuma pessoa de bom-senso contestará essa observação que, contudo, não impede a expansão das formas de avaliação gerencial nestes serviços”.

Tais situações podem favorecer o adoecimento dos trabalhadores. Ainda assim, muitas vezes, este cenário é visto pelas instituições e aceito pelos próprios trabalhadores como inerente à atividade e necessário para dar o mínimo de resolutividade ao usuário do serviço. Sabe-se que, frequentemente, o trabalho em saúde, ou melhor, o trabalho com a doença e com os usuários doentes está, de diversas formas, ligado a um imaginário social no qual o sacrifício e a abstenção dos próprios desejos e do próprio bem-estar se constituem em condição necessária para as funções de cuidado (Molinier, 2008).

Face ao exposto, como, no contexto do trabalho em saúde, é possível se constituir psiquicamente por meio do trabalho? Quais são as estratégias desenvolvidas pelos profissionais para fazerem o trabalho acontecer e, ao mesmo tempo, construírem sua saúde mental? Isso é realmente possível? Em que condições homens e mulheres engajam-se na dinâmica de construção e criação da organização do trabalho?

Exatamente neste ponto reside a singularidade desta pesquisa: conhecer o trabalho, a partir da experiência dos atores que o desenvolvem, dar visibilidade aos diversos aspectos envolvidos no trabalhar, e, sobretudo, destacar situações nas quais é possível que ele seja organizado de forma a permitir a existência de processos criativos e de produção de saúde.

2.3.3. Apontamentos sobre a saúde mental dos médicos

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (1998), atualmente, 14 categorias profissionais de nível superior são legalmente reconhecidas e,

consequentemente, podem inserir-se nesse campo de atuação. São elas: serviço social, biologia, biomedicina, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional.

Porém, dentre todas, quando se trata da inserção em contextos hospitalares, encontra-se maior número de profissionais que compõe as equipes médicas e de enfermagem. Destaca-se, contudo, que o eixo central da assistência oferecida por estas instituições organiza-se em torno da ação médica¹³ (Wu et al., 2009; Wang et al., 2010; Gong et al., 2014).

Nos últimos anos, diversos estudos internacionais¹⁴ têm se debruçado sobre a saúde dos médicos, tendo em vista a influência direta dela sobre a qualidade do cuidado oferecido por estes profissionais (Wu et al., 2010; Wang et al., 2010; Gong et al., 2014).

No tocante à saúde mental, observa-se que parte significativa desses estudos são de caráter descritivo e utilizam metodologia quantitativa, a partir da aplicação de questionários/ instrumentos e análises estatísticas. Abordam ainda situações de ampla magnitude, ou seja, seu foco é macro contextual e discorrem sobre a prevalência de patologias, como transtornos ansiosos, depressão, síndrome de burnout e stress pós-traumático nesses profissionais (Al-Dubai; Rampal, 2010; Wang et al., 2010; Ruitenburg et al., 2012; Shawa et al., 2013;

¹³ Culturalmente, o trabalho médico e os profissionais médicos em si, ocupam posições de maior visibilidade, poder e prestígio. Entretanto, como mencionado na seção anterior, o cuidado ao ser humano deve ser feito de forma integral e para tanto a atuação em equipes multiprofissionais torna-se fundamental. Neste sentido, não se trata aqui de hierarquizar a importância de cada um dos profissionais que atuam no campo da saúde.

¹⁴ Foi consultada a coleção principal da Web of Science para verificar o estado da arte com relação ao objeto de pesquisa proposto. As palavras chaves utilizadas foram “work” and “doctor” and “health”. Tendo em vista o grande volume de artigos, priorizou-se aqueles publicados a partir de 2010 (até outubro de 2015), inseridos na categoria “Public environment / Occupational Health”.

Wu et al., 2013; Gong et al., 2014; Malinauskine; Einarsen, 2014; Agha et al., 2015; Vijendren et al., 2015).

Entretanto, alguns deles, ao discorrerem sobre os processos de adoecimento dos médicos, evidenciam aspectos das condições e da organização do trabalho como preditores e desencadeadores deste tipo de situação, destacando assim, a influência do trabalho na saúde dos mesmos.

O apoio de supervisores e colegas foi considerado como importante fator de proteção da saúde mental dos médicos, na medida em que pode evitar o desenvolvimento de sintomas depressivos ou de processos de burnout (Yasuaki, 2014; Pougnet et al., 2015).

Fu et al (2013), destacam que a satisfação no trabalho está diretamente vinculada ao suporte organizacional oferecido pelas instituições, entendido como a possibilidade de valorização do trabalho realizado por esses profissionais, bem como a preocupação com o bem-estar dos mesmos.

Alguns estudos acrescentam ainda que a carga de trabalho (referindo-se ao volume excessivo de atividades a serem realizadas), a relação estabelecida entre médico e paciente e a carga horária semanal, constituem-se como fatores de risco para a saúde mental destes trabalhadores, podendo desencadear o stress ocupacional (Gong et al., 2014; Yasuaki et al., 2014; Liang et al., 2015; Tanner et al., 2015).

Já no contexto nacional¹⁵ por exemplo, Nascimento Sobrinho et al (2006) realizaram um estudo que dialoga com o perfil daqueles desenvolvidos internacionalmente, especificamente nas questões metodológicas e na

¹⁵ Foi consultada a base de dados Scielo, a partir dos seguintes descritores: “trabalho e médico” “saúde mental e trabalho”. Tendo em vista o pequeno volume de artigos, a pesquisa estendeu-se ao período compreendido entre 2000 e 2013.

correlação entre trabalho e processo de adoecimento. Investigaram a relação entre as condições de trabalho de médicos de Salvador e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM). Abordaram especificamente as condições de trabalho da categoria, em linhas gerais, e a transformação da prática médica nas últimas décadas, tanto em relação aos cenários de prática quanto em relação à autonomia profissional. Para isso, foram utilizados dois questionários auto aplicados, um deles sobre qualidade de vida no trabalho.

Destaca-se ainda, no cenário nacional, estudo que discute, da perspectiva do médico, a relação entre trabalho, saúde mental e contextos de urgência e emergência. Tal estudo, de caráter qualitativo, partiu das características da síndrome de *burnout* (exaustão emocional, falta de envolvimento pessoal e despersonalização), para conhecer e discutir o sentimento dos profissionais que atuam em pronto-socorro infantil ao longo do desenvolvimento do trabalho (Feliciano et al., 2005).

Tal estudo destaca-se pela utilização de entrevistas semi-esturadas enquanto procedimento de coleta de dados. Procura, neste sentido, dar voz para estes profissionais, ao buscar acessar as respectivas percepções acerca das: “mudanças na atenção à saúde da criança durante o exercício profissional; dificuldades na organização atual da assistência à saúde da criança; respectivo papel enquanto profissionais dos serviços hospitalares de pronto-socorro; opiniões sobre como a integralidade poderia se concretizar na atenção à saúde infantil e; sentimentos frente à prática na urgência/emergência” (Feliciano et al, 2005, p.322).

Observa-se diante do cenário apresentado que, mesmo destacando alguns componentes das situações de trabalho como fundamentais para

proteção da saúde dos profissionais médicos, não se observa, nesses estudos, a compreensão do trabalho enquanto recurso para a realização de si, construção da subjetividade e, conseqüentemente, da saúde mental destes profissionais. Ou seja, não é conferido ao trabalho o status de promotor da saúde como compreendido na concepção *dejouriana* do termo, mas apenas como disparador ou impeditivo do desencadeamento de doenças. Tal processo parece ser apresentado e mesmo analisado de forma linear, a partir do estabelecimento de relações de causa e consequência, compreensão adotada pelo modelo biomédico.

Mesmo quando são destacados os aspectos do trabalho em equipe, da valorização e reconhecimento do trabalho efetivamente realizado e dos processos de cooperação entre pares como fatores de proteção da saúde destes profissionais, não são pensadas simultaneamente nas dinâmicas internas às situações de trabalho que podem ou não favorecer a construção de tais processos.

Neste sentido, destaca-se que, praticamente todos os estudos com os quais se teve contato, adotam propostas e referenciais teóricos bastante distintos daqueles utilizados nesta tese para estudo e compreensão da temática saúde e trabalho.

Reafirma-se assim, a singularidade desta pesquisa que, como já anunciado no final da seção anterior, busca conhecer o trabalho num contexto específico, a partir da experiência dos atores que o desenvolvem, além de dar visibilidade aos aspectos subjetivos do *trabalhar*. Pretende, sobretudo, destacar situações e dinâmicas, a partir da investigação do trabalho médico em contexto

hospitalar, nas quais seja possível organizar o trabalho de forma a permitir a existência de processos criativos e de produção de saúde.

3. *OBJETIVOS*

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Evidenciar componentes da organização do trabalho que possam favorecer a produção da saúde, a construção e o fortalecimento da identidade de sujeitos singulares e coletivos profissionais, a partir do estudo de uma situação específica de trabalho.

3.2. Objetivos Específicos

- Conhecer o trabalho e dar visibilidade aos diversos aspectos envolvidos no *trabalhar* de médicos inseridos em um contexto hospitalar, em especial daqueles que tenham enquanto atribuição à coordenação de equipes e/ou ações de cuidado;
- Compreender como o trabalho e o *trabalhar* determinam a construção e o desenvolvimento da saúde mental;
- Compreender e discutir as razões e, em quais condições, um determinado coletivo profissional engaja-se na dinâmica de construção e transformação da organização do trabalho.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo em vista os objetivos deste estudo e a perspectiva no qual ele está inscrito, adotou-se a Psicodinâmica do Trabalho (PDT) como quadro teórico de referência. Trata-se de disciplina extensa e com muitas interfaces, portanto complexa, fato que se torna um aspecto dificultador quando pretende-se trata-la ou mesmo apresenta-la em sua totalidade.

Sendo assim, foram eleitos conceitos-chave, considerados determinantes no contexto deste estudo, por auxiliarem na compreensão dos processos de construção da saúde mental por meio do trabalho, baseando-se sobretudo, em aspectos organizacionais e relacionais.

Destaca-se que tais conceitos¹⁶ foram reconhecidos e, posteriormente eleitos como ferramentas que poderiam auxiliar na compreensão das questões levantadas pelo estudo, na medida em que o trabalho de campo, as interpretações e a apropriação da pesquisadora com relação à PDT foram avançando. Espera-se que, ao final desta tese, mais precisamente no capítulo de discussão, tais correlações fiquem evidentes.

Frente ao cenário apresentado, este capítulo se organiza em nove seções. Inicialmente, realizou-se uma retomada histórica com relação às origens da PDT; em seguida, foram apresentadas características gerais da disciplina, de forma a oferecer ao leitor, mesmo que sinteticamente, uma ideia global com relação aos seus principais pressupostos.

¹⁶ Tal processo será relatado de forma mais detalhada no capítulo que apresenta o percurso metodológico realizado neste estudo.

Na sequência, foram apresentados alguns aspectos da ação em PDT. Mesmo se este estudo não adotou o método preconizado pela disciplina, compreende-se que ela traz importantes contribuições para uma pesquisa que se vislumbra parte de uma clínica do trabalho.

Posteriormente, trabalhou-se especificamente os conceitos de sujeito, subjetividade e identidade, largamente mencionados no capítulo de introdução. Em seguida, tratou-se dos conceitos de reconhecimento, cooperação, atividade deôntica, arbitragem e autoridade. Ao final, a relação entre sublimação, trabalho e emancipação serviu como base para o diálogo entre todos os conceitos trabalhados no capítulo, e, portanto, foi eleita como último tópico a ser explorado neste contexto.

4.1. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: breve histórico

A psicodinâmica do trabalho, criada em 1980, mas enunciada desta forma, ou seja, com o uso dessa nomenclatura apenas em 1993, tem suas origens marcadas pela psicopatologia do trabalho. Pretende-se, nesta seção, reconstruir brevemente essa história, dando relevância aos aspectos considerados essenciais¹⁷.

Na França, o período que sucedeu a segunda guerra mundial foi marcado pelo surgimento da psicopatologia do trabalho. O nascimento desta disciplina, teve como origem as discussões produzidas em 1946, período em que ocorreu,

¹⁷ Isabelle Billiard foi a principal autora a se debruçar profundamente sobre esta temática. Os resultados deste trabalho encontram-se compilados na obra: Billiard I. *Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail [Saúde Mental e Trabalho: a emergência da psicopatologia do trabalho]*. Paris: Ed. La Dispute; 2001.

também na França, o Colóquio de Bonneval. Especificamente naquele ano, este colóquio teve como tema a etiologia das doenças mentais. A ocasião contou com a participação de psiquiatras importantes na época, tais como Henry Ey, Jacques Lacan e Lucien Bonafé. A organogênese, a psicogênese e a sociogênese eram, respectivamente, as perspectivas adotadas por cada um destes atores, ao sustentarem suas argumentações em torno da questão da origem das doenças mentais (Molinier, 2013).

Destaca-se, neste contexto, importante avanço da psiquiatria, na medida em que houve abertura significativa de espaço para discussão acerca de outros determinantes, que não apenas o físico-fisiológico, para compreensão das neuroses e psicoses. O interesse pelas vivências e pelos contextos de inserção dos sujeitos, abriu espaço para que o cenário do trabalho pudesse também ser identificado como possível disparador dos processos de adoecimento mental.

Para a psicopatologia do trabalho, existem doenças mentais que tem como origem determinadas situações de trabalho, ou seja, a relação de causa e efeito é direta. Trata-se de tese apoiada na vertente da sociogênese das doenças mentais (Dejours, 2004b,c; Dejours; Gernet, 2012c; Molinier, 2013).

Foi também neste período que o efeito terapêutico do trabalho no tratamento das doenças mentais foi recolocado em evidência. Autores como François Tosquelles, Paul Sivadon, Claude Veil foram os principais expoentes da época (Molinier, 2013).

Contudo, no âmbito da psicopatologia do trabalho, dá-se destaque a Louis Le Guillant que, a partir de estudos clínicos, procurou provar a existência da relação direta entre organização do trabalho e descompensações mentais. Seus primeiros estudos clínicos foram realizados com mulheres que, atualmente

estariam inseridas no bojo das atividades de serviços: as telefonistas e as empregadas domésticas (Dejours, 2004b; Molinier, 2013).

Em seu primeiro estudo, largamente conhecido pelos pesquisadores da área, realizou entrevistas clínicas com telefonistas dos correios franceses que haviam vivenciado afastamento do trabalho por, no mínimo, três anos, em decorrência de sintomas de “fadiga nervosa”. O trabalho destas profissionais consistia em colocar os clientes em contato no menor tempo possível, utilizando equipamento de controle manual e sob supervisão constante, inclusive para ir ao banheiro. Evidenciou-se, portanto, uma imersão em ambiente de trabalho constantemente tenso (Molinier, 2013).

Le Guillant constatou inicialmente, nesta população, a presença de distúrbios do sono, somáticos, da esfera cognitiva, do humor e do caráter. Constatou ainda, o desenvolvimento de estratégias de defesa para que conseguissem evitar que o tempo fora do trabalho fosse invadido por questões do trabalho. Algumas destas estratégias eram as de fazer longas caminhadas ao sair do trabalho ou ficar em silêncio ao chegar em casa¹⁸ (Molinier, 2013).

Já o seu segundo estudo, teve como alvo as incidências psicopatológicas provenientes da condição inerente ao trabalho das empregadas domésticas, que, segundo o autor, é perpassado pela dominação, servidão, invisibilidade, submissão e isolamento. A partir de seu trabalho no hospital “Ville-Évard”, ele percebeu a grande incidência de empregadas domésticas entre os pacientes psiquiátricos. Mas foi, sobretudo, a partir do caso das irmãs Papin, e de sua

¹⁸ Para maior detalhamento consultar: Molinier P. *O trabalho e a psiquê: uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2013.

interpretação acerca do crime cometido por elas, que procurou sustentar a tese do trabalho enquanto causa das descompensações psíquicas¹⁹ (Molinier, 2013).

Destaca-se que, ambos os casos ilustram aspectos importantes do “drama vivido” a partir de situações de trabalho. Entretanto, para além deles, nunca se pôde atestar a existência do nexo entre uma situação específica de trabalho, ou mesmo da natureza específica de algum trabalho e o desenvolvimento de doenças mentais.

No caso das telefonistas, mesmo diante dos relatos de uma situação de vulnerabilidade e da presença de sintomatologia psiquiátrica, não havia, nos relatos, traços que levantassem indícios de estados que se aproximassem de quadros psicóticos, por exemplo. Permaneciam conscientes das suas dificuldades e a cessação da sintomatologia ocorria após um período de distanciamento da situação de trabalho. Já no caso das empregadas domésticas, se era real o elo entre as respectivas condições de trabalho e as descompensações psiquiátricas, o desencadeamento das últimas certamente seria diferente em razão das histórias de vida e vivências singulares de cada uma delas (Molinier, 2013).

A falta de provas sobre o elo entre adoecimento mental e situação específica de trabalho fez com que tal disciplina fosse deixada, no contexto francês, pelos psiquiatras sociais que priorizaram, a partir de então, demais estudos e intervenções baseados em outros referenciais, tais como a psiquiatria de setor ou a psicoterapia institucional (Molinier, 2013).

¹⁹ Christine e Lea Papin eram, além de irmãs, serventes de uma pequena família burguesa da década de 1930. Assassinaram mãe e filha – as patroas - de forma abrupta e violenta. Para mais detalhes, consultar Molinier P. *O trabalho e a psiquê: uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2013.

Destaca-se ainda, neste período, os trabalhos de Jean-Jacques Moscovitz em sua pesquisa junto aos condutores de trem franceses, que se queixavam de um sistema de controle automatizado, a ser implantado nos trens, que acabava por prescindir da existência de um segundo condutor. Utilizou-se de entrevistas em grupo como forma de aproximação da população estudada. Teve, portanto, grande importância na construção do método em Psicodinâmica do Trabalho. Contribuiu ainda, para o fim da tese da sociogênese da doença mental ao colocar em evidência a angústia vivenciada pelos condutores que, na época, foi interpretada em termos de investimento libidinal, sinalizando, então, futuro diálogo com a psicanálise a ser realizado por Dejours anos depois (Molinier, 2013).

Ao longo da década de 1970, a psicopatologia do trabalho foi colocada à margem dos estudos em psiquiatria social. No final desta década, Dejours foi o principal expoente a retomar o interesse pela disciplina quando, em 1980, publicou sua primeira obra neste campo “*Travail usure mentale: essai de psychopathologie du travail*”²⁰. A princípio, tal obra poderia ser considerada uma extensão dos trabalhos de Le Guillant. Contudo, já neste momento, o autor trouxe importantes contribuições, marcando, então, diferenças significativas com relação à psicopatologia do trabalho tradicional, que, mais adiante formariam o escopo de uma nova disciplina, a Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 2004b,c; Uchida et al., 2011; Molinier, 2013).

Em suas investigações, o autor levantou questionamentos que colocariam em evidência a tese de causa e efeito dos adoecimentos mentais do trabalho.

²⁰ Em português a obra foi publicada com o título: “*A loucura do trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho*”. São Paulo: Cortez; 1987.

Sobretudo num período pós-guerra, com a retomada da industrialização e reconstrução do continente europeu, certamente existiam inúmeras situações de trabalho organizadas de forma potencialmente patogênica, ou seja, planejadas a partir de processos produtivos fragmentados, repetitivos e, sobretudo, com tarefas desprovidas de sentido aos trabalhadores (Dejours, 2000; Molinier, 2013).

Entretanto, não encontrou vestígios epidemiológicos a partir dos quais pudesse detectar que patologias mentais do trabalho estivessem presentes, de forma predominante, no cenário da época. Os trabalhadores não apresentavam sintomatologia frente aos possíveis conflitos gerados por organizações potencialmente adoecedoras.

Fazendo uma leitura deste tipo de situação pela perspectiva da psicanálise, Dejours, colocou em evidência não apenas os mecanismos individuais de defesa, mas as possibilidades de desenvolvimento de estratégias coletivas para que os grupos pudessem se defender de situações perpassadas pelo medo e pelo tédio, que, segundo o autor, constituem-se enquanto alguns dos principais “perigos psíquicos” (Dejours, 2004g; Molinier, 2013).

Há, desta forma, uma importante inversão conceitual: o que anteriormente chamava a atenção dos pesquisadores pelo fato de ser visível e manifesto explicitamente (a sintomatologia psiquiátrica), dá lugar a um fenômeno de natureza invisível, e ao enigma que este fato coloca em evidência (manutenção de um estado de normalidade diante dos constrangimentos vivenciados no trabalho) (Dejours, 1998, 2004b,c,f; Uchida et al., 2011; Dejours; Gernet, 2012c; Molinier, 2013).

Para os médicos, engenheiros do trabalho e, mesmo para os ergonomistas, habituados a focarem sua atuação em aspectos do mundo do visível, tal contribuição foi considerada, na época, uma grande novidade conceitual. A esfera psíquica e toda subjetividade dos trabalhadores estariam, a partir de então, ao lado de questões como conforto físico e demanda cognitiva. Soma-se a isso, o destaque para existência de uma racionalidade subjetiva que, segundo Dejours, também guiaria as ações dos sujeitos; racionalidade esta, vinculada à proteção de si, da própria sobrevivência e da manutenção da saúde (Lancman; Uchida, 2003; Dejours, 2004b,c,f,h; Molinier, 2013)

Nesta mesma época, outra importante contribuição do autor foi a ênfase na possibilidade de realização de si e da vivência do prazer a partir de situações de trabalho. Tem-se, com esta premissa, mais uma inversão conceitual: o que antes era fonte de adoecimento, poderia agora ser encarado como um caminho para realização de si e para o desenvolvimento subjetivo. Destaca-se, neste contexto, contribuição fundamental da psicanálise freudiana na construção desta nova disciplina, inclusive para ampliação da perspectiva de contribuição do trabalho para a vida dos sujeitos (Dejours, 2004b,f; Sznelwar et al., 2011; Molinier, 2013).

Observa-se, portanto, que Dejours avançou, inicialmente, a partir de inúmeras lacunas deixadas pela psicopatologia do trabalho. Contudo, entre os anos de 1980 e 1993, Dejours ainda continuaria a nomear a nova disciplina desta forma. Foi apenas em 1993, com a publicação da segunda edição do livro

“Travail, usure mentale”, que ele anunciou a mudança de denominação²¹ (Molinier, 2013).

Atualmente o autor defende que a psicopatologia do trabalho seja uma ramificação, um braço, uma subdisciplina, da psicodinâmica do trabalho (Molinier, 2013). Enquanto a primeira continua tendo como foco as descompensações individuais na relação do sujeito com seu trabalho, já que a inexistência de doenças mentais específicas do trabalho não elimina a existência de descompensações relacionadas a ele, a segunda define-se pela “análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho” (Dejours, 1993, p.206).

4.2. Psicodinâmica do Trabalho: caracterização da disciplina

Apresenta-se, nesta seção, a psicodinâmica do trabalho: no que consiste e principais pressupostos. Tendo em vista que, nas próximas seções, foram elencados alguns conceitos inerentes à disciplina para maior aprofundamento, serão enfatizados aqui, aspectos globais de forma a possibilitar ao leitor uma compreensão geral do referencial teórico.

Trata-se, primeiramente, de uma disciplina teórico-clínica, que se apoia no estudo das relações entre trabalho e saúde mental. Mais precisamente, tem como objetivo dar visibilidade e refletir sobre o *trabalhar* tendo como foco a racionalidade subjetiva das ações. Isto significa pesquisar as relações entre os indivíduos e respectivos coletivos de trabalho, ou seja, um grupo de pessoas que

²¹ Publicado no Brasil em 2004, no addendum do livro “*Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*”. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

compartilha regras de ofício e/ou experiências acerca das atividades realizadas (Dejours, 1997, 1998, 2000, 2004b,d,e,f, 2012b; Lancman; Uchida, 2003; Molinier, 2008, 2013; Lancman et al. 2009, 2013; Sznclwar et al. 2011; Uchida et al., 2011).

A construção do seu escopo teórico, tem como base o diálogo entre a psicanálise freudiana, sobretudo para compreensão do conceito de sujeito e; a ergonomia francofônica, para compreensão do conceito de trabalho. Soma-se ainda, a grande contribuição do debate junto aos autores da escola de Frankfurt, entre eles Jurgen Habermas e Axel Honnet, no que tange ao lugar do trabalho, das racionalidades da ação e do reconhecimento enquanto aspectos importantes no que se refere às formações sociais (Dejours, 2004b,h, 2012b; Lancman; Uchida, 2003; Lancman et al., 2009, Saint-Arnaud, Vezina, 2011, Molinier, 2013).

O termo “*psicodinâmica*” tem origem na teoria psicanalítica e, neste contexto, refere-se ao fato de que a investigação toma como foco os conflitos que surgem do encontro de um sujeito, portador de uma história singular, e uma situação de trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente de sua vontade. Enfatiza a situação vivida, bem como o sentido desta para aquele que a vivencia (Dejours, 2004b, 2012b).

A PDT ao estudar o *trabalhar* evidencia aspectos menos visíveis e conhecidos das situações de trabalho, tais como: seu papel na construção identitária; as relações de sofrimento e prazer no trabalho; a construção de defesas individuais e coletivas para lidar com as circunstâncias nas quais emerge o sofrimento no trabalho; o desenvolvimento da inteligência astuciosa pelo trabalho; os riscos de alienação e a construção da inter-subjetividade, entre

outros (Dessors, 2009; Lancman; Uchida, 2003; Uchida et al., 2011; Dejours, 2012b, Molinier, 2013).

Para a disciplina, as situações de sofrimento no trabalho constituem-se enquanto matéria prima para o desenvolvimento da criatividade. Ou seja, o sofrimento, inerente à condição do ser humano, tem prioritariamente, dois destinos: a criação ou a patologia. Nem sempre se torna patológico porque os sujeitos conseguem se proteger e se defender, utilizando mecanismos individuais ou estratégias coletivas. A patologia surge quando se rompe o equilíbrio e o sofrimento não é mais contornável. Em outros termos, ela surge quando o trabalhador utilizou todos os seus recursos intelectuais e psico-afetivos para lidar com as atividades e demandas impostas pela organização e percebe que nada pode fazer para se adaptar e/ou transformar o trabalho (Dejours, 1998, 2004b-f, 2010b; Lancman; Uchida, 2003; Dejours; Gernet, 2012c; Molinier, 2013).

Destaca-se, entretanto, que a proteção da saúde mental dos trabalhadores não depende apenas das habilidades individuais de cada um deles. Pelo contrário, quando os sujeitos adoecem não são colocadas em evidência as fragilidades individuais, mas sim, o fracasso das estratégias coletivas de defesa que, nos contextos de trabalho, desempenham papel importante na luta contra o adoecimento (Dejours, 2004b; Dejours; Gernet, 2012c; Lancman et al., 2013; Molinier, 2013).

Para o autor, é o real da vida que coloca o sujeito diante da vivência do sofrimento. O conceito de “real” ocupa um lugar bastante significativo nesta disciplina. Não se trata aqui, do que os ergonomistas nomeiam enquanto trabalho real, mas sim o inverso, o REAL do trabalho. Real como aquilo que

resiste ao domínio, como algo imprevisível, inesperado, que, frequentemente coloca a todos diante dos sentimentos de impotência, raiva, decepção. São justamente estas situações que trazem à tona o sofrimento, que, nesta perspectiva, é sempre vivenciado de modo afetivo (Dejours, 2004c,d, 2012b; Uchida et al., 2011; Molinier, 2013).

Ressalta-se ainda que, para a PDT, vive-se o sofrimento no e pelo corpo. Trata-se aqui, não do corpo físico-fisiológico, mas do corpo erógeno, do corpo psíquico, onde habita-se, por meio do qual vivencia-se o cotidiano. Trata-se do corpo do afeto. É por meio dele que se reflete toda a mobilização psíquica (Dejours, 2004h, 2012b).

Para esta disciplina, a partir de seu recorte de estudo, o confronto se dá entre o sujeito e a organização do trabalho. O conceito de organização do trabalho é designado a partir de dois eixos: o primeiro, diz respeito à divisão técnica do trabalho, ou seja, o que se faz, quem faz e como faz; já o segundo refere-se à divisão social e hierárquica do trabalho, ou seja, à distribuição de poder, o papel de cada um na organização, o conjunto de normas que rege coletivamente o trabalho, as avaliações do trabalho, etc, de forma a responder aos objetivos da produção (Dejours, 1997, 2004d, 2008, 2010c, 2012b; Molinier, 2013) .

Para o autor, a organização, representando o real do trabalho, é sempre desestabilizadora da saúde dos sujeitos. Porém, algumas delas, dão margem, deixam brechas, para a transformação do sofrimento em prazer, que, para a maioria dos sujeitos materializa-se a partir da realização de si mesmo, do fortalecimento da identidade e da subjetividade, aspectos que serão tratados

mais especificamente na próxima seção. A grande questão torna-se então, a de compreender em quais condições este processo de transformação é possível.

[...] que a organização do trabalho não é absolutamente absorvida pelos assalariados [...]; todos os preceitos são reinterpretados e reconstruídos: a organização real do trabalho não é a organização prescrita. Não o é jamais: é impossível prever tudo e ter o domínio sobre tudo [antecipadamente ao trabalho]. Mas a distância entre a organização prescrita e a real não tem sempre a mesma sorte: ora é tolerante, e oferece margens à liberdade criadora; ora é restrita, e os assalariados receiam ser surpreendidos cometendo erros. O mais comum é que seja simultaneamente uma e outra, tolerante ali onde o ganho é visível, restrita lá, quando se a observa como capaz de regular a desobediência e a fraude (Dessors; Schram, 1992 apud Dejours, 2004b, p.64).

Para concluir esta seção, destaca-se, finalmente, o conceito de trabalho adotado pela PDT.

Ao insistir no componente humano do trabalho, a PDT atribui a ele uma definição precisa. Trabalho é a atividade coordenada, executada por homens e mulheres que trabalham para prover o que não está previsto na organização do trabalho. Trabalhar significa se defrontar com prescrições, procedimentos, materiais ou instrumentos a serem manipulados; significa se defrontar com pessoas para acolher e cuidar, porém trabalhar pressupõe também colaborar com uma hierarquia organizacional e com colegas, colegas a quem será preciso aprender a conhecer e com os quais será preciso poder interagir para atingir o objetivo da produção de um bem ou de um serviço... o exercício do trabalho vem inevitavelmente acompanhado da confrontação com o real... Os arranjos aos quais um sujeito procede para recuperar a diferença entre o que é prescrito e sua atividade efetiva não podem nunca ser inteiramente previstos, já que eles são reinventados cada vez. Os conhecimentos e o saber-fazer aprendidos são consideravelmente, talvez mesmo inteiramente, remanejados no curso mesmo da atividade de trabalho, e desvendam assim a parcela subjetiva do trabalho e seu caráter vivo. O trabalho real não pode, por conseguinte, ser apreendido como uma coisa ou um objeto separado daquele que o realiza (Gernet; Dejours, 2011, p.62).

Neste trecho, sobressaem-se alguns pontos essenciais que, por sua vez, merecem ser melhor explorados. Primeiramente, o autor dá ênfase ao aspecto humano, que, para ele, está na base do conceito de trabalho. Desta forma, as prescrições, mesmo quando claras e precisas, jamais conseguirão contemplar os desafios com os quais os sujeitos se deparam no confronto com o real do trabalho. Para ele, o trabalho acontece justamente no momento em que tais prescrições, tecnologias e demais aparatos externos ao sujeito são insuficientes para que os resultados previstos sejam alcançados. Tal concepção aponta, portanto, para um caminho no qual a criação e a implicação da subjetividade tornam-se imprescindíveis (Dejours, 2012b; Renault, 2013; Molinier, 2013).

Neste contexto, certamente os processos de industrialização e mecanização de tarefas consideradas mais desgastantes fisicamente, trouxeram novos desafios e novas demandas aos sujeitos-trabalhadores. Porém, tendo em vista os aspectos supracitados, o autor sustenta que o paradoxo “trabalho de concepção versus trabalho de produção” traduz uma falsa questão na medida em que, para ele, todo trabalho é de concepção, já que é atravessado pelo componente humano (Dejours 2004b, Renault, 2013; Molinier, 2013).

Destaca-se assim, que, para a PDT, todo trabalho constitui-se a partir da criação de algo ainda inédito, tendo em vista que três aspectos jamais poderão ser prescritos: a engenhosidade daquele que trabalha, a coordenação e a cooperação entre os agentes e, por fim, a mobilização subjetiva, necessária ao engajamento nas ações (Dejours, 2004e).

Baseado na psicanálise Freudiana, Dejours faz ainda importante esclarecimento relacionado a concepção de trabalho adotada pela PDT. Sabe-se que o trabalho de produção, o trabalho ordinário (*poièses*), exige o emprego

de habilidades, da inteligência, de astúcia, de criatividade, de inventividade, ou seja, uma aplicação profunda de toda subjetividade. Desta forma, dispara, certamente, uma transformação psíquica, e trata-se, portanto, de um trabalho também desenvolvido sobre si, ou seja, da subjetividade sob ela mesma (Dejours, 2012b).

Tal trabalho subjetivo era, até então, atribuído apenas às atividades que envolviam aspectos do inconsciente, como por exemplo o trabalho do luto, do sonho, etc. Entretanto, ressalta-se que, todos estes trabalhos, sejam psíquicos ou na relação com o campo social, levam a transformações importantes; levam ao desenvolvimento psíquico dos sujeitos. Ambos, confrontam o sujeito com um real que causa sofrimento; ambos estão orientados para produção; ambos fazem com que o sujeito vivencie, inicialmente, a experiência do fracasso para, a partir dela, mobilizar-se em direção à realização de si (Dejours, 2012b).

No caso do trabalho ordinário, sua dinâmica sempre estará inscrita numa tríade (o próprio sujeito, o real, representado pela organização do trabalho, e o outro, materializado pelas relações restabelecidas com os colegas, clientes, subordinados e superiores hierárquicos), aspecto que o diferencia do trabalho estritamente particular do inconsciente na elaboração dos “fantasmas” individuais (Dejours, 2012b).

É a partir da inscrição neste cenário que a PDT considera o trabalho como um elemento central na constituição da saúde e da identidade dos indivíduos adultos e o principal elo entre tais indivíduos e sociedade. Seu aporte teórico busca mostrar, portanto, a importância de considerar a subjetividade, e os aspectos mentais para adaptar o trabalho ao homem (Lancman; Uchida, 2003; Molinier, 2008, 2013).

Para além do conteúdo acima mencionado, Dejours aponta mais alguns argumentos que se somam na sustentação de sua tese sobre a centralidade do trabalho no desenvolvimento humano. O primeiro deles refere-se ao fato do trabalho ser mediador privilegiado entre o mundo singular, ou seja, a esfera privada, e o mundo compartilhado, inscrito na esfera pública, coletiva. Para o autor, o trabalho é um espaço privilegiado para a compreensão da sociedade, pois, em nenhuma outra atividade talvez se tenha a vivência das relações de obrigação, poder, obediência, responsabilidade e autoridade tão marcadas como no espaço de trabalho. Atribui, conseqüentemente, lugar privilegiado ao trabalho no bojo de uma teoria social.

No trabalho, pode-se aprender o melhor, o respeito à dignidade do outro, a cautela, a entreaajuda, a solidariedade, a implicação nos espaços de deliberação e a aprendizagem dos princípios mesmo da democracia. Pode-se aprender o pior, a instrumentalização do outro, a duplicidade, a deslealdade, o cada--um-por-si, a covardia, o mutismo. Assim, a organização do trabalho apresenta-se sempre como um lugar de aprendizagem da implicação ou da deserção dos espaços políticos. Para assumir o que implicam para a prática essas dimensões do trabalho, a teoria política não é suficiente. É necessário, como o dissemos anteriormente, uma teoria do trabalho. Mas qual teoria do trabalho? Uma teoria do trabalho que também seja uma teoria do ser humano, da inteligência individual e da inteligência coletiva. Em outros termos: é necessário uma teoria do “trabalho vivo” (Dejours, 2012b, p. 209).

Como último argumento, Dejours destaca o comprometimento daqueles que ficam apartados da experiência do trabalho, situação traduzida atualmente pela conjuntura de desemprego. A partir dela, o sujeito torna-se largamente excluído da possibilidade de realização de trocas sociais, situação acompanhada de efeitos, segundo o autor, bastante deletérios à saúde (Dejours, 2004b, 2012b).

4.3. Ação em Psicodinâmica do Trabalho

É importante ressaltar que, além do arcabouço teórico, a PDT constitui-se enquanto método de pesquisa-ação. Utiliza-se de proposta metodológica específica que prioriza a construção de grupos de reflexão sobre o trabalho. Entretanto, nesta seção, não será dada ênfase no método de ação em PDT propriamente dito, tendo em vista que o mesmo não foi utilizado em sua forma clássica neste estudo.

Todavia, serão sublinhados quatro aspectos considerados centrais no contexto de uma tese que tem como proposta compor com esta clínica do trabalho. São eles: demanda da pesquisa; importância e condições para livre circulação da palavra, postura dos pesquisadores e interpretação dos dados.

Em PDT, a pesquisa inicia-se a partir da existência de uma demanda, considerada decisiva para o andamento do processo. Se, entre outros aspectos, a PDT busca estudar o prazer e o sofrimento no trabalho, além das estratégias defensivas para fazer frente ao último, Dejours considera que isso só é possível a partir da explicitação do desejo e do voluntariado dos participantes (Dejours, 2000, 2004a,b, 2012a).

Entretanto, sabe-se que a demanda, em grande parte dos casos, não é explicitada de forma natural. “O pedido decorre de um processo espontâneo ou deve ser solicitado, ou mesmo provocado?” (Dejours, 2004b, p. 87). O próprio autor levanta uma série de questionamentos em relação às condições nas quais uma demanda pode ser considerada suficientemente clara para que seja dada por encerrada a fase de pré-pesquisa.

Assim, para que isso seja possível, investe-se significativamente no trabalho de elaboração da demanda, de forma que a mesma seja construída, significada, compartilhada e validada por todos aqueles que desejam compor um estudo nos moldes da PDT. Para Dejours (2004a,b, 2012b), a validade e a autenticidade do próprio estudo são, muitas vezes, determinadas pela qualidade deste trabalho.

Dejours (2004b) compreende que a explicitação do vivido no trabalho pode trazer consequências importantes para os indivíduos e respectivos coletivos, tanto no que tange às relações sociais no trabalho quanto à gestão da organização do mesmo. Desta forma, os pesquisadores não poderiam assumir sozinhos tais riscos que, em última instância referem-se ao futuro daquele conjunto de trabalhadores.

No trabalho de elaboração da demanda, é possível a explicitação de todos os riscos decorrentes da pesquisa para posterior tomada de decisão sobre a continuidade da mesma. Sugere-se ainda que, a lacuna ou a omissão da demanda e, no limite, a não existência dela, impedem o acesso aos aspectos subjetivos manifestos na relação do sujeito com o trabalho (Dejours, 2004a,b; Uchida et al., 2011).

Ressalta-se, entretanto, que, em PDT, o trabalho de elaboração da demanda configura-se como uma das etapas que impõe algumas das maiores dificuldades para utilização deste referencial teórico-metodológico enquanto proposta de ação. Trata-se de momento delicado e complexo por envolver uma infinidade de atores e demandar tempo significativo de investimento.

A importância do trabalho da demanda está estreitamente vinculada ao uso da linguagem verbal, principal ferramenta da ação em PDT. Para acessar o

vivido, o subjetivo, as inter-relações, Dejours considera fundamental o recurso à palavra. Para o autor, trata-se da única via de acesso à realidade localizada no âmbito do invisível, ou seja, no mundo subjetivo e que pode tornar inteligível e consciente aspectos desta natureza (Dejours, 2004c,d).

É por meio da palavra e, conseqüentemente da organização de discursos em contextos dialógicos que, segundo o autor, é possível pensar, elaborar, organizar e compreender as experiências vivenciadas de forma subjetiva. No contexto da ação em PDT, ocupa lugar de destaque para a mediação de quatro aspectos: a relação entre trabalhadores e pesquisadores; a relação entre os trabalhadores; as experiências coletivas que embasam a própria construção do coletivo e; a possibilidade de objetivação das vivências, todas, subjetivas (Dejours, 2004c,d, 2012b; Molinier, 2013).

Questiona-se, entretanto, quais são os contextos favoráveis à elaboração da experiência subjetiva, nos quais haja, portanto, a livre circulação da palavra²²; em seguida, questiona-se ainda, como compreender o aspecto da autenticidade da palavra que é proferida, sabendo-se que, eventualmente, as falas podem ser articuladas de forma esvaziada (Dejours, 2004b-d).

Sabe-se que o sofrimento não é acessível de forma direta, que sua expressão pode ser impedida pelas defesas psíquicas e que, eventualmente, os sujeitos também possuem interesses estratégicos e/ou estão submetidos a qualquer tipo de pressão ou ameaça, fato que impede sua livre expressão (Dejours, 2004b).

²² Trata-se de aspecto a ser discutido em profundidade nas próximas seções.

Desta forma, para a PDT, o aspecto da veracidade e da autenticidade da palavra dirigida aos pesquisadores configura-se como um dos grandes desafios de validação de pesquisas do tipo clínico, como é o caso daquela proposta pela disciplina. Trata-se, assim, de mais um dos motivos pelos quais o momento de construção da demanda é considerado fundamental e o papel dos pesquisadores se torna ainda mais relevante e audacioso (Dejours, 2004a-d).

Por estudar sujeitos e coletivos inseridos em situações de trabalho específicas, numa dada temporalidade, as investigações sempre tratam dos casos de modo particular e singularizado. Soma-se a isso o fato de que, tanto o pesquisador como a equipe de pesquisa envolvida também estão localizados frente à situação investigada, ou seja, sua familiaridade com o campo e sua bagagem de conhecimento influenciam a forma como vão conduzir o processo de pesquisa, as descobertas e interpretação dos achados. Ressalta-se, portanto, a importância de se considerar também a subjetividade, as angústias e defesas dos pesquisadores, mobilizadas a partir do contato com o campo da pesquisa (Dejours, 2004a-d; Molinier, 2013).

Perceber o outro e, perceber a si na relação com o outro e com o campo de pesquisa configura-se como uma situação de risco, segundo Dejours (2004d). Em PDT, tal configuração se dá a partir do binômio escuta e discurso arriscados, ou seja, que mobilizam subjetivamente, buscam a intercompreensão e a transformação individual e coletiva a partir do vivido conjuntamente. Acometem não apenas aqueles que demandam o estudo, mas também os pesquisadores envolvidos (Dejours, 2004a-d, 2012b; Molinier, 2013).

Sendo assim, o pesquisador, considerado como peça chave na ação em PDT, engaja-se na pesquisa também com uso de sua subjetividade, ou seja, é a

partir dela que percebe e interpreta o vivido. Soma-se a isso suas experiências clínicas em PDT ou em áreas correlatas (psiquiatria, psicopatologia, etc), que também contribuem na interpretação do conteúdo que chama a atenção (Dejours, 2004a,b,d; Molinier, 2013).

Possuem a vantagem de, mesmo engajados, estarem relativamente distantes da situação estudada o que, para Dejours, facilita a construção de certa posição privilegiada de interlocução, aspecto que pode auxiliar os trabalhadores a explicitarem, por meio dos respectivos discursos, as vivências de sofrimento e prazer no trabalho (Dejours, 2004a,b,d).

O trabalho de interlocução se dá a partir da explicitação, expressão e interpretação feitas por alguém que não conhece inicialmente o contexto estudado. Talvez seja justamente deste aspecto que emergja o movimento de conscientização dos trabalhadores: explicar a outrem aquilo que é desconhecido, por vezes, até para eles mesmos.

Destaca-se, portanto, que a PDT se constitui a partir de um método que dá ênfase à intersubjetividade, tanto no momento de coleta, como na interpretação dos achados. A última se faz, normalmente, em três momentos: o primeiro, sempre subjetivo; em seguida, a análise pautada no conhecimento teórico e, por fim, a validação / restituição junto ao grupo estudado. Ressalta-se ainda a importância de uma equipe e/ou um supervisor, externo às atividades de campo, que possa auxiliar, de forma geral, no processo de interpretação (Dejours 2004a-d; Uchida et al., 2011; Molinier, 2013).

Observa-se que não são reveladas verdades ou provas de aspectos referentes ao período anterior ao da realização do estudo. A pesquisa traz à tona fragmentos de uma realidade vivenciada na situação configurada pela própria

pesquisa, por meio da interpretação dos discursos. Seda assim, enquanto disciplina que se utiliza da técnica da interpretação, a PDT situa-se no bojo das ciências histórico-hermenêuticas (Dejours, 2004a-d).

4.4. Sujeito, Subjetividade e Identidade

A partir desta seção, foram escolhidos alguns conceitos da PDT, considerados fundamentais no contexto desta tese, para maior aprofundamento. Aqui serão apresentados, especificamente, três deles: sujeito, subjetividade e identidade.

Tratar dos aspectos do *trabalho* e do *trabalhar*, demanda, mesmo que de forma breve, uma incursão à noção de sujeito. Trata-se do indivíduo que carrega consigo sua história de vida, crenças e valores; que é capaz de construir soluções criativas diante dos obstáculos do viver junto e partilhar de regras e valores comuns (Karan, 2010).

Destaca-se que, em PDT, tal conceito tem como base a teoria psicanalítica. Para Dejours (2004b,c,h, 2010b, 2012b), assim como na psicanálise, fala-se em sujeito do inconsciente, logo, aquele que se constrói muito antes de ter contato com o mundo do trabalho, ou seja, a partir das relações familiares desde a primeira infância.

Ainda nesta perspectiva, a palavra possui, não apenas valor inestimável enquanto recurso base dos processos de elaboração psíquica, mas também forte influência nas possibilidades de inscrição dos sujeitos no mundo compartilhado.

Para a PDT, o sujeito, já adulto, encontra, nas diversas situações de trabalho, ou seja, neste importante recorte do mundo compartilhado, aspectos distintos em relação aos de sua história singular: valores, formas de funcionamento e resistências, por exemplo, que são por vezes, opostos à compreensão de mundo que o guiavam até então.

É exatamente neste encontro, entre mundo singular e mundo compartilhado que, como já mencionado, emerge a situação de sofrimento no trabalho. É, exatamente a partir desta construção que, para a PDT o sujeito constitui-se e é, constantemente, atravessado pelo sofrimento. É ainda, neste cenário, que se destaca o papel do trabalho como mediador da transformação do sofrimento em prazer, em realização de si (Lancman; Uchida, 2003; Lancman et al., 2009, 2013; Sznclwar et al., 2011; Molinier, 2013).

Ressalta-se, entretanto que, se ambas as disciplinas (PDT e psicanálise) compartilham o conceito de sujeito, o uso que fazem dele nas respectivas trajetórias metodológicas é bastante distinto: em linhas gerais, enquanto a psicanálise se utiliza da história infantil e dos processos transferenciais entre terapeuta e paciente para pleitear a cura²³, a ação em PDT se baseia no que é vivido pelos sujeitos na relação com os distintos contextos de trabalho e o significado que atribuem a eles para, coletivamente, alcançarem a reapropriação do sentido do trabalho e, em última instância, a emancipação (Dejours, 2004d, 2012b).

Observa-se que, para o autor, a ação no trabalho sempre proporciona algum tipo de deslocamento que, conseqüentemente, transforma os sujeitos em

²³ Não se trata da remissão de sintomas. Compreende-se a cura, no contexto analítico, como um processo de cuidado, de auto compreensão e de aproximação crítica da trajetória pessoal, guiado, cuidadosamente, em parceria com um analista.

seu mundo interno. É neste ponto que se dá ênfase ao conceito de subjetividade, entendido como o conjunto dos fenômenos psíquicos conscientes e inconscientes que colaboram e sustentam o processo de construção das identidades singulares. Constitui-se a partir da integração entre os aspectos físicos, fisiológicos, cognitivos e afetivos dos sujeitos (Lancman; Uchida, 2003; Dejours, 2004b,h; Sznclwar et al., 2011; Lancman et al, 2013).

Em seus estudos e, a partir do diálogo realizado com as obras de Freud, destaca que, tanto o trabalho psíquico (*Arbeit*) como o trabalho ordinário de produção no mundo compartilhado (*Poièses*) possibilita a assimilação de algo novo, seja no desenvolvimento de uma habilidade ou na elaboração de aspectos do vivido. Ambos passam por processos importantes de (re) arquitetura e remanejamento subjetivo (Dejours, 2012b).

Sendo assim, todas as exigências para o diálogo com o mundo compartilhado via trabalho produzem, simultaneamente, uma transformação subjetiva e uma resposta objetiva. Tal fato, faz do trabalho uma promessa para a construção da subjetividade, ampliação da consciência e para a realização de si. Ressalta-se que, a trajetória e a inter-relação entre *poièses* e *arbeit* é, portanto, o que configura o processo de sublimação, conceito que será destacado mais adiante (Dejours, 2012b).

Nota-se assim que, para o autor, tanto a sexualidade como o trabalho constituem-se como centrais para constituição de si e para o desenvolvimento da subjetividade. Trata-se, portanto, de uma defesa pela dupla centralidade do desenvolvimento humano. Em PDT ela acontece no confronto do sujeito com o real do trabalho; na psicanálise pelos destinos das pulsões, ou seja, das energias

inconscientes que direcionam o comportamento dos indivíduos²⁴ (Dejours, 2004h, 2010b, 2012b; Dejours; Gernet, 2012c).

Diante deste panorama, cada sujeito buscaria distintos cenários para recolocar em evidencia aquilo que não pode ser concretizado no campo erótico. Tal deslocamento, seria realizado a partir do desenvolvimento de uma atividade socialmente valorizada, concepção já destacada por Freud (2010) no bojo da teoria psicanalítica. Configura-se então, um panorama no qual as realizações na esfera privada e na esfera social se sustentariam mutuamente (Dejours, 2012b).

A identidade, neste cenário, configura-se como a face instável, aquela que corresponde ao “devir”, ao “vir à ser” de todos os seres humanos. Possibilita, com o passar do tempo, uma coesão entre o passado vivido e a história atual, integrando-as, ou seja, reconfigura-se constantemente (Dejours, 2004b,c,h, 2012b; Lancman; Uchida, 2003; Lancman et al., 2009;2013).

Em PDT, o conceito de identidade não opera apenas no cenário intrapsíquico; ele é, sobretudo, construído a partir da intersubjetividade. Tem-se assim, uma identidade pessoal, singular, que é construída em bases relacionais. Ainda para o autor, dois eixos constituem a identidade: o primeiro corresponde ao pertencimento a uma classe, a um coletivo, a um grupo social, configurando a identidade social; o outro repousa no que faz a todos singulares em suas especificidades: as diferenças, as marcas individuais (Molinier, 2013). Destaca-se assim que,

... é impossível compreender as questões relativas à emergência da patologia mental no trabalho restringindo a pesquisa etiológica à história singular do indivíduo e a sua interioridade privada (intra-subjetividade). Os fenômenos

²⁴ Para maior detalhamento do conceito consultar: Freud S. *Obras Completas*. V. 12. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 2010 e Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse*. 4ème édition. Paris: PUF; 2014.

psicopatológicos não são tampouco inteligíveis caso nos lembremos tão-somente dos relacionamentos entre os indivíduos (intersubjetividade), tratando-se tanto das relações hierárquicas como das relações entre colegas, tal como é sugerido pela psicologia das organizações e a análise psicossociológica dos grupos. Os conflitos, o sofrimento e o prazer que emergem em situação de trabalho devem também sua dinâmica à organização do trabalho e às dificuldades, ou mesmo aos conflitos que ela provoca entre os indivíduos, na própria dinâmica das equipes; e nos indivíduos, em decorrência das tensões que aparecem no confronto entre a situação laboral e as obrigações próprias da esfera privada. Assim, a psicodinâmica do trabalho leva a questionar novamente o estatuto do real na economia geral do prazer e do sofrimento, as estratégias defensivas e as descompensações psicopatológicas (Dejours, 2004b, p. 99).

Compreende-se, na PDT, que a identidade seja uma espécie de armadura, de proteção para a saúde mental. E, tendo em vista o aspecto relacional para a construção dessa, entende-se que fazer frente ao adoecimento mental não depende única e exclusivamente do sujeito; pelo contrário, a condição para este enfrentamento está, em grande parte, atrelada à possibilidade de reconhecimento por parte de um coletivo (Dejours, 2012b; Molinier, 2013).

Tomando como base o triângulo desenvolvido em por François Sigaut ao tratar do binômio identidade e alienação, Dejours faz uma adaptação desta representação para aproximá-la do aporte trazido pela PDT: ao invés de localizar em cada uma das pontas da figura o “eu”, o “outro” e o “real”, Dejours propõe os termos “sofrimento”, “reconhecimento” e “trabalho”, respectivamente.

Se o indivíduo mantém, por intermédio de seu trabalho, uma relação com o real, mas o seu trabalho não é reconhecido pelo outro, mesmo que esse trabalho esteja em uma relação “verdadeira” com o real, ele se encontra, também neste caso, condenado à solidão alienante. Sigaut

designa essa situação com o termo “alienação social”. É o caso do grande erudito ou do gênio não reconhecido; é também o caso mais frequente do indivíduo cujas contribuições provenientes de seu trabalho não são reconhecidas. Este trabalhador corre o risco de uma crise de identidade. Pode ainda entregar-se à loucura, que poderá ser confundida com uma espécie de alienação mental, quando vier a protestar ou a reclamar o que considera como de direito – paranoia – ou acabar perdendo a confiança em si e a duvidar da realidade com a qual está confrontado, uma vez que ninguém a reconhece – depressão. O essencial da psicodinâmica do trabalho abrange o setor da “alienação social”. Por fim, quando o indivíduo faz com que seus atos sejam reconhecidos pelo outro, mas que esse reconhecimento ocorre em um mundo psíquico que perdeu seus vínculos com o real, então, segundo Sigaut, trata-se de “alienação cultural”. É o caso das seitas, mas é também, por vezes, o caso de certas comunidades de pesquisadores, de práticos, de dirigentes políticos isolados de sua base ou de sua administração, enfim, “sem contato com a realidade” (Dejours, 2004b, p. 100-101).

Por fim, destaca-se que, com a descoberta do conceito de racionalidade subjetiva no âmbito do trabalho, considera-se que, o tempo todo, o sujeito busca se proteger e reunir esforços no intuito de construir a própria identidade: de um lado ele, com seus desejos e projetos e, de outro, o real do trabalho (Dejours, 2004b,c,f, 2010b, 2012b; Dejours; Germet, 2012c; Molinier, 2013).

4.5. Reconhecimento

Nesta seção, abordar-se-á um dos conceitos mais caros para a PDT: o reconhecimento. Sua presença nas situações de trabalho é considerada decisiva para construção da saúde mental e é, por meio dela, que se torna possível compreender porque parte dos trabalhadores consegue se emancipar pela via do trabalho. Já sua ausência, pode ser disparadora de uma série de questões,

com destaque às patologias de sobrecarga²⁵ e, no limite, a ocorrência de suicídios no local de trabalho (Dejours, 2000, 2008, 2012b).

Os trabalhadores, ao contribuírem na dinâmica coletiva do processo de trabalho, por exemplo, sempre esperam alguma retribuição que, para Dejours (2004b-d,f,g,2012b), é de natureza simbólica; trata-se, justamente, do reconhecimento. Reconhecer, nesse cenário, refere-se à validação do aporte de cada sujeito ao processo produtivo; da inteligência e dos esforços realizados; dos processos de criação, engajamento, e implicação, necessários para o alcance dos resultados esperados (Lancman; Uchida, 2003; Gernet; Dejours, 2011; Uchida et al., 2011; Dejours, 2004b-d,f,g, 2012b,c; Molinier, 2013).

Ou seja, o reconhecimento no trabalho está diretamente relacionado a possibilidade de tornar visível o real do trabalho e, conseqüentemente, o trabalho efetivamente realizado diante das condições que o indivíduo tinha para fazê-lo; admite-se, portanto, que as prescrições não viabilizam o cumprimento dos objetivos estabelecidos (Dejours, 2012b).

No registro individual, o reconhecimento faz a mediação de dois processos que estão estreitamente vinculados: a transformação do sofrimento em prazer e; o fortalecimento da identidade. É importante lembrar que, na perspectiva da PDT, a identidade é construída por meio de duas vias: o campo erótico e o campo social, do qual o trabalho é palco prioritário. Neste cenário, o reconhecimento participa do processo de realização dos sujeitos no campo social, porém, em ambos os casos, esta construção envolve e depende diretamente do outro, do agente externo (Dejours, 1997,2004b-d,f,g, 2008,

²⁵ Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, o burnout e o quadro de stress pós-traumático, por exemplo, configuram-se, para Dejours (2000, 2012b) como patologias vinculadas a sobrecarga de trabalho e aos constrangimentos de ordem organizacional.

2012b,c; Lancman; Uchida, 2003; Molinier, 2008,2013; Lancman et al, 2009;2013; Sznclwar et al., 2011; Uchida et al., 2011).

Para Dejours, a maioria das pessoas saudáveis está mobilizada a contribuir na construção das regras e valores sociais e aguarda, portanto, uma oportunidade de se construir identitariamente pelo trabalho. Sendo assim, o grande desafio reside em viabilizar processos de reconhecimento de forma a sustentar tais engajamentos, já que, segundo o autor, eles existem “a priori” (Dejours, 2012b).

Para ilustrar este processo, torna-se importante recorrer novamente ao triângulo proposto por Dejours (a partir do triângulo de François Sigault). A PDT, ao localizar o reconhecimento enquanto fator de proteção da saúde mental e da identidade contra a alienação social, destaca o outro enquanto instrumento fundamental (Dejours, 2004b, 2012b).

Figura 1: Representação da alienação social sob o ponto de vista da PDT (Fonte: Dejours, 2000, 2004b, 2012b).

O reconhecimento atribuído pelo outro, auxilia na construção do sentido do trabalho, ou seja, o sofrimento provocado pelo encontro do sujeito com o real do trabalho tem a oportunidade de ser significado socialmente, fato que

impulsiona a transformação do mesmo em prazer (Renault, 2008; Dejours, 2012b).

No universo subjetivo, o sentido do trabalho é condição *sine qua non* para a construção da identidade. Sua ausência, pode, portanto, acarretar a eclosão de distintas patologias. Ressalta-se, porém, que, anteriormente a este processo, os sujeitos desenvolvem individual ou coletivamente, inúmeras defesas no intuito de evitar a descompensação (Dejours, 1998, 2004b, 2012b,c; Lancman; Uchida, 2003; Dejours; Bègue, 2010d; Molinier, 2013).

Entretanto, destaca-se que, ao atribuir ao outro e ao coletivo lugar central na dinâmica do reconhecimento, simultaneamente coloca-se em evidência a vulnerabilidade do sujeito quando, individualmente, luta para construir sua identidade.

Tomando como ponto de partida a contextualização apresentada, é notório que o processo de reconhecimento acontece, necessariamente, a partir de julgamentos proferidos individualmente pelos pares e, principalmente pelos coletivos de trabalho. A PDT destaca dois tipos de julgamento: o de beleza, de caráter horizontal, ou seja, proferido pelos pares diretos ou membros de comunidades profissionais; e o de utilidade, de caráter vertical, proferido pelas chefias e pelos subordinados, na linha hierárquica da instituição (Dejours, 1997, 2004b-d,f,g, 2008, 2012b,c; Lancman; Uchida, 2003; Molinier, 2008, 2013; Lancman et al, 2009; 2013; Sznalwar et al., 2011; Uchida et al., 2011).

Com relação ao julgamento de beleza, é caracterizado por três aspectos:

- Em primeiro lugar, só pode ser proferido pelos pares pois, apenas eles, conhecem efetivamente o trabalho desenvolvido, as respectivas regras e/ ou parâmetros, além de todas as dificuldades para concretizá-lo;

- Refere-se, inicialmente, ao reconhecimento da qualidade do trabalho, com referência às regras inerentes a ele, que são elaboradas e colocadas em prática pelos próprios trabalhadores em momentos de deliberação coletiva, quando estes existem (tal aspecto será destacado nas seções a seguir). Trata-se de componente importante que marca a entrada e o pertencimento do sujeito a um grupo, a uma comunidade e/ ou coletivo;
- Por fim, diz respeito ainda ao reconhecimento do que é singular à contribuição daquele trabalhador, ou seja, que extrapola às regras coletivas, caracterizando a presença de uma marca individual, de astúcia e originalidade. Reside, neste ponto, a contribuição desta vertente do reconhecimento para a construção da identidade singular.

Já o julgamento de utilidade:

- Refere-se ao uso e a utilidade técnica, econômica e social da contribuição dos sujeitos e coletivos. Observa-se que os parâmetros para estas avaliações são pautados em decisões organizacionais e políticas, internas e externas à instituição;
- Avalia o resultado do trabalho, ou seja, o êxito no cumprimento dos objetivos estabelecidos e não os meios e métodos empregados para tal;
- São proferidas pelos subordinados ou pelos chefes e não pelos pares ou coletivos profissionais.

Ressalta-se, portanto, que o julgamento de beleza se apoia nos registros do trabalho realizado; já o julgamento de utilidade se apoia em parâmetros

relacionados à eficiência. Entretanto, ambos têm em comum o fato de se darem no registro do fazer, ou seja, acontecem a partir do reconhecimento do trabalho e não da pessoa que o realizou. A identidade no registro do “ser”, obtém ganhos, porém a retribuição simbólica primeira ocorre no registro da ação (Dejours, 2012b).

Destaca-se ainda que, ambos os julgamentos devem ser diferenciados da gratidão, sentimento manifesto pelos usuários, ou pelos clientes, quando do recebimento dos resultados do trabalho e/ ou, do serviço prestado. Em decorrência das naturezas distintas, a gratidão não substitui o reconhecimento, apesar de também ser considerada importante na vida profissional. Os usuários não têm condições de avaliar o trabalho realizado; na melhor das hipóteses, manifestam-se sobre o resultado dele (Molinier, 2013).

Não se pode negar que as inúmeras situações de trabalho e mesmo as diversas profissões existentes, não se equivalem no que se refere a possibilidade de reconhecimento. Torna-se importante recuperar a ideia de que o trabalho se constitui enquanto palco de relações de poder e dominação que, conseqüentemente, tem reflexos para todos que trabalham, inclusive na possibilidade de emancipação e realização de si (Dejours, 2012b).

Destaca-se, neste contexto, os trabalhos nos quais o resultado não é aparente, como é o caso das atividades de serviço e, entre elas, as de saúde. Nestes casos, soma-se ao trabalho propriamente dito, que já é do campo do invisível, a pouca ou mesmo inexistente materialidade de seus resultados.

Em posse destas informações, destaca-se que a dinâmica do reconhecimento depende, grande parte, da aptidão coletiva em dar visibilidade e ajustar, da melhor forma possível, os julgamentos de beleza e de utilidade.

Afinal, ao se colocar em evidência o trabalho e todas as implicações decorrentes dele, tais como as respectivas contradições, ambiguidades, potencialidades, incoerências, etc, é que se abre a possibilidade da construção de relações de solidariedade entre colegas (Dejours, 2012b).

Soma-se a isso a necessidade urgente da construção de políticas e de processos de gestão internos às instituições que possam assegurar a existência do reconhecimento no trabalho. Afinal, em decorrência dele, trabalhar extrapola os muros da produção; torna-se também a transformação e a construção de si mesmo (Dejours, 2012b, 2015; Molinier, 2013).

Contudo, mesmo sendo clara a importância do reconhecimento para a construção da saúde, da identidade, para a realização de si e, também para a cooperação e construção de relações de solidariedade nos ambientes de trabalho, a falta dele no mundo do trabalho é pauta recorrente, de acordo com alguns dos estudos de PDT realizados (Dejours, 2010b, 2015; Molinier, 2008; Déjours; Bègue, 2010d).

4.6. Notas sobre a *Cooperação*

Nesta seção será apresentado, mesmo que brevemente, outro conceito fundamental no bojo da PDT: trata-se da “*cooperação*”. Nessa perspectiva, ela se constitui, inclusive, como uma importante ferramenta de estruturação de coletivos, proporcionando ganhos que extrapolam os ambientes de trabalho: podem se estender até à Polis, contribuindo, assim, nos processos democráticos de uma nação. Sabe-se, no entanto, que a cooperação não nasce de forma espontânea no seio das organizações (Dejours, 2012b).

Se, no âmbito individual fala-se em trabalho previsto versus trabalho efetivamente realizado, no âmbito coletivo, trata-se em termos de coordenação e cooperação. Ou seja, pode-se compreender a cooperação como fruto do trabalho coletivo efetivamente realizado, fato que indica, de forma geral, a contribuição e o engajamento dos sujeitos na dinâmica do trabalho (Dejours, 2012b).

Sendo assim, não se pode considerar a cooperação como algo inerente à organização do trabalho. Mesmo se eventualmente prevista em termos de “trabalho em equipe”, ela jamais será materializada se não existirem condições que viabilizem este processo (Dejours, 2012b).

Em linhas gerais, tais condições passam por aspectos subjetivos de cada trabalhador, ou seja, pelas razões individuais que os levam a contribuir de forma a criar e sustentar tal dinâmica; por outro lado, tem-se ainda aspectos sociais e comunicacionais, inerentes à própria organização do trabalho, que viabilizam ou não essa forma de funcionamento (Dejours, 1997, 2004a,b,d,e,h, 2012a,b, 2015).

Ressalta-se que, as responsabilidades individuais no tocante à cooperação, devem sempre ser contextualizadas no bojo dos constrangimentos organizacionais de uma dada situação de trabalho. Ou seja, trata-se de um processo no qual estão envolvidos pares de trabalho, ou seja, trabalhadores que ocupam uma mesma posição hierárquica, mas também, chefias imediatas e demais gestores da linha hierárquica da instituição, refletindo, portanto, a própria política institucional (Dejours, 2012b).

Tomando como ponto de partida os aspectos coletivos e organizacionais, além do fato de que todos os trabalhadores tenham *naturalmente* uma vontade

de cooperar, o primeiro ponto relevante na dinâmica da cooperação é a necessidade da existência da confiança entre os trabalhadores. Mas, como ela se constrói entre pares, subordinados e chefias?

Nos contextos de trabalho, para confiar nos colegas, é fundamental que cada um possa saber se todos estão sob o julgo das mesmas regras, se as respeitam, se respondem aos mesmos parâmetros. É necessário ainda saber como cada um trabalha. Isso inclui, por exemplo, tornar visível a incompatibilidade entre trabalho prescrito e efetivamente realizado, as incoerências, contradições e imprecisões das prescrições. Implica ainda, dar visibilidade às inteligências individuais, ao engajamento subjetivo e até a maneira como cada um subverte as regras do trabalho, de forma a superar todos os constrangimentos existentes e responder às exigências da produção (Dejours, 1997, 2012b).

De certa forma, revelar o próprio saber-fazer a um coletivo de trabalho implica enfrentar inúmeros riscos: risco do conhecimento individual ser apropriado pelos colegas; risco de, ao tornar inteligível o saber fazer, o trabalhador coloque em evidência as próprias fragilidades, imperfeições, dificuldades e, por fim; risco das informações expostas serem usadas contra o próprio sujeito que as expôs (Dejours, 2004b, 2012b).

Tal processo apenas ocorre se a lealdade de todos os envolvidos exista. Para Dejours, confiança e lealdade estão diretamente e intimamente vinculadas. Tal fato, coloca em evidência dois aspectos: primeiramente que a cooperação, ao depender das relações de confiança e lealdade pauta-se, sobretudo, na ética em detrimento da técnica; em seguida que, a confiança ou melhor, a falta dela, torna-se uma das grandes dificuldades para a efetivação e, conseqüentemente,

a existência do trabalho coletivo e dos processos de cooperação (Dejours, 2012b).

Se, para a existência de relações de confiança precisa haver, de antemão, a intercompreensão sobre o “*modus operandi*” de cada trabalhador, a criação de espaços nos quais seja possível que este processo aconteça, se torna imprescindível. Trata-se do espaço de deliberação, no qual a livre circulação da palavra, a tomada de decisão com relação às regras e a construção de acordos e normas que vão reger o próprio trabalho tenham lugar garantido (Dejours, 2012b). Tendo em vista sua importância no contexto desta tese, ele será abordado de forma específica na seção seguinte.

Nota-se, porém, que, cada trabalhador possui formas próprias de compreender e de colocar em prática a organização prescrita do trabalho. Sendo assim, quando não há possibilidade de construção de consensos nos espaços de deliberação, recorre-se à arbitragem (Dejours, 1997, 2012b). Trata-se também de conceito fundamental no bojo desta tese e ganhará, portanto, seção específica para aprofundamento.

Destaca-se, neste contexto que, a cooperação não acontece apenas na linha horizontal, ou seja, entre pares. Acontece ainda, e de forma muito importante, na linha vertical, ou seja, entre chefes e subordinados. Chefes podem arbitrar em determinadas circunstâncias; subordinados podem conseguir que o chefe assuma certos compromissos frente ao coletivo de trabalhadores em outras. Evidencia-se, assim, diferentes linhas de força atravessando os processos de cooperação (Dejours, 2012b, 2015).

Em síntese, do âmbito individual até a construção de um coletivo, o trabalhador vivencia três processos: mobiliza-se para fazer frente ao sofrimento

gerado pelo confronto como o real do trabalho; se esforça para estar presente e contribuir nos debates, nos ajustes coletivos acerca da organização do trabalho e, para isso; coloca-se em uma situação de risco, ao expor seu saber-fazer. Desta forma, não se pode negar ou mesmo diminuir a importância do desejo de cada sujeito de se engajar na gestão da organização do trabalho, de forma a contribuir com sua evolução (Dejours, 2012b).

Inicialmente, adotou-se enquanto princípio que o desejo de cooperar estava presente senão em todos, na maioria dos trabalhadores. Dejours (2004b, d, 2012a,b) considera que grande parte deles possui a vontade de contribuir e, desta forma, a questão seria de como não interromper tal mobilização subjetiva. É quase como se, ao se confrontarem com o real do trabalho, os sujeitos não pudessem impedir seu movimento em direção à tarefa.

Tal movimento está diretamente relacionado ao que se nomeia em PDT como dinâmica da contribuição e retribuição. Nela, o sujeito sempre se beneficiaria simbolicamente dos efeitos de um trabalho de qualidade. À contribuição que ele imprime no coletivo de trabalho e, conseqüentemente, na própria organização do trabalho, ele espera uma retribuição que, como apresentado na seção anterior, toma forma do reconhecimento (Dejours, 1997, 2004b-d,f,g, 2008, 2012,b,c; Lancman; Uchida, 2003; Molinier, 2008, 2013; Lancman et al., 2009,2013; Gernet; Dejours, 2011).

Reconhecimento do fazer, com potenciais registros no reconhecimento do ser. Possui, como descrito na seção anterior, duplo sentido: reconhecimento da singularidade, originalidade, utilidade e beleza da produção, de um lado; mas também, a constatação da não correspondência das prescrições com o trabalho efetivamente realizado de outro. O que se considera, portanto, como natural e

espontâneo, é o movimento que o sujeito faz na direção da conquista da própria identidade e da realização de si, que viria, neste contexto, por meio do reconhecimento de determinada ação / produção no cenário do trabalho (Dejours, 2004b, 2012; Molinier, 2013).

Torna-se mais uma vez evidente, segundo esta perspectiva, a existência de uma racionalidade para além da instrumental e da axiológica. Trata-se da racionalidade páthica, pela qual os sujeitos buscam se realizar subjetivamente e preservar a vida em si (Dejours, 2004b,c, 2012b).

Destaca-se assim, novamente, os três eixos nos quais se estrutura o trabalho, tal como compreendido no contexto desta tese: objetivo, representado pelo resultado da produção; subjetivo, traduzido pela construção da identidade e da transformação e realização de si e; social, via contribuição na construção de regras e valores e na cultura, que se estende até à construção da polis e as possibilidades do exercício da democracia de uma nação.

Falou-se, até o momento, da cooperação que acontece entre pessoas, de uma cooperação genuína, com consequências positivas para quem trabalha, para a organização do trabalho e também para a Polis. Entretanto, Dejours (2012b) destaca que, nos últimos anos, a não consideração das dimensões da liberdade e das vontades individuais em cooperar, somadas à inexistência de condições que construam e sustentem o desejo coletivo de trabalhar conjuntamente, têm dado lugar à cooperação engendrada pelo medo.

Para o autor, diversas estratégias têm sido utilizadas no mundo contemporâneo com vistas à desestruturação dos coletivos de trabalho; a principal delas seria a avaliação individual de desempenho. Quando os benefícios oriundos das avaliações incidem única e exclusivamente sobre o

trabalhador avaliado (sejam eles financeiros, de promoção na carreira, ou apenas o fato de permanecer no emprego), comportamentos de deslealdade começam a compor a cena e, conseqüentemente, o medo ganha espaço e, em alguns casos, torna-se preponderante nas situações de trabalho (Dejours, 2004b, 2008, 2012b; Dejours; Bégue, 2010d).

Confiança e lealdade, fundamentais para a construção da cooperação entre as pessoas, cedem espaço à deslealdade, ao medo e a sensação constante de ameaça. Ou seja, a cooperação acaba por se estruturar em outras bases. Ressalta-se, porém, que a cooperação num sistema no qual o medo impera, funciona de forma distinta de quando é sustentada nas bases da deliberação coletiva.

[...] a gestão pelo medo emprega dois tipos de meios. O primeiro consiste em explorar a fonte dos saber-fazer e das competências coletivas acumuladas pela organização do trabalho anterior à política de avaliação individualizada. Mas essa fonte não é inesgotável. Ao contrário. Com a partida dos mais experientes, com as paralisações constantes do trabalho e os afastamentos prolongados daqueles que caem acometidos por diferentes doenças, a fonte vai se esaurindo. No curto ou médio prazo, ela se esgota. Não se pode assim explicar a cooperação sob o regime do medo pelo único viés deste último. O segundo é bem mais complexo. Passa pela “cooperação reduzida em busca das compatibilidades”. A cooperação em sua forma completa é antes uma cooperação entre pessoas e releva propriamente do trabalho vivo. Mas ela é também uma cooperação com objetos técnicos: com máquinas, com uma linha de produção para o setor de construção de automóveis, a montagem eletrônica ou os abatedouros, por exemplo, [...] cooperar é, de fato, [...] procurar compatibilidades entre instâncias. Uma instância pode, em uma determinada perspectiva conceitual, ser constituída por um colega, um subordinado, um chefe, um objeto técnico, ou um cliente. Oferecer uma contribuição à cooperação consiste aqui em ajustar seu próprio modo operatório, de maneira que ele esteja adequado com o funcionamento das demais instâncias com as quais cada

operador está em relação direta, sejam elas humanas ou “maquínicas” (Dejours, 2012b, p. 89).

Em contextos nos quais a cooperação está reduzida à sua dimensão “maquínica”, cada trabalhador procura ser o mais independente possível, ou seja, trabalhar de maneira individualizada, sem a necessidade de estabelecer qualquer diálogo com os colegas. Segundo Dejours (2012b), nos casos extremos, a comunicação se faz apenas por e-mail, mesmo se o colega está a meio metro de distância do posto de trabalho daquele que emite a mensagem. Estas, resumem-se, ainda, à troca de informações e/ou comunicados.

Destaca-se, entretanto, que, em ambos os casos – cooperação calcada na saúde e na comunicação, ou aquela construída sob as bases do medo -, o consentimento dos trabalhadores está sempre presente. Tem-se, portanto, um híbrido formado por constrangimento e liberdade, de magnitudes e proporções distintas em cada uma delas (Dejours, 2012b).

Ressalta-se, neste sentido, que a existência de liberdade para contribuição na organização do trabalho, mesmo na cooperação orientada para a saúde, por exemplo, possui limites. Todos os atores envolvidos renunciam de formas e em instâncias distintas.

Imaginemos uma situação de trabalho na qual as habilidades, desejos, formas de inteligência e, conhecimento de todos os envolvidos estivessem totalmente livres, fluidas, e seguissem seu sentido próprio. A produção de uma obra, de um trabalho, de uma ação comum, seria praticamente inviável.

O trabalho coletivo depende, sobremaneira, da mobilização das inteligências individuais em prol de objetivos comuns. E, inicialmente, corre-se o risco de que tais percursos singularizados não tenham nenhuma “tendência” a

organizarem-se espontaneamente, ocasionando, muito provavelmente, um ambiente caótico, no qual a composição seja improvável (Dejours, 2012b).

Mesmo se há necessidade de construir regras comuns, alguns aspectos das inteligências individuais exigem certa descrição, de forma que todos consigam efetivamente operarem juntos na construção da obra comum. Destaca-se o papel da coordenação que tem, portanto, a missão de viabilizar com que as inteligências singulares se transformem em uma inteligência no plural, ou seja, produzida por e para aquele coletivo de trabalho, que tem como eixo central o fato de atravessar ou relacionar-se mais diretamente com trabalho de todos (Dejours, 2004h, 2012b).

A renúncia acontece nos dois níveis da hierarquia, ou seja, tanto no horizontal, entre pares, como no vertical, entre pares e subordinados. Este processo demanda dos sujeitos o que Dejours aponta como um dos desafios mais difíceis do trabalho: autolimitar-se, ou seja, de maneira consciente e voluntária, os sujeitos devem circunscrever suas habilidades de forma a compor no coletivo de trabalho para, assim, encontrarem seu espaço (Dejours, 2012b).

[...] É por isso que para obter um determinado cromatismo de uma orquestra ou de um coral, é necessário que os instrumentistas ou coristas encontrem um compromisso entre dar o melhor de si, por um lado, limitar-se em sua intensidade sonora ou vocal, ou na velocidade ou virtuosismo, por outro, para alcançar a unidade sonora almejada. Todos não podem ser solistas a um só tempo e uma orquestra não pode ser a soma de solistas tocando cada qual com todo ímpeto de seu talento. O mesmo ocorre em um laboratório de pesquisa: é necessário que os mais talentosos e os mais eruditos aceitem limitar as suas intervenções e não imponham todo o seu peso nas discussões, isso para que os jovens pesquisadores, os menos familiarizados com o tema, possam contribuir com a sua juventude e a impertinência das ideias de sua geração que jorram soltas para a construção da obra coletiva. O mesmo ocorre em uma equipe de cuidados

psiquiátricos, mesmo se todos não têm o mesmo estatuto (tal como em uma orquestra, onde há o lugar específico do spalla e dos demais músicos, ou em um laboratório de pesquisa, onde há diferentes categorias de pesquisadores e de atribuições), é essencial que um enfermeiro (mesmo sabendo-se que se trata de um profissional de grande eficiência) saiba conter o seu entusiasmo ao cuidar de um doente difícil para não desestabilizar a relação já precária entre esse doente e outro enfermeiro, uma vez que uma atuação em sentido oposto poderia desqualificar este último. O mesmo ocorre em um canteiro de obra, onde cada um deve saber, em determinadas circunstâncias, limitar seu desempenho para não prejudicar e desorganizar o trabalho dos demais operários, menos habilidosos ou mais velhos (Dejours, 2012b, p. 126).

Isso se aplica também às chefias que, devem autolimitar-se quando percebem erros dos seus subordinados ou mesmo formas distintas de se chegar aos objetivos estabelecidos.

Em suma, tanto para o grupo de pares como para as chefias e subordinados, a renúncia está fixada em três pilares: compreensão da subjetividade e das capacidades do outro; uso de uma habilidade intelectual para autolimitar-se e, por fim, construção de uma trajetória que pode levar ao processo de sublimação (Dejours, 2012b).

Segundo Dejours, a participação dos sujeitos na construção de uma obra que seja de fato coletiva, proporciona uma aproximação entre pares, ou seja, traz algum tipo de ligação entre os seres humanos. Possibilita ainda o acesso ao prazer. Trata-se de uma via de mão dupla: prazer e saúde no trabalho aliada às exigências de produtividade (Dejours, 2012b).

4.7. Atividade Deontica

Como destacado na seção anterior, um dos eixos que sustenta a cooperação refere-se à possibilidade dos trabalhadores darem visibilidade ao respectivo modo de trabalhar e conhecer o do seus pares. Soma-se a isso a construção coletiva de regras do trabalho. A este processo, dá-se o nome de “deontologia do fazer” (Dejours, 2012b). Repousa em considerações que possam auxiliar as pessoas a trabalharem juntas. Tais considerações por sua vez, assentam-se nas experiências individuais face ao real do trabalho.

As vivências de cada trabalhador em situação de trabalho serão sempre únicas, singulares. Entretanto, por meio do uso da linguagem, é possível compartilhar aquilo que se refere ao universo comum, ou seja, que atravessa a todos (Dejours, 2004c,d, 2012b).

Por meio de processos narrativos, nos quais os esforços de inteligência e o saber-fazer de cada um são colocados à prova, são explicitados os constrangimentos e o sofrimento, próprios ao confronto com a situação de trabalho. A partir de uma escuta direcionada à intercompreensão, as insuficiências da organização do trabalho prescrito são colocadas em evidência (Dejours, 2012b).

Inicia-se assim, a construção de um caminho que rompe com a solidão e cria relações de solidariedade e de corresponsabilidade nos ambientes de trabalho. Surge também deste processo, a construção de estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento causado pelos constrangimentos da organização do trabalho. Destaca-se ainda que, o compartilhamento de múltiplas

experiências pode fomentar o surgimento de uma sensibilidade e de habilidades comuns no coletivo de trabalho (Dejours, 2012b).

Neste ponto especificamente, Dejours (2012b) faz um paralelo com a teoria psicanalítica. Para o autor, o engajamento, o desejo e o comprometimento para a construção de uma obra comum, são os principais componentes que fomentam a ligação entre os indivíduos que estão em busca da realização de si; e não o amor e as relações libidinais, como propunha Freud.

Ainda para o autor, no caso da cooperação, por exemplo, a mobilização subjetiva não tem como origem a libido já que, dentro de um coletivo de trabalho, não existem apenas pessoas com as quais se possui afinidades. Entretanto, a partir do momento em que o trabalhador reconhece em seus pares, competências que estão ancoradas no fazer, ele pode colocar-se ao lado deles no trabalho. A confiança, a lealdade e o respeito às regras de trabalho pactuadas são os fatores que tornam este processo possível. São estas regras, inclusive, que conformam, circunscrevem e caracterizam um coletivo de trabalho (Dejours, 1997, 2012b).

A construção de regras se inicia a partir da existência de espaços de deliberação nas instituições. Neles, os trabalhadores explicitam seus modos operatórios, fazem proposições, defendem suas posições, emitem opiniões, de forma a fazer avançar a organização do trabalho. Ou seja, com base em aspectos técnicos, éticos e sociais, formulam proposições que são colocadas à prova neste espaço público (Dejours, 2012b, 2015; Molinier, 2013).

Defende-se a existência de espaços de deliberação de naturezas distintas dentro das instituições: os formais, materializados nas reuniões ordinárias das

equipes; e os informais, caracterizados pelos espaços de convivência, como a sala do café, os vestiários, entre outros.

Por exemplo: em um serviço hospitalar de medicina especializada, há pelo menos dois espaços formais: a visita do professor da cátedra (ou médico-chefe do serviço) e a reunião semanal da equipe. E há espaços informais: a sala de estar dos plantonistas, a copa e, às vezes, a secretaria (Dejours, 2012b, p. 85).

Para Dejours, os espaços informais são tão importantes quanto os formais pois, a partir deles, é possível dar lugar às práticas de convivência, que auxiliam largamente no ajuste das regras do trabalho. Nele, as interpretações relativas aos parâmetros estabelecidos nos espaços formais são melhor elaboradas.

Mesmo se de natureza heterogênea, a articulação dos espaços informais e formais é fundamental para o desenvolvimento efetivo da cooperação. De acordo com a PDT, quando os espaços informais funcionam bem, os espaços formais acabam configurando-se como um lugar de referência comum e oficial para validação das regras e ordens (Dejours, 2012b).

Ressalta-se a riqueza da existência de espaços de deliberação e da cooperação efetiva, na medida em que permitem que “coexistam e vivam juntos os egoísmos, passando pela elaboração de compromissos negociados entre os indivíduos do coletivo. É sem dúvida aqui que reside a força extraordinária do trabalho em relação à socialização: tornar possível a cooperação dos egoísmos na concórdia” (Dejours, 2012b, p. 98).

Infelizmente, segundo Dejours, as formas de se organizar o trabalho no contemporâneo, acabam por eliminar a existência de ambos os espaços de deliberação, considerados, por vezes, como “*tempo perdido*” para alguns gestores e políticas empresariais. Dejours novamente apresenta a introdução

das avaliações individualizadas de desempenho como um marcador deste processo. Neste cenário, os trabalhadores acabam por desenvolver a postura do “cada um por si” e, para tanto, necessitam calar-se, chegando, em certos casos, à serem desleais com os colegas (Dejours, 2008, 2012b, 2015).

Tem-se como hipótese que, a destruição dos espaços de deliberação coloca em risco o próprio exercício da democracia, na medida em que se constituem como instâncias pré-políticas e, desta forma, podem fomentar o desejo dos sujeitos em participarem de atividades associativas para além do âmbito do trabalho. A destruição dos espaços de deliberação estimula, portanto, posturas individualistas (Dejours, 2012b).

Para além desses aspectos, outro componente que pode trazer dificuldades para a ocorrência da cooperação, refere-se ao fato de que, além de ser necessário que cada trabalhador dê visibilidade à forma como trabalha, um ou alguns dos modos operatórios explicitados deve ser eleito como aquele que norteará o trabalho do coletivo. Tal escolha é feita com base na avaliação daquele que trará maior número de benefícios à cooperação.

Há, portanto, a demanda de que todos invistam tempo e estejam efetivamente implicados nas múltiplas negociações realizadas nos espaços de deliberação, afinal, isso vai determinar a qualidade das discussões, da argumentação e consequentemente da própria deliberação. Reside, exatamente neste aspecto, a força do grupo em fazer progredir a organização do trabalho (Dejours, 2012b).

Caso não seja possível o estabelecimento de consensos no momento da tomada de decisão sobre a melhor conduta no seio da organização do trabalho, é necessário a presença de uma figura que faça o papel de árbitro, ou seja, a

partir de sua força e de sua permeabilidade no coletivo, possa tomar a decisão. Geralmente as arbitragens são materializadas na figura do coordenador, do chefe, do responsável técnico, etc que, ao ocupar papel estratégico, poderia colocar em diálogo as necessidades do coletivo de trabalhadores e as demandas da instituição. Sua autoridade será, inclusive, avaliada posteriormente, com base na qualidade de sua deliberação (Dejours, 2012b).

Tal discussão será feita de maneira mais aprofundada na próxima seção, porém é importante destacar que, nem sempre os espaços de deliberação conseguem acontecer sem a presença desta figura, que acaba por auxiliar na sustentação do mesmo.

Ressalta-se, assim, que a atividade deôntica não acontece apenas no sentido horizontal, mas também no sentido vertical, ou seja, entre pares e chefias, e toma, quando presente, todas as instâncias da instituição, com consequências para todos os envolvidos. Trata-se, assim, de uma decisão que distribui parte do poder das instituições entre todos os trabalhadores, que se tornam, simultaneamente, protagonistas na gestão da organização do trabalho.

Em uma empresa ou em um órgão público em que são mantidos os espaços de deliberação da organização do trabalho, muitos assalariados percebem com clareza seu poder de agir sobre as instituições, sobre os órgãos de transmissão, sobre a interpretação dos textos, do regulamento, das leis, graças à sua palavra, à sua participação nas instâncias com poder deliberativo, e graças à sua intervenção nos debates e nas assembleias. Para além da contribuição que eles imprimem na organização do trabalho *stricto sensu* (pelo viés da cooperação), os assalariados podem, às vezes, ter uma influência na governança mesma da empresa ou da organização. Esta influência passa pelo poder de agir do qual se serve com destreza quando se trata de elaborar compromissos práticos entre a direção e os assalariados acerca da organização do trabalho. A possibilidade de participar, de contribuir com a deontologia institucional

proporciona em geral um forte movimento de interesse por parte dos assalariados, que se envolvem na tarefa sem medir esforços (Dejours, 2012b, p. 195).

Independente se ele acontece via consenso ou arbitragem, a obtenção de um acordo que seja considerado justo, que sirva de referência ao longo do tempo, e que valha efetivamente para todos aqueles que participaram da sua elaboração, o caracteriza como um *acordo normativo*. Um conjunto de acordos normativos conformam as *regras de trabalho* (Dejours, 2012b; Molinier, 2013).

Já ao conjunto delas, estabelecido de maneira sólida de forma a ser reproduzido, dá-se o nome de *regras de ofício*. São constantemente ajustadas, revistas e avaliadas pelo coletivo, no cotidiano de trabalho. Ou seja, não podem ser prescritas já que regulam e caracterizam a existência dos coletivos de trabalho (Dejours, 2012b; Molinier, 2013).

Acordos normativos e regras de trabalho e de ofício são construções atravessadas por dimensões sociais, técnicas, languageiras e éticas. Ou seja, organizam as relações entre as pessoas; as atividades e as forma de executá-las, inclusive no tocante à sua qualidade; destacam a primazia da linguagem na construção dos coletivos de trabalho, e; indicam os valores e as normas de referência (Molinier, 2013).

Tem-se, portanto, que cada regra ou acordo presente no ambiente de trabalho também organiza ou faz a mediação do viver junto. É exatamente em decorrência disso que, segundo Gernet e Dejours (2011, p. 63) “trabalhar não é somente produzir, é também viver junto”.

Por fim, destaca-se que, um dos principais objetivos de todo o processo que envolve a atividade deôntica, é a reapropriação da autonomia vis-à-vis à

atividade e, por sua vez, à organização do trabalho. Ela, segundo Dejours (2004b, 2012b), é elemento indispensável para a realização de si, desenvolvimento de habilidades, o exercício da inteligência e, certamente, para construir o sentido no sofrimento no trabalho.

4.8. Arbitragem e Autoridade

O trabalho oferece um terreno formidável, mesmo se trivial, para a investigação, mas também para a experimentação e ainda para a aprendizagem da autoridade. Pois a cooperação não diz apenas respeito às ligações que os homens estabelecem entre si no plano da paridade. A cooperação passa também por ligações de solidarização vertical, de subordinado a chefe e de chefe a subordinado. O organograma de uma instituição, de uma empresa ou de uma repartição releva da organização prescrita. Mas a organização efetiva das relações hierárquicas reveste outros níveis de complexidade. Conjuga dimensões humanas heterogêneas: a desigualdade e a autoridade, a renúncia e o entusiasmo, o reconhecimento e a legitimidade. A cooperação entre pares repousa sobre uma atividade deôntica. A cooperação vertical também (Dejours, 2012b, p. 147).

A discussão filosófica e política sobre o tema do reconhecimento está focada na relação entre aqueles que lutam pelo reconhecimento, de uma parte, e aqueles que detêm o poder de conceder o reconhecimento, do outro. A análise sobre esta relação é geralmente polarizada no sentido de cima para baixo: aqueles que estão embaixo lutam para obter um reconhecimento por parte daqueles que estão em cima. Não se outorga talvez a atenção necessária à dinâmica inversa: aquela pela qual uma autoridade, para constituir-se, necessita de um reconhecimento de baixo (Dejours, 2012b, p.148).

Os processos de deliberação, necessários para que os acordos e, posteriormente, as regras de trabalho sejam construídas por um coletivo, nem

sempre são de fácil execução. O ajuste de opiniões divergentes, desavenças em potencial, críticas excessivas, não é evidente, ao menos de imediato.

Sendo assim, a obtenção de consensos constitui-se efetivamente enquanto desafio. Soma-se a isso o fato de que, por vezes, face ao desgaste dos trabalhadores e à impossibilidade de encaminhamentos mais assertivos, as discussões feitas por horas a fio necessitam ser encerradas, mesmo que pontualmente, para serem retomadas em outro momento (Dejours, 2012b).

Desta forma, como dar coerência e contribuir para os processos de cooperação e para o avanço da organização do trabalho, mesmo diante da dificuldade para obtenção de consensos? Estariam ambas ameaçadas, na ausência ou na impossibilidade do desenvolvimento de processos consensuais?

Para solucionar este *dilema*, recorre-se à arbitragem. O termo *arbitragem* designa, neste contexto, processos de tomada de decisão que são personificados por um dos agentes envolvidos no contexto da deliberação. A ocorrência de arbitragens denota que algum ou alguns dos trabalhadores têm atribuído à sua palavra e/ou à sua capacidade de fazer a gestão de conflitos, compreender e deliberar sobre determinados temas, valor, importância e/ou *peso* maior que a dos demais. Ou seja, a palavra, o gesto, a performance de um membro do coletivo acaba por se sobressair em relação a dos colegas (Dejours, 1997, 2012a,b, 2015).

Entretanto, a arbitragem pode, por si só, impulsionar ainda mais os conflitos e os sentimentos de impotência e injustiça a depender de como ela acontece e da forma como é construída. Sendo assim, quais seriam então, as condições essenciais para que ela fosse proferida de modo a dirimir potenciais conflitos e fazer avançar a organização do trabalho?

Para responder a esta questão, Dejours (2012b) recorre ao valor da *autoridade* do sujeito que arbitra. Ressalta-se que, a noção de *autoridade* introduz, no seio na organização do trabalho, o aspecto da cooperação vertical entre chefe e subordinados.

Inicialmente, é essencial destacar que a autoridade, na perspectiva da PDT, é uma construção cotidiana fruto de inúmeras negociações que acontecem no seio da organização do trabalho. É ela que faz com que a decisão de quem arbitra se legitime no seio do grupo e, desta forma, contribua para o desenvolvimento do trabalho coletivo. Para tanto, implica, de um lado, a existência do consentimento do conjunto de trabalhadores envolvidos com relação à decisão tomada, e; de outro, que o árbitro sustente as consequências da decisão tomada, sejam elas positivas ou negativas (Dejours, 2012b).

Dejours (2012b; 2015) destaca que a construção da autoridade deve ser estabelecida com base no trabalho, ou seja, sobre a experiência fruto do enfrentamento do real, do *trabalhar* em ato; sendo assim, a autoridade seria revelada pela existência do trabalho vivo.

Denota-se, portanto, um saber-fazer específico do árbitro-autoridade. O primeiro deles estaria localizado na habilidade em ouvir os outros e na capacidade de mediar diferentes perspectivas. Em seguida, na habilidade em construir argumentações diferenciadas que apresentam ao grupo outras perspectivas de solução das dificuldades, sejam elas atravessadas por aspectos sociais, culturais ou éticos (Dejours, 2012b, 2015).

Além da existência de uma escuta qualificada, a autoridade é ainda mais legitimada caso aquele que arbitra tenha conhecimentos específicos acerca do trabalho desempenhado por aqueles que compõem o coletivo de deliberação.

Caso possua competências técnicas nos domínios exercidos pelos subordinados, isso pode significar que tenha ainda mais a capacidade de reconhecer as dificuldades e, nesse sentido, fazer a melhor deliberação possível. Isso porque, reconhecer algo, depende de um conhecimento prévio sobre o objeto em questão; reconhecer sugere o conhecimento prévio de algo (Dejours, 2012b, 2015).

Outro aspecto que merece relevância na composição do saber-fazer do árbitro-autoridade, refere-se ao fato de que possui ainda, a capacidade de conciliação e preservação daquilo que diz respeito às características singulares dos membros do coletivo e ao que deve ser construído para o bem comum, ou seja, que possa fomentar os processos de cooperação (Dejours, 2012b, 2015).

Soma-se a isso o fato de conseguir traduzir e, principalmente, assegurar as contribuições dos subordinados na organização do trabalho, dando visibilidade a elas no âmbito institucional. Consegue, também neste contexto, traduzir ou tornar inteligível aos seus subordinados a doutrina da instituição. Ou seja, sua autoridade reside também no fato de conseguir fazer circular, de dar movimento, tanto às expectativas e anseios de seus subordinados, quanto das instâncias superiores da instituição (Dejours, 2012b, 2015).

Destaca-se que tal expertise reside também no fato de conseguir identificar que tais expectativas estão para além de aspectos econômicos, por exemplo, mas referem-se, sobretudo à possibilidade de realização no e pelo trabalho.

Tem-se, portanto, que as bases da autoridade devem ser fundadas em competências profissionais. Ou seja, se a construção da autoridade é feita com base em competências, ela deve, portanto, ser edificada e conquistada

cotidianamente no seio do trabalho e torna-se, desta forma, impossível de ser imputada ou delegada por instâncias superiores (Dejours, 2012b).

Para Dejours (2012b; 2015), a autoridade instituída “de cima” se diferencia de forma significativa daquela instituída “de baixo”. Isso porque, caso os subordinados reconheçam as verdadeiras habilidades dos chefes, eles conseguem, de fato, validar a destreza e até mesmo uma certa superioridade técnica, intelectual ou humana daquele que arbitra.

Para a psicodinâmica do trabalho, a autoridade, quando baseada na cooperação, é particularmente construída de forma ascendente, ou seja, pelo coletivo de trabalhadores que escolhe/ elege quem está em condições de arbitrar pelo grupo nas situações nas quais não é possível a obtenção do consenso na deliberação (Dejours, 2012b).

E, nos casos em que é reconhecida pelo grupo, mesmo sem ter sido eleita ou escolhida por ele, provavelmente instâncias hierárquicas superiores tiveram a capacidade de, mesmo distantes daquela situação de trabalho específica, perceberem a capacidade do sujeito “eleito” em fazer dialogar os aspectos individuais e os que relevam da obra coletiva (Dejours, 2012b).

Trata-se, assim, de um ato de reconhecimento das capacidades do outro e da validação de competências, que em nada se relaciona com obediência e/ ou submissão a uma ordem ou mesmo à manutenção de um *status quo*. Trata-se do reconhecimento de que um par, por exemplo, tem habilidades, conhecimentos e/ou aptidões melhores do que as minhas para fazer frente ao real do trabalho e que, em decorrência disso, desenvolve a capacidade singular de conduzir e deliberar sobre determinada situação ou mesmo gerir os demais sujeitos que compõem o coletivo (Dejours, 2012b).

Ressalta-se, portanto, que toda autoridade é materializada por um sujeito. A autoridade não se sustenta virtualmente nem caminha pelas bordas em nome de uma grande instituição. Se é construção, ampara-se naquilo que tem vida, que se coloca no cotidiano, que está pronto para fazer frente às demandas do outro (Dejours, 2012b).

Desta forma, Dejours (2012b, 2015) destaca que, a qualidade do trabalho de um chefe está diretamente vinculada à sua capacidade arbitral e a qualidade da sua presença.

Em síntese, tem-se que,

A autoridade provém, no início, da desigualdade real entre os humanos; ela supõe, em seguida, um processo de consciência desta desigualdade; na sequência, a avaliação racional de uma organização hierarquizada da vida social; e, por fim, o reconhecimento de uma superioridade da pessoa que, pelo menos por intermitência, encarna a autoridade (Dejours, 2012b, p. 139).

Para Dejours (2012b; 2015), a autoridade escancara a existência de uma desigualdade importante entre os homens e é, exatamente em decorrência deste fato, que ela se constitui enquanto um desafio à ser trabalhado no seio das organizações.

Para o autor, mesmo se os sujeitos compartilham certo ideal de igualdade, ela não está presente entre os seres humanos, a começar pelas condições físicas, sociais, econômicas e políticas de cada indivíduo desde seu nascimento. Neste contexto, mesmo se o princípio da equidade e a existência da justiça buscam atenuar, diminuir ou amortecer a desigualdade no tocante à dignidade e aos direitos humanos, ela sempre se fará presente na humanidade.

A constatação desta desigualdade gera, por si só, conflitos psíquicos, sociais e políticos. Entretanto para além das possibilidades de compensação já desenvolvidas no bojo dos direitos humanos, para Dejours (2012b), a autoridade seria, por exemplo, um dos eixos práticos pelo qual “a desigualdade pode tornar-se aceitável, tolerável ou mesmo consentida” (p. 135), na medida em que se abre a possibilidade de sublimá-la. O tema específico da sublimação será abordado na seção seguinte.

Em suma, para Dejours (2012b, p. 140), é a

autoridade que permite uma orientação, uma saída ao escândalo da desigualdade (entre os trabalhadores) abrindo-lhe a via em direção à cultura. A autoridade logra, em suma, realizar uma operação extraordinária: sublimar a desigualdade no âmbito do patrimônio cultural.

A autoridade manifesta nas situações de trabalho, teria como origem a relação de cuidado do adulto para com a criança. Tal aspecto não se configura como foco no contexto desta tese, porém torna-se relevante tecer breves considerações a respeito dele.

Como na maioria das relações humanas, aquela estabelecida entre o adulto e a criança se constitui por meio da comunicação. Organiza-se a partir da dinâmica formada pela emissão e pela tradução de mensagens. No percurso entre emissão e tradução iniciam-se negociações que acabam por configurar o exercício da atividade deôntica, tendo em vista que se referem ao estabelecimento de regras e valores que vão amparar a relação ao longo dos anos (Dejours, 2012b).

Segundo Dejours (2012b), nestes momentos de troca é que aparece, pela primeira vez, a questão da autoridade, eixo pelo qual o adulto começa a exercer

algum tipo de poder sobre a criança. Porém, não se trata de uma submissão absoluta. “A obediência é primeira, trata-se de uma passagem obrigatória para ir rumo ao consentimento voluntário que, no melhor dos casos, toma a forma de um reconhecimento da prudência do adulto pela criança” (p.145).

Para o autor, é no exercício da atividade deôntica entre criança e adulto que as condições necessárias para a existência da autonomia do pensamento repousam. Sendo assim, destaca-se que, “a falta de encarnação da autoridade pelo adulto ameaça privar a criança da possibilidade de experimentar os diferentes registros da obediência - desobediência, da resistência, da revolta, da negociação, da emancipação, da capacidade de pensar e de agir por si próprio” (Dejours, 2012b, p. 146), aspectos que, futuramente, serão fundamentais para o reconhecimento do lugar e do valor autoridade na situação de trabalho bem como para a construção de processos de cooperação.

4.9. Sublimação, Trabalho e Emancipação

Ter um emprego não implica sempre estar diante de uma porta aberta para a sublimação. Um número impressionante de empregos caracteriza-se pela confrontação com os constrangimentos organizacionais que tornam impossível o emprego da inteligência e não dão à criatividade, à descoberta, à engenhosidade, qualquer possibilidade de manifestação. Essas tarefas merecerão o mesmo epíteto de tarefas “antissublimatórias”. E com consequências dramáticas para o vir a ser subjetivo e a saúde mental (Dejours, 2012b, p. 17).

Até o momento, destacou-se inúmeros aspectos referentes à complexidade e as nuances do trabalho e do trabalhar além das funções e / ou papéis desempenhados por eles na vida e na saúde dos sujeitos. Neste contexto,

para findar o presente capítulo, optou-se em destacar, mesmo que de forma breve, a correlação entre trabalho, sublimação e emancipação. Ao abordar tais temas na fase conclusiva, objetiva-se oferecer ao leitor a possibilidade de conexão, ou seja, de estabelecer inter-relações entre os conceitos abordados até o momento. Trata-se ainda, de mais um elemento para sustentação da tese da centralidade do trabalho.

O termo “sublimação” designa um conceito que tem origem na psicanálise freudiana. Trata-se, de forma geral, de um mecanismo de defesa inconsciente que, em última instância, retrata um dos destinos das pulsões. Dito de outra forma, o termo sublimação nomeia o processo capaz de transformar a própria pulsão, no que diz respeito ao seu objeto e a sua meta, sempre sexual para Freud, em um objeto, meta ou atividade socialmente valorizados (Freud, 2010; Dejours, 2012b; Laplanche, 2014).

Destaca-se que a sublimação, enquanto processo, distingue-se de outros mecanismos de defesa contra o sofrimento, tais como a repressão, a projeção, a negação, etc. Nela, a chamada *saída pulsional* não seria desestabilizadora ao funcionamento psíquico dos sujeitos. Nas outras defesas, por exemplo, em nome da manutenção de um certo equilíbrio, tais saídas acabam, por vezes, impedindo a possibilidade de desenvolvimento do psiquismo (Freud A, 2006).

Ainda neste contexto, outro aspecto que diferencia a sublimação de outros mecanismos de defesa refere-se ao fato de que, ao colocar em evidência o investimento e a mudança de curso da pulsão na direção de atividades socialmente consideradas úteis ou valorizadas, dá-se destaque à função de outros sujeitos neste processo. Destaca-se, portanto, seu caráter intersubjetivo

e não meramente individual, como no caso das outras defesas (Dejours, 2004f,g, 2012b).

O outro, no processo sublimatório, não ocupa o lugar destinado ao amor ou a economia erótica. Trata-se aqui, de *um ator socialmente situado*, ou seja, ao abrir espaço para a interlocução com o mundo social, constrói-se um processo no qual a sexualidade não se constitui enquanto eixo central (Dejours, 2004f,g, 2012b).

Para Dejours (2012b), a sublimação enquanto processo, coloca ainda em evidência, aspectos outros em relação aos tratados pela psicanálise. Para o autor, existe uma lacuna importante na medida em que essa disciplina não se debruça no estudo das condições sociais necessárias ao desenvolvimento e à efetivação da mesma.

Tais condições, relacionam-se à existência de coletivos ou comunidades que ofereçam a oportunidade do reconhecimento de utilidade e de beleza no cenário do trabalho. Para tanto, como observado nas seções anteriores, seria fundamental a existência de um espaço coletivo onde a deliberação sobre o fazer dos sujeitos tivesse lugar privilegiado.

Neste contexto, as pesquisas e demais análises guiadas pela psicodinâmica do trabalho indicam que o trabalho pode desempenhar papel fundamental no processo de sublimação, com destaque à construção da identidade e, conseqüentemente da saúde mental dos sujeitos.

Adotando o pressuposto de que o trabalho pode ser um operador da saúde, ele se torna, para determinados sujeitos, eixo central em detrimento das vias afetiva e erótica. Para Dejours (2012b) ele tem, no mínimo, tanta importância e é tão fundamental quanto as últimas.

Para a PDT, o sofrimento produzido no encontro com o real do mundo do trabalho e toda a inteligência e criação empregadas para superá-lo ganham sentido pelo reconhecimento atribuído pelos pares e pelas instâncias hierárquicas superiores. É, exatamente neste momento que, para o autor, o processo de sublimação pela via do trabalho se concretiza. Coloca-se, portanto, em evidência, a realização de si pelo trabalho (Dejours, 2004f,g, 2012b; Uchida et al., 2011).

Entretanto destaca-se que, o reconhecimento desempenha sua função na economia psíquica quando corresponde ao sentido que o trabalho possui para o sujeito em questão, inclusive, na relação com sua história pessoal. Sendo assim, em linhas gerais, o trabalho ou melhor, a atividade profissional revela ser potencialmente portadora do desenvolvimento e da satisfação pessoal principalmente quando livremente escolhida pois, desta forma, facilitaria a ocorrência de processos de sublimação, o aprimoramento e a realização em ato de vocações, desejos e anseios (Dejours, 2012b).

Soma-se a isso, a existência de situações de trabalho que facilitam ou dificultam a ocorrência dos processos sublimatórios, ao impedir ou impulsionar o uso da inteligência, da eficácia, da astúcia, entre outros aspectos.

Para Dejours (2004f,g, 2012b), como destacado até aqui, é pela sublimação que todo o sofrimento vivenciado na situação de trabalho se transforma em prazer. Neste sentido, ela acaba se caracterizando menos como mecanismo de defesa e mais como instrumento de emancipação, pelo qual as pessoas podem se realizar, se constituir no âmbito identitário e construir sua saúde mental.

A conquista do prazer pela via do trabalho, como destacado até então, passa pelo estranhamento, pelo confronto com o real, ou seja, inicialmente, ela emerge do fracasso, da frustração, da desagregação. A mobilização do ser humano por inteiro, com o intermédio do corpo, é o caminho no qual a subjetividade é colocada à prova. Tal provação, para além do âmbito social, traduz-se numa relação do sujeito com ele mesmo, ou seja, acontece também no âmbito individual, com vistas à emancipação que, neste contexto,

[...] procede do poder em substituir o constrangimento da dominação pela exigência de mensurar-se, de seu próprio grado, com os poderes de seu corpo e de sua inteligência confrontados à resistência do real [...] não se avalia aqui no direito de circular livremente, de praticar sua religião ou de expressar sua opinião, mas no poder de encontrar em seu trabalho a via que leva ao gozo de si, em outros termos, da ampliação da subjetividade e da revelação da vida em si (Dejours, 2009, p. 158).

**5. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO NO
QUAL FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO**

5. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO NO QUAL FOI DESENVOLVIDO O ESTUDO

Nos últimos anos muitas pesquisas têm sido desenvolvidas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU / USP. Sobretudo por constituir-se como um hospital escola, trata-se de contexto favorável ao desenvolvimento de estudos que objetivem, de alguma forma, contribuir com os usuários do serviço, com a comunidade universitária, com os próprios trabalhadores e, num aspecto mais amplo, no fomento de políticas públicas em saúde, sobretudo no setor hospitalar (Balsamo et al., 2000; Durante et al., 2004; Fugulin et al., 2005; Balsamo; Felli, 2006; Lima; Kurcgant, 2006; Follador; Castilho, 2007; Lourenço; Castilho, 2007; Mori et al., 2010; Paschoal; Castilho, 2010; Pertence; Melleiro, 2010; Bolis, 2011; Lancman et al., 2015).

No tocante à saúde dos trabalhadores, entre os anos de 2002 e 2004, o Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (LIIST), do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), em parceria com o Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica (PRO – POLI) desta mesma Universidade, iniciaram a primeira pesquisa nesse contexto, a pedido do próprio hospital. Buscou-se compreender o número elevado de absenteísmos, adoecimentos e acidentes de trabalho de forma a favorecer a melhoria das condições de trabalho e a consequente diminuição destas problemáticas (Sznelwar et al., 2004).

Já no ano de 2007, a partir da parceria entre HU, PRO - POLI e Fundação Carlos Alberto Vanzolini (FCAZ), foi instituído um Comitê de Melhorias, formado por representantes da direção do Hospital, dos demais trabalhadores e da equipe da POLI, com o objetivo de definir políticas de melhorias das condições de trabalho, de forma a aliar as necessidades da produção dos serviços à promoção da saúde dos trabalhadores (Bolis, 2011).

Em 2012, com a abertura da Residência Multiprofissional em Promoção à Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar, do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP e, posteriormente, em 2013, a partir de nova pesquisa, desta vez sobre processos de retorno e permanência no trabalho com ênfase nos trabalhadores com algum tipo de restrição para o desenvolvimento de certas atividades profissionais previstas, foi possível ao LIIST, retomar as atividades de ensino e pesquisa neste contexto.

Assim, dando continuidade à pactuação de parcerias e ao desenvolvimento de projetos que objetivem possibilitar avanços na compreensão de determinados fenômenos inerentes à realidade hospitalar, a presente pesquisa foi desenvolvida nesse cenário.

Situado na região oeste da cidade de São Paulo, o HU – USP é referência para o atendimento em saúde de toda a comunidade universitária, incluindo estudantes, funcionários e docentes, que, em 2014, totalizavam 118.164 sujeitos (Universidade de São Paulo, 2015). Apesar de não estar inserido formalmente na rede de saúde do município²⁶, o hospital mantém diálogo constante com a Coordenadoria de Saúde Oeste e, particularmente, com a Supervisão Técnica

²⁶ O financiamento do hospital universitário é proveniente da Universidade de São Paulo, vinculada ao Governo do Estado de São Paulo.

de Saúde do Butantã, constituindo-se também como referência para o atendimento da população que habita nas micro-regiões do Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia, totalizando 428.270 habitantes.

Em agosto de 2013, o HU – USP, tinha sua estrutura hierárquica organizada a partir do seguinte organograma (Figura 2)²⁷:

Figura 2 – Organograma Simplificado do Hospital Universitário da USP (Fonte: Superintendência HU – USP, 2013)

Vinculado à Superintendência de Saúde da USP – Campus Capital, o HU era coordenado por um Superintendente, com o apoio de um Conselho

²⁷ O organograma completo do HU – USP (2013) encontra-se no anexo A.

Deliberativo, composto por representantes de todas as unidades de saúde do Campus - Faculdades de Medicina, de Saúde Pública, de Enfermagem, de Odontologia, de Psicologia e de Farmácia e Bioquímica. Contava-se ainda, com o apoio de seis assistentes técnicos de direção, uma secretária e um motorista.

Internamente, possuía 4 grandes departamentos: de Enfermagem, Médico, Administrativo e de Farmácia e Laboratório Clínico. Possuía ainda duas divisões independentes: a de Nutrição e Dietética e a de Odontologia, apresentadas no organograma completo do hospital (anexo A).

Cada um dos Departamentos organizava-se a partir de Divisões, Serviços e Seções. As Divisões vinculavam-se diretamente aos Departamentos. As Seções sempre estavam vinculadas a alguma das Divisões. Já os serviços podiam também ter uma relação direta com os Departamentos ou estarem vinculados às Seções e Divisões, respectivamente. Como exemplo, tem-se o Serviço de Anatomia Patológica, que era referência para todas as Divisões do Departamento Médico. Já a Seção de Manutenção Predial, vinculava-se ao Serviço de Engenharia Hospitalar, que respondia à Divisão de Infraestrutura do Departamento Administrativo.

Tendo em vista os objetivos deste estudo, o Departamento Médico constituiu-se como foco da investigação. Na época da coleta de dados (entre setembro de 2013 e abril de 2014), era composto por 5 Divisões: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria. Cada uma delas tinha autonomia para organizar o trabalho dos profissionais: todos os médicos poderiam desenvolver tarefas nos distintos espaços de trabalho (enfermaria, centro cirúrgico, pronto socorro, etc) ou poderiam existir pequenas equipes vinculadas apenas a algum (s) dele (s).

Ainda nessa época, a Divisão de Psiquiatria era recém-criada e, portanto, os processos e fluxos de trabalho não estavam totalmente sistematizados e implantados. Assim, os médicos vinculados especificamente à esta Divisão, não foram convidados a participar do estudo.

É importante destacar ainda que, como trata-se de Hospital escola, o HU-USP é campo de estágio para médicos residentes. Apesar de serem responsáveis por parte significativa dos atendimentos desenvolvidos no hospital, o trabalho dos mesmos não foi abordado nesta pesquisa. Foram priorizados os médicos com vínculo empregatício junto ao Hospital.

Nas primeiras etapas do desenvolvimento do presente estudo, conforme exposto mais detalhadamente no capítulo destinado a descrição dos aspectos metodológicos, uma das principais tarefas foi a de compreender melhor o funcionamento do hospital como um todo e dos fluxos de trabalho adotados pela equipe médica. Sendo assim, realizou-se, no início do capítulo de resultados, uma melhor caracterização deste cenário, tendo em vista que tais informações foram obtidas apenas quando o trabalho de campo propriamente dito já tinha sido iniciado.

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Como já mencionado, a Psicodinâmica do Trabalho, para além do seu escopo teórico, configura-se enquanto método de pesquisa-ação. Entretanto, no contexto desta tese, tal método não foi empregado da forma clássica como preconizado por Dejours (2000, 2004b), aspecto detalhado e justificado mais adiante.

Trata-se aqui, de uma investigação qualitativa, de caráter exploratório, pautada em um estudo de caso. Face a este contexto, o presente capítulo tem como foco descrever o caminho metodológico percorrido para o desenvolvimento deste estudo, bem como os referenciais teóricos que o sustentaram.

Optou-se, assim, por organizá-lo em duas seções. Na primeira, foram abordados aspectos teóricos referentes às pesquisas qualitativas, com destaque à estratégia do estudo de caso e a entrevista enquanto técnica de coleta de dados, além da fenomenologia-hermenêutica preconizada por Paul Ricoeur (1976, 1978), base de sustentação para a postura adotada na interpretação dos achados. Já na segunda, descreveu-se o *fazer* propriamente dito, ou seja, as etapas desenvolvidas para coleta e análise dos dados neste estudo especificamente.

6.1. Aspectos Teóricos

6.1.1. Notas sobre pesquisa qualitativa

De um modo geral, as abordagens qualitativas constituem-se como investigações pautadas na busca da percepção e compreensão humanas, a partir, sobretudo, do relato das vivências particulares dos sujeitos diante dos problemas investigados (Flick, 2009a; Minayo, 2010; Stake, 2011; Minayo et al., 2012).

Segundo Stake (2011), as pesquisas qualitativas possuem quatro grandes características:

- Presença constante da *interpretação*, ou seja, as descobertas são fruto da inter-relação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. Prioriza-se a compreensão a partir da perspectiva de distintos atores, tendo em vista a existência de significados múltiplos para o mesmo fenômeno. É exigido, portanto, uma postura flexível do pesquisador para reconhecer desfechos e resultados inesperados ao longo do processo de pesquisa;
- Constituem-se na *experiência*, ou seja, os dados empíricos são coletados a partir de um intenso trabalho de campo, no qual existe a constante atenção do pesquisador em não interferir nem manipular os procedimentos metodológicos para a obtenção de resultados mais ou menos favoráveis às hipóteses iniciais da pesquisa;
- É *situacional*, já que o campo de investigação se constitui enquanto contexto único, com características particulares que são descritas em detalhes e, por fim;
- É *personalística*, ou seja, valoriza a singularidade de sujeitos e situações. Os pesquisadores, neste contexto, devem ser éticos, evitando intromissões e riscos aos sujeitos e às situações estudadas.

Vale ressaltar que, segundo Stake (2011), o pesquisador geralmente é o principal instrumento das pesquisas qualitativas. Assim, a subjetividade deste pode, ao longo do processo, se transformar numa grande aliada, tendo em vista que é, a partir dela, que se propõe compreender a realidade humana.

Em pesquisas dessa natureza é importante pontuar que, o próprio objeto de pesquisa, bem como conceitos e hipóteses utilizados para orientar a investigação são refinados ao longo do desenvolvimento do estudo. Stake (2011), trabalha com o conceito de *gradualidade*, destacando a aquisição do conhecimento de forma progressiva pelo pesquisador.

Para tanto, uma parte fundamental de estudos desta natureza estão baseadas na construção de textos, que envolvem desde as observações, até as impressões pessoais ao final de cada vivência de campo. Este processo de revisão sistemática e organização dos achados favorece uma maior apropriação do pesquisador para redação das descrições e das interpretações dos resultados (Flick, 2009a; Stake, 2011).

Um bom estudo qualitativo deve ser composto por distintos procedimentos metodológicos, que juntos, formam um conjunto de evidências assertivas e interpretações lógicas, em diálogo com as principais teorias e perspectivas ligadas à investigação (Stake, 2011).

Para Flick (2009a), os caminhos a serem percorridos neste processo são inúmeros. Entre eles estão: a investigação de documentos, fatos, conhecimentos e histórias; e a observação, registro e análise de interações e comunicações entre sujeitos e/ ou grupos sociais. Entretanto, é fundamental que os métodos utilizados estejam de acordo com a questão disparadora da pesquisa e também

sejam flexíveis o suficiente para permitir as adaptações necessárias ao longo do desenvolvimento do estudo.

Os pesquisadores qualitativos fazem opções metodológicas estratégicas, tendendo mais para um ou outro caminho, a depender da finalidade do estudo: gerar conhecimento ou auxiliar no desenvolvimento da prática e da política; defender um ponto de vista; destacar a visão mais lógica ou mostrar múltiplas realidades; interromper o trabalho depois de suas descobertas ou continuar a promover melhorias (Flick, 2009a).

Neste contexto, a *triangulação* configura-se como melhor estratégia para testar a qualidade das evidências (Stake, 2011). Para Flick (2009b), o conceito de triangulação refere-se à possibilidade de uma questão de pesquisa ser tratada a partir de, pelo menos, duas formas, com a combinação de distintos métodos e/ou procedimentos no estudo dos mesmos fenômenos. Assim, ao combinar métodos e investigadores pode-se superar, ainda que parcialmente, as influências de um único pesquisador ou de um método/procedimento único.

Existem distintas maneiras de realizar o processo de triangulação. São elas (Flick, 2009b):

- Triangulação de dados: a partir do uso de diferentes fontes de dados;
- Triangulação de investigadores: diferentes observadores ou entrevistadores estão envolvidos no trabalho de campo, de forma a minimizar os vieses vindos de um único pesquisador;
- Triangulação de teorias: significa abordar os dados a partir de distintas teorias e hipóteses;

- Triangulação de métodos: refere-se à triangulação dentro do mesmo método e entre métodos. Os métodos devem ser selecionados prestando-se atenção à relevância teórica.

O processo de triangulação pode fornecer aos pesquisadores mais confiança ao longo da leitura e interpretação dos resultados já que a utilização de métodos mistos auxilia a melhorar a qualidade das evidências do estudo (Stake, 2011).

Por fim, com relação ao desenho do estudo, de acordo com Flick (2009a) e Stake (2011), o mesmo não pode ser traçado com antecedência, determinando o caráter progressivo do processo de pesquisa. Constituir-se desta forma possibilita com que o estudo possa ser redirecionado ao longo de sua execução, ou seja, os significados das experiências vivenciadas e das informações coletadas precisam ser reconsiderados durante a pesquisa o que, muitas vezes, faz com que o desenho adotado inicialmente também se modifique (Flick, 2009a; Stake, 2011).

Outro aspecto fundamental que deve ser considerado ao longo do processo de pesquisa é o amadurecimento do pesquisador: aos poucos adquire mais clareza quanto a própria questão de pesquisa, a aplicabilidade dos procedimentos elencados e das fontes de dados. Isso facilita com que o estudo ganhe maturidade ao longo de sua execução e, para tanto, ter postura flexível é fundamental. Desta forma, é possível que as hipóteses iniciais sejam permanentemente revisadas, o que faz com que o estudo possa ganhar relevância e ser atual (Stake, 2011).

6.1.2. *Caracterizando os estudos de caso*

De forma geral, um estudo de caso caracteriza-se como uma estratégia de investigação, que objetiva contribuir para a compreensão de fenômenos complexos que ocorrem nos âmbitos individual, grupal, organizacional, político, social, entre outros (Stake, 2007; Yin, 2015). Adotada por vários campos do saber, são eleitos contextos específicos que podem colocar em evidência fragmentos de representação da realidade.

Toma-se, portanto, uma única unidade de análise, que pode ser composta por um sujeito, um evento, uma instituição, uma situação específica, entre outros. Esta, por sua vez, deve ser bem delimitada a partir de contextualização rica em detalhes (Stake, 2007; Yin, 2015).

Os estudos de caso podem explicitar ou ilustrar diferentes e limitados aspectos de uma mesma realidade. Destaca-se, entretanto, que na grande parte dos casos estudados, as variáveis de interesse podem ser mais amplas em relação aos dados coletados ou fixarem-se apenas em um dos aspectos explicitados (Yin, 2015).

Podem ser do tipo exploratório, descritivo ou explicativo e buscam responder às questões “como” e “porque” em profundidade. Tratam ainda de eventos mais recentes na cronologia histórica, não se atendo às situações que ocorreram num passado longínquo (Yin, 2015).

No desenho de um estudo de caso, é considerada desde a fase de desenvolvimento do projeto de pesquisa, até as técnicas de coleta de dados - que podem ser múltiplas, além das abordagens utilizadas no processo de análise

dos mesmos. Abrange ainda diferentes orientações epistemológicas, não se atendo apenas aos estudos qualitativos (Yin, 2015).

Um de seus limites importantes diz respeito a sua pouca capacidade de generalização. Entretanto, na tentativa de superar esta questão, Yin (2015) refere que os estudos de caso se beneficiam quando os respectivos autores adotam referenciais teóricos que norteiem tanto a coleta quanto a análise dos dados.

Desta forma, para o autor, apesar dos estudos de caso não poderem ser generalizados do ponto de vista da população e universos estudados, podem o ser no que se refere à proposição teórica; trata-se da generalização do tipo analítica. Destaca-se que esta forma de generalização pode contribuir na corroboração, modificação, rejeição ou mesmo, no avanço de conceitos teóricos quando estes surgem nas análises e conclusões do estudo especificamente (Yin, 2015)²⁸.

6.1.3. A entrevista enquanto técnica para coleta de dados

Nas pesquisas qualitativas, o acesso aos dados constitui-se como um dos grandes desafios ao longo da coleta do material empírico. Destaca-se que obter uma autorização institucional ou escolher uma cena pública enquanto objeto de estudo, por exemplo, não garantem respostas às questões da pesquisa.

²⁸ Na pesquisa aqui desenvolvida, compreende-se que o estudo de caso pôde auxiliar na elucidação de uma dada realidade, de forma a aprimorá-la e/ou destacar elementos dela que possam ser tomados como exemplos e/ ou referências na reflexão acerca de situações de trabalho correlatas.

É comum que o pesquisador não tenha familiaridade com o campo antes do início do estudo, bem como os sujeitos que estão imersos cotidianamente no referido contexto não a tenham com o pesquisador. Sendo assim, Khon (apud Jaccoud e Mayer, 2008) e Jaccoud e Mayer (2008), apontam como necessária uma fase de *domesticação recíproca*, de forma a favorecer relações de confiança, aspecto fundamental para viabilizar o desenvolvimento do estudo.

Neste contexto, dar-se-á destaque à entrevista como uma das principais técnicas (procedimento metodológico), utilizadas para aproximação e acesso aos dados em pesquisas qualitativas empíricas.

A opção pela utilização de entrevistas acontece, na maioria das vezes, diante de problemáticas nas quais a experiência do sujeito em questão é considerada relevante para compreensão do fenômeno estudado e, para tanto, questionamentos sobre impressões, reflexões e experiências tornam-se fundamentais (Stake, 2011).

A utilização deste procedimento possui alguns propósitos. O primeiro deles, de ordem epistemológica, parte do pressuposto que as realidades sociais não podem ser conhecidas sem a perspectiva dos sujeitos nelas envolvidos. O segundo, de cunho ético e político, sustenta a utilização da entrevista como ferramenta de denúncia de realidades de grupos sociais a partir do ponto de vista de seus atores. E, por fim, é possível descobrir algo inacessível pela observação e por análises documentais (Cellard, 2008).

Segundo Poupart (2008) e Stake (2011), trata-se de uma das melhores portas de acesso às realidades sociais, tendo em vista que os participantes, considerados informantes-chaves, podem auxiliar a reconstruí-las.

Entretanto, apreender as realidades sociais constitui-se como um grande desafio. Com a utilização de entrevistas, estas podem ser acessadas com maior ou menor facilidade, a depender das questões norteadoras utilizadas. Parte significativa dos estudos, adota o uso de entrevistas semi-estruturadas, ou seja, de um conjunto de questões feitas da mesma maneira para todos os sujeitos entrevistados, de forma que as respostas sejam facilmente codificadas. Para tanto, organiza-se um roteiro prévio, que contemple as questões do pesquisador (Stake, 2011).

Todavia, a depender da situação, população-alvo e da própria questão de pesquisa, é indicado que se faça a pergunta de forma aberta, de modo que os entrevistados apenas comentem ou contem histórias, a partir das informações consideradas importantes para eles. Esta configuração facilita com que o entrevistado se expresse livremente. Neste contexto, o papel do entrevistador / pesquisador é o de facilitar a expressão do entrevistado, se mantendo o mais isento possível, evitando expressões faciais e comentários complementares (Poupart, 2008; Stake, 2011).

Tal processo favorece ainda a emergência de assuntos, temas e questões não imaginadas pelo pesquisador possibilitando, assim, o aprimoramento e a assertividade do processo de pesquisa (Poupart, 2008; Stake, 2011).

6.1.4. Notas sobre a fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur.

A Hermenêutica enquanto disciplina, tem como origem contextos religiosos para, posteriormente ser repatriada pela filosofia e pelas ciências humanas. Autores como Friedrich Schleiermacher, Wilhelm Dilthey, Martin

Heidegger, Hans-Georg Gadamer e Paul Ricoeur, por exemplo, são considerados seus principais expoentes (Garnica, 1993; Siqueira, 2009). Neste contexto, tratar-se-á, especificamente, da perspectiva fenomenológico-hermenêutica desenvolvida pelo filósofo francês Paul Ricoeur.

Em linhas gerais, pode-se compreender a hermenêutica enquanto uma perspectiva na qual a interpretação tem lugar central para compreensão dos acontecimentos, ou seja, dos fenômenos que se mostram, se desvelam. Para Ricoeur especificamente, a ideia central da interpretação está diretamente vinculada à análise de textos que, por sua vez, se constituem como a manifestação concreta de discursos que são, em última instância, acontecimentos de linguagem (Ricoeur, 1978, 1990; Garnica, 1993; Pieterzack, 2009; Siqueira, 2009; Sloan; Bowe, 2014).

Para Ricoeur (1989), todos os discursos são produzidos a partir de narrativas conjunturais e auto referenciais e, portanto, possuem intencionalidade e sentido. Sua inscrição em processos de temporalidade indeterminada é feita por meio da linguagem escrita, ou seja, da produção de textos. Estes, por sua vez, organizam a linguagem em unidades de discurso e de sentido mais amplas, completas e complexas do que palavras ou frases fragmentadas.

Destaca-se que o texto, ao ganhar forma, ganha também vida própria, ou seja, autonomia em relação às intenções iniciais do autor do discurso original. *“O que o texto significa, interessa agora, mais do que o autor quis dizer quando o escreveu”* (Ricoeur, 1976, p. 41).

Ao tratar da autonomia do texto produzido, podemos caracteriza-la a partir de três instâncias: intenção do autor que produziu o discurso; situação cultural e

sociológica no qual foi produzido e ao destinatário inicial da palavra (Ricoeur, 1989).

Esta primeira modalidade de autonomia implica já a possibilidade de que a “coisa do texto” escape ao horizonte intencional limitado do seu autor e que o mundo do texto faça explodir o mundo do seu autor. Mas o que é verdade das condições psicológicas, também é das condições sociológicas; e todo aquele que está preparado para liquidar o autor está menos preparado para fazer a mesma operação na ordem sociológica; no entanto, o próprio da obra de arte, da obra literária, numa palavra, da obra, é transcender as suas próprias condições psico-sociológicas de produção e abrir-se assim, a uma série ilimitada de leituras, também elas situadas em contextos sócio-culturais sempre diferentes; em resumo, pertence à obra descontextualizar-se tanto do ponto de vista sociológico como psicológico, e poder recontextualizar-se de um modo diferente; é isto que constitui o acto de leitura. Daí resulta que a mediação do texto não deveria ser tratada como uma extensão da situação dialogal; com efeito, no diálogo, o frente a frente do discurso é dado antecipadamente pelo próprio colóquio; com a escrita, o destinatário original é transcendido; para além deste, a obra cria para si uma audiência, virtualmente alargada a todo o que souber ler (Ricoeur, 1989, p. 361).

Deixando, portanto, de inscrever-se numa relação dialógica, o texto, permite, ao leitor, a descoberta de um mundo totalmente novo que, aos poucos acaba sendo reapropriado por ele e, conseqüentemente, recontextualizado em uma nova temporalidade, em um novo sentido a partir, inclusive, de sua própria subjetividade. “Nesse sentido, o leitor é histórico, enquanto que o texto é omnitemporal. Aquilo de que o leitor pode se apropriar não é do tempo do autor, mas da proposição de mundo, da referência que o encadeamento de um texto abre” (Ricoeur, 1983, p. 31).

O leitor tem, portanto, a possibilidade de criar, de construir um discurso novo a partir daquele explicitado pela produção escrita, contemporizando-o.

“Apropriar-se do que antes era estranho permanece o objetivo último de toda hermenêutica” (Ricoeur, 1976, p. 103).

Ao longo do processo de interpretação, haveria uma espécie de aproximação entre dois mundos distintos: o do texto e o do leitor. É, neste contexto, que a leitura se coloca como eixo mediador (Ricoeur, 1990; 1997). Ricoeur destaca, portanto, a interpretação como parte do sistema linguístico que, para ele, desempenha papel fundamental quando se pretende avançar no campo filosófico, na compreensão do mundo e, em última instância, da existência humana.

Para realização das interpretações, a hermenêutica de Ricoeur propõe o desenvolvimento de um processo dialético, que acontece na inter-relação entre momentos de explicação e de compreensão. Tal processo caracteriza a trajetória conceitual percorrida por meio de um eixo condutor, nomeado pelo autor como arco hermenêutico (Garnica, 1993; Pieterzack, 2009; Siqueira, 2009; Jack; Wibberley, 2014).

Inicialmente, tomar contato com toda a estrutura do texto conforma o processo de explicação que, segundo Ricoeur (1989), antecede a compreensão mais minimalista e, conseqüentemente a interpretação nos moldes de sua hermenêutica. “...compreender consiste em trazer para o discurso aquilo que em princípio se dá como estrutura” (Pieterzack, 2009, p.85). Entretanto, a explicação já é, de antemão, atravessada por modos possíveis e singulares de compreender e fazer frente ao mundo.

Desta forma, “a explicação é a mediação entre dois momentos da compreensão. Um momento de captação do sentido do texto e um momento de compreensão mais sofisticada, porque apoiada em procedimentos explicativos”

(Pieterzack, 2009, p. 86). Destaca-se ainda que “...a dialética entre mundo do texto e mundo do leitor contribui para uma compreensão de si a partir da noção de identidade narrativa: não lemos um autor; lemos a nós mesmos” (Pieterzack, 2009, p. 93).

Neste contexto, a hermenêutica, por conseguinte, não objetiva traduzir as intenções do autor / produtor do discurso que deu origem ao texto, mas destacar o universo aberto pelo texto em si. Sendo assim, o processo de reapropriação do texto, expressa de forma clara a apreensão de um certo cenário no qual o leitor / interlocutor tem condições de habitar a partir das múltiplas possibilidades abertas pelo mundo do texto.

Entretanto, tomando como ponto de partida as múltiplas interpretações que podem ser disparadas a partir da leitura de textos, como encontrar então, boas proposições na leitura e compreensão dos mesmos? Segundo Ricoeur (1989), não existem regras explícitas para este processo. Porém, sugere que se tome a lógica como um parâmetro importante.

Uma interpretação não deve apenas ser provável, mas mais provável do que outra interpretação. A explicação é a validação de determinada conjectura em prejuízo de outras, sem jamais pretendê-la definitiva. Não se trata de fazer uma escolha entre elas; mas receber de uma o aspecto da realidade que as outras, eventualmente, não alcançam. Trata-se de ter uma visão de conjunto para aprofundar um ponto sem nunca ter a última palavra. Há, portanto, uma circularidade entre o todo e a parte (Pieterzack, 2009, p. 88).

Tem-se assim, para o autor, que o processo de reflexão é intermediado pelo processo de interpretação que é, por sua vez, atravessado por toda subjetividade daquele que o faz e, simultaneamente, a transforma.

A interpretação nunca é absoluta porque, sendo linguagem, é prisioneira de uma cultura, carente de univocidade e contingente à individualidade do intérprete, o que não significa ausência de rigor metodológico, mas atenção e reconhecimento dos diversos estilos hermenêuticos (Pieterzack, 2009, p. 98).

Mesmo diante desta premissa, alguns autores têm desenvolvido estudos com base nesta perspectiva e, neste sentido, buscado sistematizar metodologicamente este processo dialético entre compreensão e explicação para deixar mais clara a forma como desenvolvem as interpretações dos dados coletados por meio de entrevistas realizadas em contextos de pesquisas qualitativas, por exemplo (Jesus et al., 1998; Caprara, Veras, 2005; Mello; Sá, 2006; Silva, 2007; Dionne; Nixon, 2014; McCaffrey, 2014; Jack; Wibberley, 2014; Sloan, Bowe, 2014; Wilson, 2014; Galehbakhtiari, Hasangholi, 2015; Green; Young, 2015).

Destaca-se, assim, o manuscrito publicado por Lindseth e Norberg (2004). Ao estudarem as dificuldades éticas enfrentadas por profissionais médicos e de enfermagem na vivência de situações relacionadas aos processos de cuidado, sistematizaram algumas etapas para a realização de análises baseadas na fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur.

Para os autores, o exercício da interpretação de textos advindos de narrativas com base na perspectiva Ricoeuriana, chama os pesquisadores à fazerem uma imersão na trajetória sugerida pela noção de arco hermenêutico. Ou seja, a realização do movimento dialético entre explicação - enquanto polo metódico e estrutural do material empírico e, compreensão, enquanto polo não sistemático (Lindseth, Norberg, 2004).

Inicialmente, os autores sugerem o contato com o texto a partir do que nomeiam como *naïve reading* (leitura ingênua). Isso significa realizar a leitura do texto inúmeras vezes a fim de compreender o seu sentido mais global. Para tanto, sugerem que os leitores estejam suficientemente permeáveis de forma a conseguirem apreender o que o texto mostra em si. É exatamente neste ponto que os autores chamam a atenção para a adoção de uma postura fenomenológica (Lindseth, Norberg, 2004).

Ao final dessa etapa, configura-se um primeiro cenário de possibilidades que será validado ou não na etapa seguinte, nomeada como *análise estrutural*. Dentre as inúmeras possibilidades para realização de uma análise estrutural, os autores destacam a temática. Para eles, os temas configuram-se e revelam-se enquanto eixos significativos e representativos do texto interpretado (Lindseth, Norberg, 2004).

Eles são, neste contexto, organizados a partir de unidades de significado que podem conter palavras, frases e parágrafos que partilham de uma mesma significação ou seja, possuem sentidos correlatos. Para localização das unidades de significados pode-se, por exemplo, fazer perguntas ao texto e, a partir das possíveis respostas, elas vão sendo compostas e ordenadas. Os autores sugerem que esta etapa da análise seja realizada da forma mais objetiva possível (Lindseth, Norberg, 2004).

Antes de dar seguimento à próxima etapa, é necessário um momento de compatibilização, ou seja, de comparação entre as pistas levantadas no momento da análise ingênua e as informações destacadas no momento da análise estrutural. Caso sejam compatíveis, lança-se à próxima etapa. Caso contrário, retoma-se o processo de leitura ingênua (Lindseth, Norberg, 2004).

Na compreensão abrangente dos dados, enquanto etapa final do processo de interpretação, os principais temas e subtemas destacados na análise estrutural são visualizados à luz da ou das questões de pesquisa.

Os autores sugerem que outros pesquisadores não envolvidos diretamente no estudo possam ajudar aqueles que o estão. Isso facilitará o alcance de aspectos não visualizados, além da validação das correlações já realizadas, partindo do pressuposto que sempre serão feitas com base na subjetividade do autor ou da equipe de pesquisa principal (Lindseth, Norberg, 2004).

Procura-se, ainda nesta etapa, fazer correlações entre o conteúdo destacado e a literatura pertinente. A proposta não é a de constranger o texto ou a interpretação a partir do uso de determinadas referências literárias, mas de fazer com que a literatura seja apropriada a ponto de iluminar aspectos do texto que antes pareciam inexistentes. Ela auxilia na revisão, ampliação e aprofundamento da compreensão do texto analisado (Lindseth, Norberg, 2004).

Os autores destacam ainda que o eixo central deste percurso tem como foco as possibilidades de compreensão de mundo que o texto e a interlocução com ele se abrem e, neste sentido, a produção da interpretação é contemporânea e projetiva/ futurística em relação aquele que a faz.

Na elaboração de um novo texto, enquanto resultado deste trabalho, os autores sugerem o uso de linguagem simples que possa ilustrar, da forma mais clara possível, as experiências vinculadas ao mundo do vivido. “Não é só o intérprete que interpreta o texto. O texto também interpreta o intérprete. Este processo de aplicação de interpretações fenomenológico-hermenêuticas pode

ser descrito como um processo de apropriação²⁹ (Lindseth, Norberg, 2004, p. 151).

Destaca-se mais uma vez que, com o uso da aproximação fenomenológico-hermenêutica, não existem expectativas de que seja encontrada uma única verdade acerca do material interpretado. Mas, como aponta Ricoeur (1989), apesar dos textos nunca serem compreendidos em sua totalidade, trata-se de localizar uma hipótese a partir de uma interpretação que seja mais provável do que outras para o intérprete e/ou para o grupo de intérpretes.

6.2. Trajetória Metodológica e de Análise dos Dados

No contexto de uma pesquisa exploratória, realizada a partir de um caso institucional específico, a trajetória metodológica e de análise de dados adotada, foi atravessada por distintos momentos e atores, a partir do uso de procedimentos específicos.

Destaca-se que o desenho de pesquisa previsto inicialmente foi transformado ao longo do desenvolvimento da mesma e, desta forma, após a imersão e maior apropriação do campo investigado, percebeu-se a necessidade de adequação da proposta à realidade encontrada. A seguir, a trajetória para coleta dos dados em campo e as respectivas análises foram descritas de forma detalhada.

²⁹ Traduzido livremente do seguinte trecho “It is not only the interpreter that interprets the text. The text also interprets the interpreter. This process of applying phenomenological hermeneutical interpretations can be described as a process of appropriation” (Lindseth, Norberg, 2004, p. 151).

6.2.1. Levantamento e análise documental

No contexto deste estudo foram considerados como documentos: o material científico que dialogava com o objeto estudado, oriundo de fontes secundárias, bem como dados demográficos primários, obtidos junto ao HU-USP.

O estudo bibliográfico das principais obras do campo da psicodinâmica do trabalho foi de fundamental importância para a construção da base teórica do estudo bem como do horizonte de interpretação dos dados oriundos das entrevistas, apresentados de forma detalhada adiante.

A imersão nesta literatura foi realizada em dois momentos: no ano de 2012, para melhor delineamento do projeto de pesquisa e; sobretudo, entre o segundo semestre de 2014 e o primeiro de 2015 para redação da base teórica do estudo³⁰. Face à grandeza e complexidade da psicodinâmica do trabalho enquanto disciplina, foram destacados conceitos que, segundo a compreensão dos envolvidos no estudo, pareceram ser os mais essenciais no diálogo com o material coletado em campo³¹.

Já os dados institucionais referentes à população médica, foram imprescindíveis para caracterização dos sujeitos da pesquisa. Foram obtidos junto à Seção de Administração de Pessoal do Departamento Administrativo do HU – USP (SAP – HU – USP) no início do mês de setembro do ano de 2013 e

³⁰ Período em que foi realizado estágio de pesquisa / bolsa sanduíche, junto à equipe de pesquisa “Psychodynamique du Travail et de l’Action – CNAM, Paris – FR, coordenada pelo Professor Christophe Dejours.

³¹ Como já apresentado no capítulo destinado a descrição da base teórica de referência (trabalho, sujeito, subjetividade, reconhecimento, cooperação, atividade deôntica, autoridade, arbitragem, sublimação e emancipação).

referiram-se, especificamente ao perfil dos profissionais médicos inseridos no hospital (quantos eram, no total e em cada Divisão especificamente; tempo de trabalho no HU - USP e faixa etária). Dentre os profissionais elencados, destacaram-se aqueles que, na época do estudo, ocupavam cargos de chefia.

Tais dados receberam tratamento estatístico simples e serão apresentados de forma descritiva para caracterizar detalhadamente o caso estudado.

6.2.2. Realização das entrevistas no contexto do estudo

Num primeiro momento, foram convidados a participar do estudo seis trabalhadores que ocupavam, na época da coleta de dados, cargos de gestão. Todos, voluntariamente, aceitaram participar. Tais sujeitos foram entendidos como informantes chaves, pois poderiam auxiliar na compreensão sobre o organograma geral do HU – USP, o fluxo e a organização do trabalho médico.

Tais entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e dezembro de 2013 e contaram com a participação dos seguintes atores: Superintendente do Hospital, Diretor do Departamento Médico e chefes de seção técnica de Pronto Atendimento das quatro clínicas/ Divisões mais antigas do HU – USP. São elas: Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Clínica Pediátrica. Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

É importante destacar que na época da coleta de dados o organograma do Hospital estava em processo de reformulação e, desta forma os profissionais

inseridos na Divisão de Psiquiatria e Psicologia Hospitalar, recém-criada, não foram convidados a participar do estudo.

Todas as entrevistas, semi-estruturadas, foram orientadas por roteiros elaborados previamente. Foram utilizados três roteiros similares, com pequenas nuances a depender do cargo ocupado pelo entrevistado. Todos encontram-se nos anexos (E, F, G).

Para realização do convite para participação no estudo, primeiramente foi feito contato telefônico com as secretarias da Superintendência, do Departamento Médico e das quatro Divisões já citadas. Foi confirmado com as secretárias se tais pessoas realmente ocupavam os cargos apontados nos dados levantados junto à SAP – HU – USP e, posteriormente foi enviado um e-mail, via secretaria, com um convite formal para participação no estudo e um resumo técnico da pesquisa para que a pessoa pudesse compreender melhor, quais eram os objetivos e o escopo da mesma. Após aceite, tais entrevistas foram realizadas em data, horário e local mais adequados aos entrevistados.

Em linhas gerais, cada uma das entrevistas foi organizada em três momentos: no primeiro, o pesquisador se reapresentou aos sujeitos de pesquisa, bem como os objetivos da pesquisa e procedimentos metodológicos previstos. Em seguida foi aberto espaço para que tais sujeitos pudessem fazer alguma pergunta ou mesmo tirar alguma dúvida após leitura do resumo previamente apresentado para, posteriormente, assinar o TCLE; no segundo foi realizado a entrevista propriamente dita e, por fim, no terceiro, foi aberto um espaço para que os sujeitos pudessem complementar as informações, caso algum aspecto considerado relevante não tivesse sido abordado.

As informações levantadas foram transcritas integralmente e uma síntese será apresentada no capítulo de resultados de maneira descritiva, ou seja, sem ser submetida a nenhuma análise específica. Destaca-se que o material foi agrupado a partir de categorias similares às aquelas adotadas nos roteiros utilizados.

Num segundo momento e, a partir das primeiras entrevistas realizadas, foi destacada a equipe de chefes de plantão³² enquanto fundamental para a sustentação do funcionamento cotidiano do hospital. Era formada por médicos de várias especialidades clínicas que, algum dia da semana, por um período de 12 horas consecutivas, eram responsáveis por fazer a gestão de todas as ações prestadas pelo hospital, com ênfase naquelas realizadas no Pronto Socorro (PS)³³.

Tendo em vista o papel singular destes profissionais e o caráter particular de suas ações - situadas entre a prática assistencial e a coordenação das ações de cuidado em saúde -, tornaram-se a população alvo do estudo, cujo trabalho e o trabalhar foi investigado mais especificamente.

Os contatos dos 16 médicos que desempenhavam tal função³⁴ foram gentilmente concedidos pelo Departamento Médico, logo após a entrevista com

³² Oficialmente, o nome designado para a função desempenhada por estes médicos é o de “Supervisor de Equipe de Plantão”. Porém, como institucionalmente são conhecidos como “Chefes de Plantão”, optou-se por adotar esta terminologia.

³³ Na estrutura Hospitalar, os Pronto-Socorros (PS) são os serviços responsáveis pelo atendimento de casos considerados como emergência e urgência. Tais termos são utilizados no campo médico, e referem-se a situações em que o sujeito está em risco de morte. A diferença entre eles está, respectivamente, na necessidade imediata ou o mais rápido possível, de intervenção clínica ou cirúrgica. No âmbito público, o acesso ao PS ocorre, prioritariamente, de duas formas. Uma delas se dá por meio das Centrais de Regulação de Urgências e Emergências, estruturadas a nível regional, municipal e estadual. Nesta central, é o profissional médico que julga, decide e dá os respectivos encaminhamentos aos casos. Outra forma de acesso ao PS ocorre por meio da demanda espontânea (Brasil, 2002).

³⁴ É importante destacar que o número e nome dos trabalhadores que constava na planilha cedida pela SAP- HU – USP, foi diferente daquele fornecido pela Diretoria do Departamento Médico. Oficialmente os chefes de plantão contabilizavam apenas 10 trabalhadores.

o respectivo diretor. Assim, em outubro de 2013 foi enviado um e-mail convite para estes 16 sujeitos, no qual o resumo técnico da pesquisa também foi anexado. Diferentemente do que havia sido realizado até então, a particularidade do convite residiu no questionamento sobre a existência de um espaço coletivo na rotina de trabalho dos mesmos para que a pesquisa pudesse ser apresentada coletivamente.

Em duas semanas não foi obtida nenhuma resposta quando, novamente, o e-mail foi enviado. Ainda sem nenhuma devolutiva, optou-se por contatar diretamente a chefia geral do Pronto Socorro da instituição - vinculada diretamente à organização do trabalho destes profissionais - e convidá-la para a realização da entrevista, nos moldes da que foi realizada com os chefes representantes de cada uma das seções técnicas das quatro Divisões do hospital.

Houve dois encontros com o chefe geral do PS: o primeiro para apresentação do estudo e questionamento sobre eventuais dúvidas. Neste encontro também foi possível conhecer um pouco melhor a rotina dos chefes de plantão: aparentemente possuíam poucos espaços de reunião conjunta (a cada três ou quatro meses), o que, inviabilizaria uma apresentação coletiva do estudo e qualquer abordagem grupal, como estava previsto no desenho inicial da pesquisa. E, a segunda, para a realização da entrevista propriamente dita³⁵. Ao final dos dois encontros, o chefe geral do PS enviou um e-mail aos chefes de plantão comunicando-lhes sobre a pesquisa e alertando-os sobre o convite que iriam receber para participação em uma entrevista.

³⁵ O conjunto das sete primeiras entrevistas teve, aproximadamente, 4 horas de duração.

Após apoio do chefe geral do PS, tentou-se novamente o contato com as chefias de plantão via e-mail; igualmente sem sucesso. Optou-se então, novamente por, acessar as secretarias de cada uma das Divisões Médicas, solicitando a mediação deste processo. Desta forma foi possível acessar os trabalhadores e obter alguma resposta em relação ao convite feito inicialmente.

Foi possível, entre os meses de dezembro de 2013 e abril de 2014, realizar sete entrevistas³⁶. Neste período, foram feitos, no mínimo, três contatos com cada uma das secretarias. Alguns dos chefes de plantão, não responderam se aceitavam ou não participar do estudo, o que foi considerado como recusa para fins de encerramento da coleta de dados.

Além dos sete entrevistados, mais dois médicos responderam positivamente, marcando data, horário e local para realização da entrevista. Entretanto, não compareceram conforme combinado. Novamente, após o ocorrido, foi tentado novo contato para agendamento da entrevista via secretaria. Não foi obtida devolutiva de nenhum dos dois profissionais.

Um dos chefes de plantão ocupava também o cargo de chefe de Seção Técnica de uma das Divisões e, como havia participado do primeiro momento das entrevistas, optou em não participar do segundo.

Com os sujeitos que aceitaram participar, o procedimento para realização da entrevista foi semelhante ao adotado na primeira fase do estudo: apresentou-se o pesquisador e os objetivos do estudo; abriu-se espaço para eventuais questionamentos, para posterior assinatura do TCLE; foi realizada a entrevista

³⁶ O conjunto de entrevistas com os chefes de plantão teve a duração total de, aproximadamente, 5 horas.

propriamente dia e, por fim, houve a possibilidade, por parte do entrevistado, de complementação de informações.

Foi utilizado um roteiro (anexo H) para nortear o desenvolvimento das entrevistas, entretanto, diferentemente dos utilizados na etapa anterior, esse possuía questões que fizessem com que o entrevistado se remetesse, de forma reflexiva e narrativa, às experiências práticas vivenciadas enquanto chefia de plantão e também no contexto do PSHU – USP, um dos principais cenários de prática destes profissionais. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas de forma integral.

Destaca-se que, mesmo se a realização das entrevistas foi guiada por um conjunto de questões, como mencionado, abriu-se espaço para que os entrevistados pudessem discorrer sobre aspectos da respectiva prática profissional que considerassem relevantes. Sendo assim, ressalta-se a oferta da possibilidade de escuta sobre o trabalho para além do que estava previsto nos roteiros norteadores.

É importante pontuar que, com o conhecimento adquirido nas entrevistas iniciais, foi possível esclarecer, naquelas realizadas posteriormente, dúvidas ou mesmo ampliar aspectos específicos que não estavam vinculados diretamente aos roteiros utilizados. Ao final de cada uma delas, foram redigidas observações pessoais e impressões do pesquisador em um caderno de campo.

6.2.3. Análise e interpretação dos achados

A análise dos dados que tiveram como origem as entrevistas junto aos chefes de plantão bem como os registros em diário de campo, constituiu-se enquanto processo complexo e com muitas nuances. Como já mencionado, baseou-se na hermenêutica Ricoeuriana.

Na medida em que todo o conteúdo deste material foi transcrito integralmente, o discurso destes profissionais foi materializado em linguagem escrita. Neste sentido, a leitura e o trabalho junto ao texto foram as bases de sustentação da interpretação, entendida como processo ancorado na dialética entre explicação e compreensão.

Destaca-se que o texto foi encarado como um material com autonomia relativa, na medida em que esta pesquisa se configura enquanto estudo de caso e trata, portanto, de uma realidade específica. Entretanto, ressalta-se que o intervalo de tempo entre a coleta e a análise dos dados foi significativo, ou seja, o material de análise foi retomado após período importante de distanciamento entre o pesquisador e o contexto de pesquisa. Tal fato favoreceu a adoção de uma postura mais flexível por parte do pesquisador, ou seja, sem pré-julgamentos em relação ao conteúdo que poderia ser revelado a partir do texto.

Numa primeira fase, foram realizadas inúmeras leituras dos sete textos produzidos a partir dos discursos dos chefes de plantão. Simultaneamente a este processo, foi realizada uma imersão no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho. O aprofundamento neste material, permitiu com que elementos dos textos analisados pudessem ser, aos poucos, visualizados e, conseqüentemente apreendidos com mais clareza, além de compreendidos de maneira mais global. Foi neste momento, inclusive, que as próprias categorias

da PDT a serem destacadas no referencial teórico tornaram-se mais bem definidas.

Em seguida, buscou-se compor um texto único, tomando como referência os sete trabalhos anteriormente, a partir da adoção de unidades de significado. Frases, palavras, parágrafos e as próprias questões colocadas aos profissionais tornaram-se grandes indicadores de temas específicos. Fez-se, ao longo deste processo, inúmeras perguntas aos textos e a partir de determinadas explicações trazidas pelas unidades de significado, algumas hipóteses interpretativas foram formuladas e a construção de um material único foi possível.

Ressalta-se que a partir do processo de análise, determinados aspectos dos textos destacaram-se como de maior importância e se tornaram efetivamente unidades de significado enquanto outros não demonstraram relevância expressiva no contexto deste estudo.

Posteriormente, foi conduzida uma aproximação entre a compreensão geral do texto, realizada nas primeiras leituras do material, e as unidades de significado, destacadas na segunda fase de caráter mais estruturalista. Percebeu-se que havia uma compatibilidade entre as instâncias de compreensão e explicação e, partiu-se, desta forma, à etapa final, ou seja, a compreensão mais abrangente dos dados.

Nesta fase novamente foram realizadas inúmeras incursões no material teórico de forma a fortalecer as correlações entre ele e o material empírico. Destaca-se que a intenção não foi a de submeter o texto e as interpretações realizadas à luz de uma teoria, mas de fazer com que tal referencial pudesse

auxiliar na identificação de aspectos do texto que estavam, à priori, invisíveis. Amparou, portanto, uma espécie de escavação do texto analisado e auxiliou, inclusive, na redefinição dos objetivos do estudo.

Ainda nesta fase, houve a possibilidade da validação de todo trabalho feito com o material empírico bem como as hipóteses explicativas e interpretações, junto a uma equipe de especialistas em psicodinâmica do trabalho. Tal momento foi bastante significativo pois foi possível dar visibilidade e validar todo o processo de interpretação junto a uma comunidade de pares, ou seja, de pesquisadores que atuam neste mesmo campo de ação³⁷.

A adoção da postura hermenêutica não prevê o encontro de uma única interpretação enquanto verdade absoluta acerca da realidade estudada. Esta também não foi a intenção deste estudo, porém acredita-se que a possibilidade de discussão do material junto a um grupo de especialistas indica que as interpretações destacadas podem ser pertinentes ou mais *prováveis do que outras*.

Houve, porém, num segundo momento, a iniciativa por parte do pesquisador de procurar alguns médicos que haviam participado do estudo para validação e discussão coletiva do material coletado bem como das hipóteses interpretativas. Entretanto, após três tentativas não se obteve nenhuma devolutiva, fato que impediu a validação mais ampliada do conteúdo interpretado e até uma possível continuidade do referido estudo.

Para apresentação dos dados, procurou-se destacar conteúdos relacionados as experiências do mundo do vivido naquele contexto de trabalho

³⁷ O material apresentado e validado junto a esta equipe de especialistas encontra-se anexado ao final da tese, nos Apêndices.

e na relação com ele, de forma a alcançar aspectos que efetivamente ilustrassem o *trabalhar* da população alvo. Neste sentido, apresentação dos resultados teve como foco a caracterização do que é *ser chefe de plantão*, a partir de quatro eixos: conteúdo do trabalho destes profissionais; trajetória institucional até à chegada nesta função; recursos disponíveis para realização das atividades previstas e; experiências de sofrimento e prazer no trabalho.

Já as correlações e interpretações mais diretas em diálogo com o referencial teórico da PDT, mais precisamente com as categorias elencadas no capítulo de referencial teórico, foram realizadas de forma mais detalhada e evidente no momento da discussão.

6.3. Aspectos Éticos

Conforme previsto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tanto o projeto de pesquisa quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo D) foram submetidos aos Comitês de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da USP, instituição de afiliação da presente tese, e também do Hospital Universitário da USP, instituição onde foi realizado o trabalho de campo (Anexos B e C).

Destaca-se que está prevista uma devolutiva para todos os profissionais envolvidos diretamente no estudo.

Segue, abaixo, síntese das fases desenvolvidas e respectivos períodos de realização, bem como os objetivos propostos para cada uma delas (quadro 1).

Quadro 1: Percurso metodológico adotado ao longo do desenvolvimento do estudo.

PROCEDIMENTO	POPULAÇÃO ALVO	OBJETIVO	PERÍODO DA REALIZAÇÃO
Estudo Bibliográfico	Não se aplica	Construir o projeto, bem como as bases teóricas da pesquisa	2012; 2014 e 2015
Apresentação da pesquisa	Diretor do Departamento Médico (HU – USP)	Obtenção de anuência institucional para realização do estudo	Junho de 2013
Submissão e aprovação dos CEPs da FMUSP e HU – USP	Não se aplica	Obtenção de anuência ética para a realização do estudo	Entre junho e setembro de 2013; Entre agosto e novembro de 2015 (notificação de mudança de título do estudo)
Coleta de Dados Demográficos Primários	Seção de Administração de Pessoal (SAP - HU – USP)	Caracterização do perfil dos profissionais médicos inseridos no HU – USP	Setembro de 2013
Entrevistas Semi-Estruturadas – fase 1	Superintendente; Diretor do Departamento Médico; Chefes / representantes das clínicas cirúrgica, ginecológica e obstétrica, médica e pediátrica; Coordenador Geral do Pronto Atendimento	Facilitar a compreensão sobre o organograma geral do HU – USP, o fluxo e a organização do trabalho médico (com destaque ao contexto do Pronto Socorro)	Entre setembro e dezembro de 2013

continua

Quadro 1: Percurso metodológico adotado ao longo do desenvolvimento do estudo.

conclusão

Entrevistas Semi-estruturadas – Fase 2	Chefes de Plantão	Conhecer o trabalho destes profissionais e dar visibilidade aos diversos aspectos envolvidos no respectivo trabalhar	Entre dezembro de 2013 e abril de 2014
Análise e interpretação dos dados ³⁸	Não se aplica	Evidenciar componentes da organização do trabalho que pudessem favorecer a produção da saúde, a construção e o fortalecimento da identidade de sujeitos singulares e coletivos profissionais; compreender como o trabalho e o <i>trabalhar</i> determinam a construção e o desenvolvimento da saúde mental; compreender e discutir as razões e, em quais condições, um determinado coletivo profissional engaja-se na dinâmica de construção e transformação da organização do trabalho.	Entre agosto de 2014 e outubro de 2015.

³⁸ Nesta fase, dois momentos destacaram-se como de fundamental importância. O primeiro deles foi o exame de qualificação, ocorrido em junho de 2014, no qual foi possível visualizar com mais clareza as necessidades de redimensionamento do estudo; o segundo, aconteceu entre os meses de setembro de 2014 e fevereiro de 2015, período em que a pesquisadora estagiou junto à equipe de pesquisa “Psychodynamique du Travail et de l’Action, CNAM – PARIS, FR e, no qual, foi possível realizar uma imersão no referencial teórico da PDT e a discussão dos achados do estudo com especialistas da área.

7. RESULTADOS

7. RESULTADOS

Para apresentação do material coletado ao longo da pesquisa organizou-se três grandes eixos. O primeiro, de caráter descritivo, trata do perfil da população médica inserida no HU-USP na época da coleta de dados, incluindo aquela envolvida diretamente no estudo. Tais informações tiveram como origem os dados fornecidos pela Seção de Administração de Pessoal da instituição e algumas delas foram complementadas com dados provenientes das entrevistas.

O segundo, engloba os resultados da primeira fase das entrevistas³⁹. O depoimento coletado junto às chefias participantes teve como foco o trabalho médico a partir de sua inserção no Pronto-Socorro, importante acesso para entrada e acolhimento da população no hospital, além de configurar-se como de grande relevância para a prática destes profissionais (sobretudo para os chefes de plantão, cujo trabalho tornou-se o eixo central deste estudo). Tais dados serão apresentados de forma descritiva; compõem e completam a caracterização do contexto estudado.

Já o terceiro e último eixo, refere-se aos resultados obtidos na segunda-fase das entrevistas⁴⁰, cuja população alvo foram os chefes de plantão. Foi organizado a partir da redação de um novo texto, disposto em formato de

³⁹ Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes do estudo, tais entrevistas foram numeradas sequencialmente, de acordo com a ordem de realização das mesmas, como por exemplo: entrevistado 1, 2, 3, e assim sucessivamente.

⁴⁰ Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes do estudo, tais entrevistas foram numeradas sequencialmente, de acordo com a ordem de realização das mesmas, como, por exemplo: CP1, CP2, CP3, e assim sucessivamente.

narrativa, constituído em torno de uma única temática, nomeada como “*ser chefe de plantão*”.

Análises mais aprofundadas do conjunto deste material foram apresentadas/ realizadas no capítulo de discussão.

7.1. Perfil da População Médica Inserida no Hospital Universitário da USP e dos Trabalhadores Entrevistados

7.1.1. Aspectos gerais

Em setembro de 2013, o HU – USP, contava com 298 médicos assistentes, concursados pela Universidade de São Paulo, com formação nas várias especialidades médicas e inseridos em cada um dos setores que compõem o organograma do Hospital (quadro 2). Entre eles, 170 eram do sexo feminino e 128 do sexo masculino.

Quadro 2: Distribuição dos médicos nos distintos setores do HU – USP (Fonte: SAP, HU – USP, setembro de 2013).

Setores do HU – USP	Número de Médicos
Departamento Médico	15
Divisão de Clínica Cirúrgica	12
Seção de Endoscopia	07
Seção de Enfermaria da Clínica Cirúrgica	10
Seção de Especialidade de Apoio	03
Seção de Pronto Atendimento (PA) da Clínica Cirúrgica	10
Divisão de Clínica Médica	72
Divisão de Obstetrícia e Ginecologia	04
Seção de Enfermaria da Clínica Obstétrica	22
Seção de PA da Clínica Obstétrica	14
Divisão de Clínica Pediátrica	44
Seção de Enfermaria da Clínica Pediátrica	1
Seção de Neonatologia	1
Serviço de Anestesiologia	40
Serviço de Anatomia Patológica	06
Serviço de Imagenologia	21
Serviço de Ortopedia	16
TOTAL	298

É importante destacar que, ao longo do processo da pesquisa foi percebido que, muitas vezes, um trabalhador estava alocado em um determinado setor do ponto de vista formal, entretanto, não desenvolvia suas atividades neste mesmo setor ou não apenas nele.

O perfil de idade destes profissionais, bem como o tempo de trabalho no hospital era bastante heterogêneo, conforme apontado na tabela 1.

Tabela 1: Idade e tempo de trabalho dos médicos inseridos no HU – USP
(Fonte: SAP, HU – USP, setembro de 2013).

	Idade (anos)	Tempo de Trabalho no HU (anos)
Mínimo	29	2
Máximo	69	38
Média	49	18

Na época da coleta de dados todos possuíam carga horária semanal de trabalho de 24 horas. Os plantões, por exemplo, que excediam esta carga horária de trabalho semanal eram remunerados como hora extra.

7.1.2. População entrevistada

Inicialmente, foram entrevistados sete trabalhadores (quatro do sexo feminino e três do sexo masculino) que, voluntariamente aceitaram participar do estudo. Na época da coleta de dados ocupavam cargos de gestão no HU – USP, nas seguintes funções: Superintendente do Hospital, Diretor do Departamento Médico, chefe geral do Pronto Socorro e chefes de seção técnica de Pronto Atendimento das quatro clínicas mais antigas do HU – USP. São elas: Clínica Cirúrgica, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Clínica Pediátrica⁴¹.

⁴¹ Como papel / função de cada uma das chefias entrevistadas compreende-se: a) Chefias de Seção Técnica de Pronto Atendimento das quatro clínicas: fazem a gestão das equipes que atuam no PS de cada uma das clínicas no tocante a alocação e divisão nos vários postos de trabalho do PS, a organização das escalas e a discussão sobre as estratégias de ensino aos residentes e graduandos e de atendimento à população; b) Coordenação Geral do PSHU – USP: faz a gestão geral do PSHU – USP do ponto de vista físico e estrutural (espaço adequado para os atendimentos, materiais e insumos adequados, equipe disponível, implantação da triagem por classificação de risco). Atua, diretamente, com a equipe de chefes de plantão; c) Diretoria do Departamento Médico: responsável administrativamente por todas as Divisões, Serviços e Seções no âmbito médico; d) Superintendência do HU: responsável administrativamente pela gestão de todo o hospital (todos os Departamentos, Divisões, Serviços e Seções).

Todos eram médicos, a maioria formada pela Faculdade de Medicina da USP. O tempo de formação estava compreendido entre 11 anos e 40 anos. Todos tinham residência na sua área de especialidade (pediatria, cirurgia geral, do trauma e torácica, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, terapia intensiva, ortopedia). Três deles mencionaram ter doutorado concluído, dois eram livre-docentes e um era Professor Titular da FMUSP.

Com relação ao tempo total de trabalho no HU – USP, estava compreendido entre 3 e 26 anos. Exceto o Superintendente, todos começaram como médicos assistentes antes de assumirem cargos de chefia no referido contexto.

Posteriormente, como já mencionado, foram entrevistados sete médicos chefes de plantão. Oficialmente, segundo os dados da SAP - HU – USP de setembro de 2013, existiam dez profissionais designados para esta função. Entretanto, ao longo do processo de pesquisa, foi descoberto que, ao todo, 16 médicos a ocupavam no período da coleta de dados.

Dos sete entrevistados (cinco do sexo masculino e dois do sexo feminino), dois mencionaram ter cursado Medicina na FMUSP. Havia concluído a graduação há mais de 18 anos (entre 18 e 26 anos). Neste período, todos realizaram alguma formação em pós-graduação lato senso (cirurgia geral, urologia, ginecologia, obstetrícia, oncologia, administração hospitalar, gestão em saúde, pediatria, enfermagem, alergia e imunologia, nefrologia e UTI). Três deles mencionaram possuir formação em pós-graduação estrito senso: um com mestrado, um com mestrado e doutorado e um com doutorado.

A idade média dos entrevistados foi de, aproximadamente, 49 anos. O mais novo tinha 43 anos e o mais velho 53. Estavam inseridos profissionalmente

no HU – USP, em média, há 15 anos. O que estava há menos tempo possuía 11 anos de inserção e o que estava há mais tempo, 22 anos.

Além de atuarem como chefes de plantão⁴², desenvolviam outras atividades como médicos assistentes, cada um na respectiva especialidade, tais como: cirurgias, atendimentos ambulatoriais, domiciliares e de pronto socorro, orientação e supervisão de residentes e internos, participação em comissões do hospital (quadro 3).

Todos foram convidados pela superintendência bem como pela chefia da respectiva divisão de atuação, a ocuparem essa função. Um deles mencionou que a desempenhava há 8 anos.

Quadro 3 – Inserção institucional / especialidades dos chefes de plantão (Fonte: SAP, HU – USP, setembro de 2013 e entrevistas, 2013/2014).

Inserção HU – USP	Número de Chefes de Plantão
Divisão de Clínica Médica	2
Divisão de Clínica Cirúrgica	2
Divisão de Clínica Pediátrica	2
Divisão de Ginecologia e Obstetrícia	1

7.2. Organização da Instituição Hospitalar e do Trabalho Médico

7.2.1. Caracterizando o pronto socorro do Hospital Universitário da USP

⁴² Destaca-se que cada um dos chefes de plantão atua neste posto de trabalho uma vez por semana, durante 12 horas consecutivas.

Na época da coleta de dados o PSHU – USP possuía 11 leitos de observação para adultos. Entre eles, segundo relatado nas entrevistas, dois eram de uso exclusivo da Obstetrícia e os demais eram divididos entre as Clínicas Cirúrgica e Médica. Ainda segundo os entrevistados, como este número de leitos era insuficiente, normalmente eram incluídas mais 11 macas para que um número maior de pessoas pudesse ser acolhido, permanecer em observação, aguardar resultados de exames, vagas na Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou nas enfermarias.

A Pediatria possuía também 11 leitos de observação, dois para as crianças e adolescentes em situação de isolamento e nove organizados em boxes individualizados.

O PSHU – USP, de forma geral, computava, na época da coleta de dados, entre 700 e 1200 atendimentos diários. Tal variação ocorria a depender da época do ano⁴³. Entre as principais demandas da população atendida estavam: dor abdominal; politraumas em geral; cólicas renais; gestantes em trabalho de parto; crianças e adolescentes com doenças respiratórias e diarreicas; pessoas com crise de hipertensão, gripes, resfriados, entre outros.

7.2.2. Funcionamento do pronto socorro do Hospital Universitário da USP

Abaixo, será descrito como se dá o funcionamento do PSHU – USP, segundo os entrevistados. Tal relato está subdividido em alguns eixos, de forma a facilitar a compreensão do leitor.

⁴³ Cálculo aproximado realizado pelos entrevistados.

- *Chegada da população:*

A proposta do HU-USP era a de atender a comunidade da região do Butantã, além da comunidade USP. Entretanto, segundo os entrevistados, por ser um hospital de porta aberta e por ter a “*etiqueta Universidade de São Paulo*” (Entrevista 1) pessoas de outras regiões da cidade, municípios ou até de outros Estados brasileiros procuram espontaneamente pelo hospital. A via espontânea, segundo os entrevistados, constituía-se como a principal forma de acesso ao PS.

Outra forma de acesso se dava pelo sistema de referência e contra referência com os demais serviços de saúde da região do Butantã, sobretudo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Assistências Médicas Ambulatoriais (AMAs), outros 2 Hospitais que também estavam inseridos neste contexto, além do Complexo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC – FMUSP)⁴⁴.

Um dos entrevistados mencionou que a entrada do Projeto Região Oeste⁴⁵ para realizar a gestão de parte dos serviços de saúde desta região do

⁴⁴ Segundo os entrevistados, tratava-se de uma “parceira de gente pobre com gente pobre (...) São parcerias tensas...” (Entrevista 1). Ainda segundo eles, os Pronto Socorros Municipais que estavam alocados na mesma região e deveriam atender o mesmo público que o HU – USP, estavam, na época da coleta de dados, em condições muito precárias no que tange as ferramentas e instrumentos de trabalho, além do número de recursos humanos disponíveis. Neste sentido, não apenas a qualidade, mas o alcance do atendimento oferecido à população ficava comprometido. Neste contexto, o HU – USP era acionado e, muitas vezes, mesmo sem ter leitos ou demais condições adequadas, acabava recebendo as pessoas referenciadas por estes locais.

⁴⁵ “Foi estabelecida, a partir de 2008, através de contrato de gestão entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina (FFM), juntamente com a FMUSP, uma parceria para a reorganização da rede de atenção à saúde dentro de um espaço populacional definido, que compreende as famílias inscritas no Programa de Saúde da Família da Microrregião Butantã / Jaguaré. Essa reorganização da atenção à saúde, de forma hierarquizada e integrada, com ênfase no fortalecimento da atenção primária, compõe a plataforma docente-assistencial da FMUSP e serve como interface para realização de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico. O planejamento prevê a atenção integral à saúde de forma hierarquizada, com sistema de referência e contra referência entre atenção primária, secundária e terciária; a melhoria da capacidade de planejamento e administração dos

Município de São Paulo, formalizou alguns processos. Foi acordado que, após as 19 horas, todos os casos que fossem atendidos nas AMAs de referência e que, por ventura, necessitassem de uma investigação de nível secundário, terciário, ou mesmo primário, seriam referenciados ao HU – USP. Tal acordo valeria ainda para aqueles que precisassem realizar exames ou serem internados.

Destaca-se ainda que o Hospital compunha a rede de regulação do Município de São Paulo, ou seja, também recebia pacientes levados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Resgate e pela Polícia Militar.

Entretanto, duas das chefias entrevistadas, colocaram em questão o fato do HU – USP, compor, de fato a rede de saúde da região oeste de São Paulo.

O Hospital Universitário é definido pela Universidade de São Paulo como uma unidade de ensino, não é um hospital assistencial, é uma unidade de ensino e pesquisa da Universidade, mas na área da saúde com esse objetivo precisamos da assistência. Então por isso ele colabora com a rede SUS para poder ter um perfil de assistência. Oficialmente ele não faz parte da rede, oficiosamente sim, mas oficialmente não (Entrevista 4).

Então se a gente falar da que a gente não quer o SUS financia 10% do hospital e a universidade 90%. A gente poderia viver sem o SUS do ponto de vista de denotação orçamentária... só com a comunidade universitária ou com outro tipo de comunidade a gente conseguiria cumprir o nosso papel. Porque a gente não atende, a gente atende

estabelecimentos envolvidos, a partir do desenvolvimento de tecnologias de gestão e de sistemas de informação; a formação de equipes comprometidas com os resultados e orientadas às necessidades da população; e a construção e desenvolvimento de tecnologias que possam ser replicadas em outros pontos do SUS. O contrato prevê a gestão dos equipamentos públicos de saúde da região (Unidades Básicas de Saúde, AMAS, ambulatorios de especialidades e pronto-socorros), além da gestão dos recursos humanos da prefeitura na área de atuação, com a complementação necessária para uma atuação de qualidade. Através do projeto, os equipamentos de atenção primária são integrados à atenção secundária (Hospital Universitário, Hospital Mário Degni e Centro de Especialidades) e nível terciário (Complexo Hospital das Clínicas da FMUSP) (Fonte: <http://extranet.ffm.br/atuacaodaffm/projetos/ContratoGestaoButanta.ashx>. Acesso em 30.05.2014).

para ensinar, ensinando a gente melhora a qualidade da assistência que é o objetivo da universidade... O gestor do SUS local, ele acha que o HU tem uma capacidade infinita de resolver as suas insuficiências, e a gente não tem... O sistema, nós precisávamos que ele fosse mais eficiente, que ele provesse as necessidades da população que ele não faz. Entendeu? A gente faz o papel de promotor da população, cobrando o sistema porque nós estamos com pacientes no corredor. Só que quando vem eles, eles filmam a gente, eles não vão filmar a secretária da saúde, eles acham que o HU tá deixando paciente no corredor. Não, o HU não tem leito lá em cima e optou por deixar o doente no corredor. O HU está atendendo apesar de não ter leito, é diferente, só que a população não entende isso, ela vê que o pai está no corredor, filma, manda pro Datena, etc (Entrevista 6).

- Fluxo de atendimento:

Em linhas gerais, segundo os entrevistados, as pessoas que procuram o PS chegam de três maneiras: “*em pé, de cadeira de rodas ou deitado/desmaiado*” (Entrevista 1). Para cada uma destas situações existia um fluxo específico de atendimento.

Os sujeitos que chegavam deitados, desmaiados ou em cadeira de rodas, normalmente via SAMU e Resgate, eram recebidos nos portões 2 e 3⁴⁶. De acordo com o chefe do PS, para estes casos não havia categorização de gravidade segundo a classificação de risco de Manchester⁴⁷, mas pretendia-se implantá-la futuramente também para estes casos.

⁴⁶ O PSHU – USP possui três portas de entrada: a primeira e principal, para as pessoas que chegam espontaneamente, caminhando; e a segunda e a terceira, para casos considerados de urgência e emergência, respectivamente, que chegam via SAMU, resgate ou junto à Polícia.

⁴⁷ Trata-se de metodologia que classifica o risco das pessoas que buscam atendimento, sobretudo em unidades de Pronto Atendimento. A partir do risco de vida dos sujeitos, são atribuídas as cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul e determina-se o tempo máximo para atendimento que pode variar de zero, para casos de emergência, a 240 minutos, para os casos considerados não urgentes. Foi criada na Inglaterra, na cidade de Manchester. Desde 2004, com a Política Nacional de Humanização, tem sido utilizado como importante diretriz do Ministério da Saúde enquanto ferramenta de gestão, produção de saúde e de cuidados nos serviços de saúde (Fontes: http://www.portaldoenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=1461. Acesso em 01.06.2014. Souza et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância

Assim que recebidos, esses pacientes eram encaminhados para a sala de emergência ou, estando em melhor estado, iriam para a sala de sutura, que não se constituía exatamente enquanto uma sala de emergência, mas também era usada para atendimento de casos com esse perfil.

Os casos que chegavam pelo portão 3, iam direto para a sala de emergência. Já os que chegavam pelo portão 2 (local onde se localizavam os consultórios médicos), tinham que ser atendidos com uma certa brevidade, mas não se configuravam como emergência, podendo esperar por um período de até 30 minutos para o primeiro atendimento médico.

Já os sujeitos que procuravam o hospital espontaneamente e, normalmente, chegavam “*em pé*”, passavam pela triagem de classificação de risco. Poderiam ser qualificados de várias formas, mas, em geral, segundo os entrevistados, recebiam as cores verde ou azul, ou seja, entre todos os atendidos eram aqueles que representavam menor gravidade.

É importante ressaltar que, para os pacientes que chegavam pelo portão 1 e eram classificados nas cores azul e verde, o atendimento médico era prestado prioritariamente pelos assistentes. Já os que chegavam pelo portão 2 e 3, além dos médicos assistentes, poderiam também ser atendidos pelos médicos residentes e alunos do sexto ano da graduação em Medicina.

Diferente dos pacientes adultos, o Pronto Socorro pediátrico ainda não trabalhava com o sistema de classificação de risco de Manchester. Todos que lá chegavam aguardavam, preenchiam uma ficha de identificação inicial no balcão do Serviço de Atendimento Médico (SAME) e, a princípio, não possuíam

entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. *Rev. Lat. Americana de Enfermagem*. 2011; 19(1): 8 telas).

nenhuma prioridade no atendimento.

Entretanto, quando o tempo de espera para os atendimentos excedia 45 minutos, um dos médicos assistentes⁴⁸ ia até a recepção e realizava a chamada “*triagem de balcão*”. Ou seja, chamava paciente a paciente para avaliar se existia algum sinal de gravidade eminente que justificasse algum atendimento prioritário.

Por fim, a depender da demanda apresentada pelos pacientes, as possibilidades de saída do PS eram:

- Resolução imediata do problema e retorno direto para casa, com indicação de acompanhamento na atenção primária em saúde;
- Resolução imediata do problema e indicação de retorno para acompanhamento ambulatorial no próprio HU – USP;
- Aguardo da estabilização do quadro clínico e de exames complementares nos leitos de observação do PSHU;
- Necessidade de internação em enfermaria ou UTI do HU - USP para melhor investigação e acompanhamento do problema de saúde;
- Encaminhamento cirúrgico, a ser realizado no próprio HU ou em outros hospitais da rede de saúde da região, caso o HU não possuísse os recursos materiais e humanos necessários.

7.2.3. Organização do trabalho médico, com destaque ao cenário do pronto socorro

⁴⁸ Ou seja, aqueles com vínculo empregatício junto ao HU – USP.

Ao longo da semana, as 24 horas de trabalho dos médicos eram distribuídas entre períodos diários de 6 horas ou plantões de 12 horas. Já no período noturno, aos finais de semana e feriados, os plantões eram de 12 horas e geralmente remunerados como hora extra. Em linhas gerais, os médicos faziam, ao menos, 4 plantões extras.

No horário comercial a equipe do pronto socorro adulto são 3 cirurgiões, 5 clínicos e 2 ortopedistas. No pronto socorro obstétrico em média 5 profissionais, no pronto socorro infantil também uma média de 4 a 5 profissionais. Nos plantões, quer dizer, períodos noturnos, sábados, domingos e feriados, esse contingente diminui na clínica médica, na cirurgia não. Na cirurgia e na ortopedia ficam 3 e 2 respectivamente 24 horas por dia. A clínica médica nos plantões diminui de 1 a 2 profissionais, e a mesma na coisa na pediatria e obstetrícia (Entrevista 4).

De acordo com uma das chefias entrevistadas, aproximadamente metade do total de médicos do HU – USP, atuava no PS. Entretanto, cada uma das quatro grandes clínicas do HU – USP tinha autonomia para organizar sua forma de trabalho. Os médicos que compunham cada uma delas, podiam ou não atuar diretamente ou somente no PS.

Na clínica cirúrgica, das 24 horas semanais de trabalho de todos os médicos, 6 delas eram, obrigatoriamente, desenvolvidas no PS. O restante da carga horária era dividido entre a enfermaria, UTI e nas cirurgias. Soma-se a isso o fato de praticamente todos eles fazerem 12 horas extras semanais, para cobertura de plantões noturnos e de final de semana, totalizando, em média, 18 horas semanais em atendimento no PSHU – USP.

Na clínica ginecológica e obstétrica, a lógica era a mesma da clínica cirúrgica: todos os médicos atuavam também no PS. Das 24 horas de trabalho, ficavam, em média, 12 em atendimento no PS. Tanto os plantões noturnos

quanto diurnos duravam 12 horas. Nos plantões noturnos, os médicos plantonistas se dividiam entre PS e centro obstétrico. Também faziam, ao menos, 4 plantões noturnos ou de final de semana extras.

Na clínica pediátrica a equipe do PS era fixa. Era composta por, aproximadamente, 13 profissionais. Todos eles atuavam quase que diariamente no pronto socorro, a partir da chamada carga horária de trabalho horizontal, ou seja, distribuída entre todos os dias úteis da semana, às manhãs e tardes. Os plantões noturnos e de final de semana eram contabilizados dentro da carga horária de 24 horas semanais e, os períodos de carga horária horizontal, entre 12 e 24 horas semanais, eram contados/remunerados como plantão extra.

O período da manhã foi mencionado como sendo privilegiado, já que nele o fluxo de atendimento era menor e, desta forma, havia maior espaço para o desenvolvimento de atividades de ensino/didáticas junto aos residentes e graduandos em medicina. Nele estavam os profissionais com maior tempo de trabalho no HU. Já no período vespertino, o número de atendimentos era maior. Os profissionais que nele atuavam eram aqueles contratados de forma mais recente no Hospital.

Na clínica médica, assim como na pediatria, uma parte da equipe que atuava no PS era fixa. Alguns dos profissionais não atuavam exclusivamente no PS, mas possuíam a maior parte da sua carga horária destinada à esta finalidade (18 ou 12 horas semanais, das que correspondiam a carga horária fixa).

Com relação as escalas, segundo o coordenador geral do PS, ao longo da semana normalmente eram fixas. Já nos períodos noturnos, finais de semana e feriados podia ser variável, a depender das negociações internas à cada uma das clínicas.

Segundo relato das chefias, não existia grande rotatividade de médicos nas clínicas cirúrgica, obstétrica e ginecológica. A grande maioria deles estava a mais de 10 anos no hospital. Já a rotatividade entre os médicos que atuavam no PS da pediatria e da clínica médica existia e, sobretudo na clínica médica, era grande. Duas das chefias levantaram hipóteses explicativas para este fenômeno:

Primeiro, o esquema de trabalho. A ortopedia e a cirurgia têm um esquema de trabalho que independentemente da idade todos passam em todos os setores, nos chamados bons e nos chamados ruins entre aspas, tá? O que acontece é que a idade e o tempo de casa podem dar uma prioridade em termos de escolha de plantão de um dia ou outro, mas todos dividem igualmente o serviço entre todos os setores. A clínica médica com o tempo ela setorizou. Os mais antigos ficaram com o chamado *filet* e os novos no pronto socorro que é o osso, então na parte do pronto socorro a rotatividade é grande, muitos entram e depois de algum tempo saem, já na parte do filet praticamente não tem rotatividade. A obstetrícia tem o mesmo esquema de trabalho, todos passam em todos os setores, é o mais antigo do hospital e praticamente não tem rotatividade. E a pediatria é uma situação intermediária entre a clínica e os demais. Todos passam em todos os setores, mas não muito, mas a rotatividade é menor do que na clínica médica... O filet pra maioria aqui é a enfermaria. Enfermaria e a parte de ensino, depois o segundo lugar é o ambulatório, centro cirúrgico, especialidades cirúrgicas e o chamado osso é o pronto socorro (Entrevista 4).

Na área de clínica médica sim [*tem bastante rotatividade*], as equipes que são fixas, ou seja por exemplo a clínica médica que pede pra que o cara fique fixo no pronto socorro. Essas equipes o cara acaba não aguentando muito tempo, chega num ponto se o cara não consegue mudar tipo uma enfermaria, um ambulatório, ele acaba depois de um tempo esgota, aí pede demissão... o HU paga muito acima do mercado, então alguns ficam pelo salário, outros ficam porque ficam esperando alguma alternativa, outros ficam porque gostam do pronto socorro, outros ficam porque não ficam em tempo inteiro lá. Uma estratégia que eu imagino, não sei o que outros dirigentes vão falar pra você, é que o pronto socorro todo mundo tem que dar sua contribuição tipo uma vez por semana, alguma coisa assim, não ficar o tempo inteiro lá. Porque existe um custo

emocional de atender a pessoa lá, naquelas condições né, que é uma condição superficial e ao mesmo tempo muito intensa. Eu fico com você 5 minutos, de uma maneira extremamente intensa... você está sob risco de morrer, está com risco de vida, preciso te entubar, insuficiência de órgãos, cardíaca, renal, respiratória, etc, e eu terminei e assim tive que passar pra outra, é uma situação extremamente superficial e muito intensa. Isso gera uma sequela, na mente das pessoas. As pessoas, muitas ficam em burnout, ficam deprimidas, insones, impotentes, alcoólatras, usuárias de substâncias, etc entendeu? A qualidade de vida da pessoa que fica no pronto socorro, se você passar tem escalas de qualidade de vida né? De sono, de uma série de coisas que não é só para ver se a vida é boa. Se você ver como é que é o lazer, como é que é o sono, como é que é a atividade sexual, como é que é a atividade social (Entrevista 6).

Por fim, todos os médicos que atuavam no PSHU – USP tinham residência nas especialidades as quais estavam vinculados mas, não necessariamente, formação em atendimento de emergência e urgência.

7.2.4. Conduitas, produtividade e avaliação do trabalho médico no Hospital

Universitário da USP

Os departamentos, eles fazem protocolos assistenciais. Porém... o encontro médico-paciente ele é singular... você não consegue fazer sempre do mesmo jeito para todo mundo. O encontro é singular, nenhuma consulta, nenhum encontro terapêutico, é igual ao outro. Então... você tem que ter uma certa individualização de procedimentos. Isso aqui a gente entende, respeita e faz. Ninguém é médico 24h por dia, a gente encontra pacientes 24h por dia, mas o acontecer terapêutico é momentâneo, quer dizer é uma hora que acontece, a gente faz. Esse acontecer terapêutico muitas vezes é uma cirurgia, muitas vezes é uma medicação, mas muitas vezes é uma palavra, muitas vezes é um olhar, muitas vezes é um aconselhamento... (Entrevista 6).

Os chefes de PS de algumas das clínicas relataram utilizar-se de protocolos claros e precisos para orientação das condutas médicas. Temos como exemplo a ginecologia e obstetrícia, que utilizavam a mesma diretriz do HC – FMUSP, já que praticamente todos os médicos da Divisão fizeram residência no HC e já estavam habituados com determinada forma de organizar o trabalho.

Outro exemplo é a pediatria que desenvolveu protocolos para o atendimento médico de algumas patologias consideradas mais frequentes. Para os médicos que se inseriram na equipe com o passar dos anos, por exemplo, não havia um treinamento específico com relação a estas diretrizes, que eram ensinadas ao longo da prática do trabalho.

As demais clínicas disseram não haver nenhum protocolo específico para orientação dos médicos com relação às condutas clínicas. No entanto, para subsidiar a autonomia da conduta médica, foi mencionada a importância da experiência de trabalho, das diretrizes e normas dos Conselhos de Medicina e do conhecimento científico.

É importante destacar que, na maioria dos plantões, os médicos trabalhavam em duplas formadas por um profissional com mais experiência e outro com menos o que, segundo os entrevistados, favorecia o compartilhamento e solução de dúvidas com relação às condutas.

Em linhas gerais, não existiam metas de produtividade e formas de avaliação formalmente estabelecidas para a equipe médica do HU. Com relação às metas de produção, foram mencionadas dificuldades de se estabelecer parâmetros comuns, tendo em vista a diversidade das atividades desenvolvidas

pelos médicos, a eventual falta de condições para concretização de determinadas ações e, por fim, o fato do HU ter como prioridade o ensino.

Por exemplo temos ali duas cirurgias com relativa emergência, operar uma apendicite, por exemplo. Não tem a vaga no hospital, não tem a vaga no centro cirúrgico, eu não posso punir o médico, se eu não tenho a vaga ou a vaga não foi dada, a pessoa não é da região, teria que procurar outro local; não deram a vaga, teria que arrumar uma vaga aqui, então depende de muitos fatores (Entrevista 2).

Na verdade, a nossa produtividade tá muito relacionada ao aluno do quinto ano, que é o acadêmico que a gente atende e ao residente, e passa a ser assistencial quando o movimento do pronto socorro está aumentado. Nessa hora realmente a gente escala um para ficar dando uma supervisão para os alunos e o outro ou os outros vão tentando, a gente fala esvaziar a caixinha de atendimento, pra gente realmente preservar tanto o ensino e sem prejudicar o assistencial (Entrevista 3).

Com relação à avaliação do trabalho, ela não existia formalmente do ponto de vista das atividades de assistência. Algumas devolutivas chegavam a partir das chefias imediatas e da ouvidoria do hospital. Já as atividades de ensino, eram constantemente avaliadas pelos residentes e graduandos, que apontavam a efetividade da contribuição do preceptor ao longo do respectivo processo de ensino / aprendizagem no contexto do estágio desenvolvido no PSHU – USP.

Havia ainda a avaliação para ingresso no Plano de Carreira, Cargos e Salários da Universidade de São Paulo, considerada, por alguns entrevistados, bastante subjetiva e que pouco levava em consideração o trabalho efetivamente desempenhado em cargos não administrativos.

Entretanto, de acordo com algumas chefias, a qualidade do trabalho médico poderia ser pensada a partir de vários fatores, como por exemplo, pelo compromisso do sujeito com o seu trabalho, a partir, sobretudo, da relação que

estabelecia com os pacientes atendidos e com os colegas de equipe. Outro fator relevante era quando a chefia que avaliaria o trabalho já tinha experiência e, por isso, conhecia a natureza da atividade desenvolvida e o contexto do trabalho de forma a avaliar, por exemplo, a adequação de determinada conduta.

7.3. O Que é Ser Chefe de Plantão⁴⁹?

Ser chefe de plantão é representar a superintendência, ou seja, a diretoria do hospital, frente a todos os funcionários e usuários do serviço, podendo ser acionado, a qualquer momento, por qualquer um deles.

É ainda, ao longo da jornada de 12 horas de trabalho, responder por questões administrativas com ênfase na regulação do pronto-socorro e, do mesmo modo, tomar decisões importantes no âmbito clínico, ou seja, no que se refere à condução e ao destino dos sujeitos que procuram o hospital.

Ser chefe de plantão é também atuar junto às equipes médicas e demais profissionais inseridos no hospital no intuito de manter o funcionamento hospitalar o mais regular e contínuo possível, além de melhorar a eficácia e a resolutividade do atendimento.

É possuir entre as atribuições, a liberação do uso e, se necessário, a aquisição de insumos considerados determinantes na conduta clínica frente a um caso atendido; é poder solicitar e, principalmente, autorizar a realização de exames e procedimentos de maior complexidade; é se esforçar para conseguir a transferência de pacientes da forma mais rápida possível.

⁴⁹ Para tornar visível e colocar em evidência aspectos relativos às experiências vividas pelos chefes de plantão, foram utilizados inúmeros relatos das histórias contadas por eles. Acredita-se que tais trechos falam por si só e traduzem de forma mais clara o “trabalhar” destes profissionais.

É ainda, ter a autoridade para arbitrar sobre internações de usuários que não habitam na região de referência de atendimento do hospital; decidir sobre a utilização dos centros cirúrgicos; gerenciar a dinâmica das vagas das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e pediátrica; organizar e otimizar o fluxo de atendimento e o uso de leitos hospitalares.

Quando você tem poucas vagas... preciso de vaga em UTI e tem mais de um paciente... é o chefe de plantão que tem a função de avaliar qual caso seria mais adequado, ou de maior risco para ir para a UTI. Então a gente atua neste sentido, *“agora o seu caso não vai ser a prioridade”*. Eu tenho uma fila de cirurgias para entrar; tem cirurgia da ortopedia, da ginecologia, só tem um anestesista disponível, quem vai entrar primeiro? Chama o chefe de plantão e ele consegue fazer, vai buscar esta informação junto a todas as equipes... e aí decido quem vai entrar. A função número um do chefe de plantão é fazer este meio de campo, é fazer o contato com todas as equipes e ser centralizador das informações (CP1).

... é um cargo que você tenta regularizar as variáveis ao longo do hospital inteiro. Se tem muito paciente no pronto socorro você tenta achar leitos para internar os doentes, o mecanismo para transferência externa ou pacientes que precisam ser internados e não tem vaga, você tenta liberar os que estão internados para poder dar chance para os novos, fica fazendo essa regulação entre a entrada e a saída do hospital para tentar atingir um equilíbrio...E aí participa muito das decisões no sentido de quem fica, quem pode ser encaminhado, quem vai ser internado e quem não vai ser internado, quem merece um atendimento prioritário por gravidade e quem infelizmente não vai poder ser nossa prioridade (CP6).

Se for um caso de internação e o paciente é de fora da nossa região, a gente vai ter que pesar entre os pacientes que estão aqui esperando vaga e esse doente que chegou, qual é a prioridade. A regra que a gente segue sempre é a gravidade, independente de ser morador ou não da região, e prognóstico... então aí, a gente tem que pesar quem tem mais benefício do tratamento que a gente pode oferecer, então isso acaba sendo uma coisa que é mais fácil para quem está a distância olhando o todo poder tomar essa decisão, do que quem está lá no pronto socorro fazendo aquele atendimento daquele indivíduo (CP8).

Ser chefe de plantão é, igualmente, fazer a interface entre o hospital e os demais serviços da rede de saúde da região oeste, tais como AMAs e outros hospitais, e; auxiliar na regulação e disponibilização de leitos para rede de regulação de urgências do município, cuja gestão é feita pela Secretaria de Saúde.

É circular o tempo todo pelo hospital durante o período de plantão e ter a sensibilidade e a iniciativa de auxiliar, enquanto médico, nas ações assistenciais por vontade própria, ao perceber o grande volume de pessoas que espera por atendimento. É não aguardar o chamado dos colegas e, na medida do possível, conseguir se antecipar no desenvolvimento de determinadas condutas; é, efetivamente, “colocar a mão na massa” (CP6).

No intuito de “*tentar manter ordem na casa*” (CP7) e agir de acordo com os princípios e diretrizes do hospital onde se encontram, ser chefe de plantão é resolver ainda, questões estruturais do funcionamento da instituição, da assistência oferecida e àquelas referentes aos materiais de uso cotidiano.

A gente espera coisas inusitadas tipo “*acabou a água, o copo d’água aqui do pronto socorro*”, aí como nós somos geralmente uma figura mais centralizada... de repente acabou o copo de água e eles ligam para você “*doutora, poderia trazer o copo de água da radiologia...*” tem gente que é responsável por isso, mas o chefe de plantão que está com o bip o tempo todo... é muito mais fácil de localizá-lo, né? (CP3).

... outro dia um funcionário da zeladoria, da manutenção, falou que não conseguia trocar o torpedo de oxigênio da UTI móvel e ninguém poderia fazer isso... então eu tenho que ir lá para ver e, no caso, eu que troquei o torpedo de oxigênio, uma coisa que teoricamente seria o trabalho de alguém específico, mas que naquela situação... iríamos

ficar sem nenhuma ambulância... não dá para deixar assim, então fui lá ver e resolver... (CP4)

Então, estourou o cano lá em baixo, como já aconteceu no meu plantão, estourou o cano geral da entrada da água do hospital, fechei o hospital; comuniquei COBOM [corpo de bombeiros], comuniquei SAMU, comuniquei HC, comuniquei quem tinha que comunicar porque a gente não tinha água para nada, nem para lavar as mãos, então estava fechado o hospital... *“ah mas...”*, não, *“não tem mas, tem que fechar”* ... o SAMU trouxe mais um paciente, segura a maca, não tem maca, a gente não atende o paciente no chão, regra básica pelo menos no meu plantão, a gente não atende doente no chão, não são atendidos no chão, tem que se manter o mínimo de dignidade. Então são estas as decisões têm que tomar praticamente sozinho, primeiro toma e depois comunica... faz o que tiver que fazer para as chefias imediatas e distantes, a gente também tem que tomar a decisão (CP7).

Escutar e encaminhar questões específicas demandadas pelos usuários do serviço e pelos seus familiares também faz parte do escopo de ação destes profissionais. Elogios, críticas, reclamações e conflitos podem ser direcionados à diretoria do hospital por meio da figura do chefe de plantão. Fazem ainda, quando necessário, a mediação entre os usuários, familiares e funcionários do hospital.

Ser chefe de plantão é administrar conflitos existentes entre as equipes médicas ou mesmo evitar o surgimento dos mesmos. É ter autonomia para remanejar os profissionais entre os setores, de forma a equalizar melhor a demanda de atendimentos e o número de recursos humanos disponíveis.

Geralmente é a urgência, o grau de urgência [*para determinar quem terá prioridade no atendimento*]. Quando a questão é cirúrgica, toma-se quem precisa ser operado primeiro, se não vai ter mais consequências. E é muito fácil esta tomada de decisão porque quando você coloca a

situação para todas as equipes, o próprio responsável pelo caso, “*não meu caso consigo esperar, consigo esperar com ele mais seis horas sem nenhum problema*” ou consigo fazer isso, ou “*não o meu tem que entrar agora*”. É difícil você ter uma rusga, um atrito muito grande, geralmente todos, quando você traz “*olha eu tenho este problema, tenho isso e isso, no que a gente pode evitar, não a gente pode evitar assim*”, existe uma colaboração muito grande da equipe dentro deste hospital, é raro você ter atrito (CP1).

Destaca-se, porém, que ser chefe de plantão, não é fazer a gestão direta do trabalho médico no sentido de avaliar se as condutas tomadas pelas equipes estão corretas ou não. A ideia é a de oferecer a elas, possibilidades reais de que as condutas adotadas sejam sustentadas nesse contexto hospitalar.

Dentre todas as atividades desenvolvidas pelos chefes de plantão, ocupar-se da gestão regulatória dos leitos hospitalares frequentemente os coloca diante de situações de extrema impotência. Em alguns casos, por exemplo, eles já sabem qual será o destino daquele usuário frente à uma resposta negativa por parte do HU – USP.

Acabam, desta forma, sendo portadores e informantes de más notícias para aquele que clama por cuidados. Trata-se, talvez, de um dos maiores desafios destes profissionais que, atravessados constantemente por situações desta natureza, são intensamente tocados, ou seja, mobilizam-se pessoalmente.

Teve uma vez que eu tive que negar uma vaga para uma gestante em trabalho de parto, o cara [marido] queria me matar! Estávamos com todos os leitos do hospital ocupados. Eu disse ao futuro pai, “*olha não há vaga na UTI para a sua esposa, seu filho não pode nascer aqui*”. Felizmente, no final deu tudo certo. Como não encontramos vaga em outro hospital, tivemos que dar um jeito para esta paciente ser internada. Uma semana depois, o pai do bebê veio agradecer pelo fato de termos feito realmente tudo que estava ao nosso alcance... então era o tempo, tinha que nascer, senão ia acabar nascendo até no

corredor, mas você assumir que vai deixar nascer no corredor é uma coisa, você estar procurando um lugar para que essa criança nasça, onde possa ficar em um espaço adequado, é totalmente diferente (CP3).

Pesa quando a gente não tem recurso para atender todos os doentes... já vivi situações em que um outro hospital próximo tinha um paciente grave, entubado e não tinha recursos na UTI para atendê-lo... pediram uma vaga para o nosso hospital e era o meu plantão. Mesmo sabendo que o caso era grave e com risco eminente de morte, nós não pudemos ajudar... dá muita tristeza, a gente fica uns dias pensando nesta situação (CP4).

... tem um caso agora que está na mídia... pediram uma vaga para uma criança de 6 anos com dengue hemorrágica na UTI pediátrica. Com relação às crianças, nossa política de acolhimento é super liberal. A criança veio, tínhamos vaga..., mas no dia seguinte ela morreu... esta mesma vaga que eu concedi no meu plantão tinha sido pedida no dia anterior, mas o hospital estava realmente lotado, não dava para aceitar. Então você vê a decisão, e agora a gente olha para trás e fala... e se essa criança tivesse vindo no dia anterior, talvez tivesse dado para fazer alguma coisa? (CP6).

Ser chefe de plantão é poder também, mesmo se de forma mais efêmera, vivenciar situações nas quais a sensação principal é a de dever cumprido. Momentos, palavras e pequenos gestos, acabam se tornando indicativos de satisfação e de realização no trabalho.

...essas lembranças [de sucesso ou situações consideradas bem-sucedidas] parece que apagam mais rápido... isso é mais fácil esquecer... engraçado, né? Por exemplo, esse mesmo serviço que pediu auxílio e eu não pude atender um outro dia estava com um paciente também entubado, para ir para UTI e, por acaso, tinha uma vaga extra... eu lembro que eu corri de setor em setor para perguntar “e aí? Tem algum paciente grave que potencialmente vai precisar de UTI?”... como tinha não só aquela vaga, mas tinha uma margem de segurança para uma eventualidade, eu consegui chamar esse paciente para uma internação, para uma vaga de UTI que eu

consegui arrumar com segurança para não prejudicar a nossa equipe. Paciente saiu de um lugar e conseguiu ir direto pra UTI daqui... uma coisa rara. Isso aí me deixou muito contente pelo fato de eu ter conseguido articular tudo isso e certamente eu fiz diferença naquele caso (CP4).

...o caso que eu considero bem sucedido é aquele que eu consigo pensar ou observar ou conversar, seja com o próprio paciente, seja com o acompanhante... é um caso que merece ou merecia outro tipo de envolvimento da parte médica do hospital, são pacientes que por exemplo ficam perdidos ou na sala de espera, ou pacientes que vão falar comigo e pela conversa eu consigo perceber que talvez a conduta ou a orientação pudesse ter sido melhor, então pra mim eu acho que enquanto chefe de plantão, na função de organizar, esses são os casos que eu mais me identifico e fico mais satisfeito porque é onde eu pude perceber que consegui atuar de forma plena quer dizer, que eu fiz a diferença. Se eu não tivesse lá organizando e observando o que estava acontecendo talvez a evolução desse paciente fosse outra... mudar o destino dos pacientes e perceber que isso representou diferença talvez até na vida deles, isso eu considero como um sucesso... eventualmente tem o comentário do próprio paciente, do acompanhante... quanto mais comentário tiver para você melhor, você se sente mais satisfeito. Mas se eu perceber, eu mesmo perceber, que eu representei a diferença, para mim já está ótimo (CP5).

Não se pode esquecer, porém, que ser chefe de plantão é poder contar com alguns recursos materiais e humanos para o desenvolvimento do trabalho. Aspectos que, por sua vez, vão evidenciando possibilidades de reconhecimento destes profissionais, componente que também faz parte do cotidiano de trabalho deles. Reconhecimento com relação a função que ocupam e também ao trabalho que desenvolvem.

No que tange ao aspecto material, toda infraestrutura do hospital acaba se tornando aliada destes profissionais. Especificamente, possuem uma pequena sala, que dispõe de computador, telefone fixo e aparelho de fax. Conta

ainda com um mural onde é afixada a respectiva escala, os ramais internos ao hospital e números de telefone dos serviços que compõem a rede de saúde da região oeste.

Possuem também um BIP, cujas mensagens são recebidas de todos os terminais de computador do hospital e um celular corporativo para ser usado em lugares onde não existe telefone fixo. Tal celular faz ligações internas e externas. Recebem ainda um acréscimo no salário.

Em relação aos recursos humanos, desempenhar essa função/ papel é ter a possibilidade de contar com uma secretária que trabalha nos dias úteis entre 7h e 15h30 e fica alocada na sala da chefia de plantão. Ela organiza as escalas e faz o atendimento dos telefonemas vindos de serviços externos, tais como as AMAs, por exemplo e, caso seja necessário, encaminha a demanda ao chefe de plantão.

O grupo que compõe a diretoria do hospital, como o superintendente, o diretor do departamento médico e os chefes das respectivas divisões também acabam se configurando enquanto recurso humano de suporte, na medida em que ser chefe de plantão é representar estas instâncias junto aos demais membros do hospital.

Contam ainda com o apoio do serviço social da instituição, considerado como “*braço direito*” (CP1) pela equipe de chefes de plantão. De forma geral, a qualidade dos recursos humanos é considerada uma grande aliada destes profissionais, além do tempo conjunto de trabalho no HU - USP. Destaca-se, ainda, o apoio de todos os profissionais do hospital que parecem sempre estarem dispostos a auxiliar.

E como chefe de plantão a gente recebe muito auxílio de todas as equipes, existe um respeito muito grande ao chefe de plantão no hospital. Então, se a gente pede para a zeladoria, *“olha preciso de mais segurança aqui ou ali”*, *“preciso resolver um problema de falta de energia elétrica hospitalar, liga para a manutenção?”*, todo mundo te atende solicitamente. Então, na verdade, todo o corpo clínico e de funcionários do hospital eles compõem minha mão de obra, compõem minha máquina de trabalho, e eles respondem muito bem, não tenho problemas com eles (CP1).

... o que caracteriza os outros hospitais públicos é uma equipe de plantão mutável, de todas as especialidades, você não tem uma equipe persistente por um período longo *[como aqui, no HU – USP]* (CP8).

O conjunto de recursos materiais e humanos e as relações que vão se estabelecendo entre eles e os chefes de plantão, parecem impulsionar estes profissionais a buscarem soluções criativas para fazer frente às dificuldades enfrentadas.

Mesmo se de forma sutil, ou praticamente imperceptível, todos parecem estar implicados na resolução de problemas. Tal aspecto facilita bastante o manejo de casos, já que, ao ser chefe de plantão, aspectos referentes à ética e ao respeito à vida devem ser resgatados constantemente nas ações de cuidado. Neste sentido, contar com o apoio dos colegas torna esta tarefa possível de ser realizada.

Também no começo, uma criança recém-nascida foi encontrada na lata de lixo do banheiro do hospital e foi horrível... a faxineira chegou gritando com o cesto na mão... aquela coisa triste, muito triste... e a gente pensou um pouco nessa situação, né? *Bom, quem estava com dor de barriga e foi no banheiro? “Ah, tinha uma paciente mesmo que estava com muitas dores abdominais e meio gordinha, parecia que estava grávida e depois que foi no banheiro nem tirou o acesso, falou que estava se sentindo*

melhor e foi embora". Mesmo parecendo uma loucura, falei cadê a ficha? Está aqui! E eu liguei para casa da paciente... E me responderam que ela estava com muita cólica e foi para o hospital, mas agora ela está bem e já foi dormir... eu gostaria que sua filha voltasse ao hospital. Eu preciso que ela volte senão eu vou mandar a polícia aí... Era uma mulher e ela ficou indignada... E ela veio, aí eu falei: Para onde foi o bebe? E a mulher com uma cara meio diferente meio... E eu perguntei você tem certeza? Não quer passar no ginecologista? "Quero, preciso porque eu tô com um sangramento mesmo"... e era sinal que era essa a paciente e era ela que, por sinal, contando bem a história, ela estava no período de gravidez e tinha mais 2 crianças, e não queria a criança e a jogou no cesto de lixo. E a criança ficou no berçário, cresceu, e isso já faz uns 4 anos, ficou bem e no final houve um trabalho muito lindo da equipe de serviço social, psicólogo, de inserção dessa criança na família, e essa criança vem até hoje no hospital e tem uma família razoavelmente estruturada, porque a vó assumiu a guarda, mas com os cuidados da mãe. Isso foi uma coisa muito grande, e foi realmente um sucesso, é legal porque a gente conseguiu pegar uma criança totalmente perdida... E foi um trabalho muito lindo, muito lindo mesmo, e deu tudo certinho, foi um final feliz... são coisas que não tem explicação naquele momento... são aquelas pequenas coisas que você vai tentando juntar para resolver casos que parecem insolúveis (CP3).

Vivenciar este papel é igualmente ter a possibilidade de trazer um certo alívio aos colegas de trabalho, sobretudo no manejo de casos graves clinicamente e também para aqueles considerados mais delicados por tratarem de questões que extrapolam o âmbito médico ou de cuidados em saúde. É, simultaneamente, ter a sua figura de liderança reconhecida ao centralizar a resolução de tais situações consideradas "problema", em decorrência da respectiva complexidade. É, de alguma forma, constituir-se enquanto ponto de apoio pois, estar distante de determinadas situações, pode facilitar a resolução das mesmas.

Porém, a exposição que ocorre em ocasiões de maior vulnerabilidade é também mais evidente, na medida que a representação da instância “Hospital Universitário da USP” demanda enfrentamentos desta natureza.

Por serem igualmente médicos, chefes e membros da equipe de cuidados em todos os outros dias da semana, ser chefe de plantão é ainda, borrar constantemente as fronteiras entre estas posições e, transitar, simultaneamente, entre todas elas.

Logo no início dos meus plantões como chefe um caso marcante foi o de uma criança de 8 anos que chegou ao Pronto Socorro com um sangramento vaginal. Uma das hipóteses levantadas antes da realização do exame clínico foi a de abuso sexual... criou-se aquela situação constrangedora para todas as partes... fui chamado para ver a criança... eu, além de ginecologista, era chefe de plantão... examinei a criança... não tinha sinal de violência nenhum...e, no final, descobri que ela havia tomado a cartela de anticoncepcional da mãe...é, tem sempre um apelo popular muito grande...foi um alívio para todos os envolvidos (CP2).

Numa outra vez tinha um paciente internado na UTI com uma infecção, um fungo muito resistente e ele tinha alergia à medicação... e precisava com urgência de um outro medicamento que não tínhamos no hospital e é claro que isso só acontece de fim de semana, quando você está de plantão! A medicação teria que ser comprada, mas como era um domingo, isso não poderia ser feito. Comecei a ligar para alguns hospitais para pedir a medicação emprestada. Consegui. Meus colegas me perguntaram: mas como você conseguiu isso? Eu brinquei, dizendo que muitas vezes a gente reza e é atendido. Na verdade, alguém que não está no meio da confusão consegue ter alguma ideia a mais... (CP3).

Destaca-se, contudo que, ser chefe de plantão é ainda poder contar com pares, igualmente médicos que, à princípio, também estão engajados e

comprometidos com aquele trabalho. É nesse sentido, poder ter certa tranquilidade ao saberem que as ações disparadas ao longo do plantão terão seguimento da melhor forma possível no momento em que deixam o hospital. Mesmo na ausência de reuniões que sejam frequentes entre o grupo, o fato de trabalharem há um tempo expressivo juntos, parece constituir-se como um aspecto que facilita o desenvolvimento de outras formas de comunicação e de processos de cooperação.

É um grupo, grupo de chefes de plantão, é um grupo de médicos, todos médicos, que tenham um pensamento coeso, com algumas variações, porque entre esse grupo existem pediatras, tem intensivista, e clínicos, mas é um grupo que tem um pensamento coeso... (CP6).

Nota-se que, ser chefe de plantão aos finais de semana, no período noturno e em feriados configura-se de forma um pouco distinta dos demais períodos. O recurso da secretária, por exemplo, torna-se inexistente, e, portanto, todas as solicitações chegam diretamente a ele, que acaba por estreitar ainda mais os laços de parceria com os profissionais do serviço social. Fato semelhante acontece com a diretoria do hospital que está ausente fisicamente e torna-se uma referência apenas à distância.

Eu não posso ficar do lado do telefone, tem que circular, então eu tenho colocado meu QG [*rama*] durante meus expedientes quando não tem a secretária, lá no serviço social... o técnico ou o assistente social sempre tem 24h, e o serviço social aqui no hospital fica num lugar, num espaço físico bem central, no corredor principal, que dá fácil acesso a todos os setores que acabam sendo envolvidos no trabalho da gente... o pessoal tem colaborado bastante (CP4).

Como gerente, eu faço a noite e fim de semana sozinho, eu viro o chefe do hospital na realidade, então as decisões sobre o que acontece ou não acontece são da alçada que eu tenho que atingir (CP7).

Ser chefe de plantão é, provavelmente, ter passado por uma avaliação da diretoria do hospital, instância responsável pela designação e convite para ocupação deste cargo/ função. Ser chefe de plantão é, portanto, considerada uma tarefa para poucos médicos, que são, sem exceção, minuciosamente escolhidos.

Houve uma pré-seleção e obviamente uma questão de voluntariado, né? Eles [*a diretoria do hospital*] verificaram as potencialidades das pessoas e, ao mesmo, tempo os chefes se voluntariaram e aceitaram essa atribuição (CP2).

A gente foi convidada, eu fui convidado, talvez alguma pessoa tenha analisado alguma informação... pelo que eu fiquei sabendo, meu nome foi submetido para uma comissão e tal, e depois do OK dessa comissão, fui chamado para compor a equipe... acharam que eu tinha alguma característica para ser chefe de plantão e eu fui convocado (CP4).

Isso é um convite que vem da direção do pronto socorro e da coordenação administrativa do hospital. São estes que autorizam ou não você a virar chefe de plantão (CP7).

Estar nesse lugar é, portanto, possuir um perfil específico e ser reconhecido por ele. Tal perfil, varia desde aspectos referentes ao modo de trabalhar, até a formação adquirida ao longo da carreira. É, eventualmente, possuir cursos na área de gestão e administração de equipes, por exemplo, e/ ou experiências prévias como gestores em outras instituições públicas e/ ou

privadas. Dominar, além das normas administrativas internas ao hospital, o próprio sistema de saúde e o funcionamento em rede, também pode ter contribuído positivamente no momento da escolha destes profissionais.

Mas foi, sobretudo, o fato de terem características pessoais específicas, construídas e consolidadas ao longo da formação e da prática médicas, que contribuiu no momento da indicação/ escolha dos profissionais à ocuparem esse cargo / função. A facilidade para promover a integração (entre atores); a tranquilidade (na resolução de problemas); o comprometimento (em resolver o problema e não se constituir como mais um); o manejo (na abordagem junto aos usuários e aos funcionários) e; a conciliação (das demandas externas da rede de saúde, com às internas, do hospital), destacam-se como principais.

Você tem que ter a diplomacia de conseguir interferir, sem criar anticorpos... você não pode dizer para um médico que está se formando que o paciente que ele está atendendo, que é diabético, hipertenso, vascular, que ele vai ter que ficar no pronto socorro, porque a vaga de UTI a gente vai ter que dar; a gente tem que explicar o porquê, tem que convencer, e essa diplomacia é o que faz a diferença entre os chefes de plantão. Tem que ter essa capacidade de conseguir interagir e defender a postura da instituição e do que é melhor para o todo, sem ver localmente para cada indivíduo, é uma decisão que tem que passar acima disso (CP5).

Ser chefe de plantão é absolutamente gostar do que faz e, mesmo diante de uma indicação, assumir completamente este lugar. É, desta forma, tentar contribuir a partir de toda a experiência acumulada para o bem da coletividade, com vistas a efetivação da equidade no referido contexto institucional. É ainda, ser gestor sem deixar de ser médico.

Eu gosto de atender doente, essa é a grande diferença. Gosto de atender doente, gosto de conversar com o doente, o mais importante é gostar, gostar do doente... saber entrar no mesmo nível que está o paciente e conseguir sair para tomar a decisão e fazer essa transição entre as duas posições com tranquilidade, porque na verdade eu domino a capacidade das duas posições, acho essa é a grande diferença. Então eu atuei muito tempo como médica, atuo como médica, atendo em pronto socorro também, mas eu também tenho a capacidade de gerir à distância. Então esta transição entre os dois papéis, quando você consegue fazer, eu acho que essa que é a grande diferença, acaba aumentando a eficiência e melhorando o atendimento do paciente (CP6).

De certa forma, a figura do chefe de plantão, é relativamente nova no contexto hospitalar. Neste sentido, ocupar este lugar é ter a possibilidade de criar, de construir um trabalho diferente, de aprender com a multiplicidade de situações administrativas e clínicas que se colocam. É contribuir na edificação de novos procedimentos técnicos e na criação de fluxos de trabalho; é ter, em última instância, o trabalho compreendido como referência.

É ainda, se familiarizar com todo o complexo hospitalar: equipes com funcionamentos distintos e de diferentes naturezas; é se apropriar de todo o contexto institucional para que ele se torne, de fato, um grande instrumento de trabalho.

O primeiro plantão aconteceu uma coisa que... a gente não tinha preparo nenhum, nós éramos desbravadores...eu tô aqui no plantão não sabendo onde a gente tinha que ir inicialmente, e de repente chega a guarda universitária com um homem com pijama do hospital e fala: "*esse paciente foi encontrado vagando na cidade universitária*" e falei: "*meu Deus como esse paciente saiu pela porta e ninguém viu?*" ... "*então Doutora ele não saiu pela porta... ele quebrou a porta*", e quando eu passei na porta

do terceiro andar, ele havia jogado uma mesa e estilhaçado toda a porta de vidro, pulado a grade e saído... era uma síndrome de abstinência alcoólica... daí voltou e a gente não sabia o que fazer com o homem, porque ele estava totalmente abstrato... havíamos chamado a manutenção pra fechar a porta, e não sabia quem era da manutenção e quem não era... conseguiram fechar, filmamos e fotografamos tudo, coisas que aprendemos naquele instante... chamamos a esposa do homem pra ficar num quarto isolado, porque afinal de contas ele era uma pessoa agitada, meio que iria ajudar [referindo-se a esposa]. No final do plantão quando eu estava saindo me chamaram correndo... a enfermeira veio falar para mim que ele estava enforcando a esposa... a minha angustia foi, *“bom, o homem quebra, foge do hospital, convoco a esposa e deixo a mulher ser assassinada dentro do hospital?”*. Aí fica claro a carga de responsabilidade que você tinha dentro do hospital, eu fiquei apavorada, na verdade eu pensei *“e se essa mulher morresse aqui dentro?”*. *“E se ele jogasse a mulher pela janela?”*. A partir daí, claro, foi criado todo um protocolo em cima disso. Então teve um impacto legal? Teve. Mas eu estava pensando o tempo todo que essa mulher poderia estar morta (CP3).

Não apenas os anos vividos na chefia de plantão, mas, a experiência adquirida ao longo dos anos de formação enquanto médicos, somados ao período de inserção no HU- USP, também como médicos, deixaram estes profissionais mais sensíveis. Este fato, certamente auxilia na construção de uma escuta mais qualificada de forma a promover uma aproximação mais compreensiva junto aos usuários que procuram o serviço e aos próprios colegas de trabalho. Ser chefe de plantão é, neste sentido, ter experiência prática importante e, portanto, possuir um saber fazer reconhecido, aspectos que auxiliam na consolidação de seu papel de referência para o conjunto de trabalhadores do hospital.

Eu acho que felizmente a medicina ainda é uma das únicas profissões em que o mais velho é mais ouvido. Na maioria das profissões, o mais velho significa o mais ultrapassado, o cara que foi ficando para trás..., mas na medicina não, na medicina o médico mais velho, ele ainda é o mais experiente... ele ainda tem essa admiração dos mais novos. Então a gente percebe nitidamente isso daí, que você acaba sendo uma referência mesmo, acho que essa é uma grande característica da medicina entendeu, talvez por exigir mais raciocínio e menos força, menos energia, acho que a questão da experiência conta muito (CP2).

Ser chefe de plantão é ter consciência e capacidade de fazer a gestão dos limites da sua atuação e, desta forma, se colocar na posição de quem pode ser uma via de resolução de apenas alguns conflitos e dificuldades. É poder escutar para além do que está sendo dito objetivamente, observar as dinâmicas em torno de cada uma das situações vivenciadas e, desta forma, perceber sinais de comunicação que não passam apenas pela via verbal.

É administrar o que muitas vezes parece administrável; é lidar com o fato de que, na maioria dos plantões, as situações de dificuldade estarão mais presentes no cotidiano de trabalho do que as situações confortáveis; é pensar em como o desconforto pode causar o menor impacto possível para ele e para o outro com quem está lidando; é brigar com a exaustão física e psíquica para conseguir se manter neste lugar.

Os aspectos supracitados ficam ainda mais evidentes quando parecem se tornar importante fonte de admiração e inspiração para os profissionais que estão iniciando a carreira. Mesmo se nos momentos em que atuam como chefes de plantão não são diretamente responsáveis pela formação dos residentes e nem mesmo os envolvem nas atribuições da chefia, continuam a ser médicos e,

neste sentido, são chamados constantemente por estes profissionais na medida que em são reconhecidos pelo seu saber-fazer, sua astúcia, sua tranquilidade na tomada de decisões e sua capacidade de articulação de informações.

a gente consegue exatamente diferenciar o que é a parte médica, o que é a parte estrutural e o que é a parte social e a gente consegue fazer uma integração de tudo isso, eu acho que quem está chegando agora ainda não consegue fazer esta integração o que a gente precisa e tenta fazer análises de valor e tudo mais é fazer essa integração, daquilo que é possível e impossível, daquilo que é de conhecimento prático e teórico, daquilo que é da sua estrutura e no final a gente mistura tudo isso e vê que as coisas não são isoladas... então você vê que o residente procura as vezes muito mais rápido o chefe de plantão do que o próprio assistente, então eu acho que dá pra investir nele sabe? Aquilo de "dá um socorro pelo amor de Deus porque você é última, a minha última esperança", então eu acho que é bem por aí, ele tem essa empatia dessa forma e a gente mostra isso pra ele (CP3).

Os residentes ficam muito curiosos para ter essa capacidade de poder gerir as diferentes ações. Depende muito de cada chefe de plantão, eu especificamente tenho uma entrada muito boa na clínica cirúrgica, na clínica médica, na clínica ortopédica... Então na verdade você vê o que você fala você é respeitado, eles ficam curiosos para saber como é isso, porque você não colocou na UTI esse daí, aí vai ver o doente morreu no dia seguinte, quer dizer era uma doente que não adiantava colocar na UTI ia morrer de qualquer jeito, então eles conseguem usufruir um pouco desta experiência, porque eles aprendem trocando ideias (CP6).

Então essa ligação entre captar informações, concluir e tomar decisão, isso com o tempo, a experiência acaba facilitando. Ao mesmo tempo que você ter o conhecimento técnico também ajuda a captar informações e ligar essas informações à conclusão mais adequada (CP4).

Já para os colegas das outras equipes, os chefes de plantão tornam-se ouvintes de algumas angústias e insatisfações mesmo se, efetivamente nada

podem fazer para solucionar as mesmas. Não têm nenhuma possibilidade de transformar aspectos estruturais da instituição. A alternativa que lhes resta é a de, além de acolhê-las, encaminhá-las, posteriormente, à direção do hospital.

Tal fato coloca em evidência a própria natureza do trabalho dos chefes de plantão, afinal encontram-se na linha tênue entre a coordenação administrativa e a coordenação clínica; entre a gestão de situações e a gestão de pessoas sem, no entanto, deixarem de ser médicos e, neste sentido, estarem constantemente atravessados por este referencial no desenvolvimento do trabalho.

Neste contexto, ser chefe de plantão é desenvolver um trabalho ancorado na linha tênue entre a solidão e a partilha de informações no momento de arbitrar em relação às situações que se colocam. Arbitragem com base numa avaliação que integra componentes técnicos, contextuais e aqueles relacionados à empatia, aos valores, ao engajamento institucional, ao compromisso ético, à disponibilidade interna, à visão de mundo, aos conhecimentos teóricos e até às questões relacionadas ao humor.

Mesmo diante de possibilidades concretas de ter o trabalho reconhecido e compor uma dinâmica cooperativa, ser chefe de plantão, é, por vezes, concluir a jornada de trabalho exausto. É sentir que em alguns momentos se está apenas “*enxugando gelo*” (CP6). É contribuir junto ao contexto de trabalho, mas também ser grandemente impactado por ele. É caminhar até quando a avaliação pessoal de que fazer este trabalho vale a pena, traz algum retorno; promove satisfação.

8. *DISCUSSÃO*

8. DISCUSSÃO

Este capítulo foi organizado em três grandes seções: na primeira, discutiu-se os achados de campo propriamente ditos; na segunda, destacou-se o aspecto metodológico, com base na seguinte questão: por que esta tese, mesmo sem ter se utilizado da metodologia clássica em PDT, pretende compor com esta clínica do trabalho?; e, por fim, na terceira seção, abordou-se os limites do estudo.

8.1. Análise e Discussão dos Achados de Campo

Na apresentação dos dados, adotou-se o termo “*ser chefe de plantão*” como marco deste grupo em relação à construção da própria identidade profissional. Construir-se identitariamente, configura-se como um processo dinâmico, pautado na intersubjetividade, tendo como ponto de ancoragem as bases relacionais e o reconhecimento por parte de um coletivo (Dejours, 2004b,c,h, 2010b, 2012b; Lancman; Uchida, 2011; Lancman et al., 2009, 2013; Molinier, 2013).

Compor a categoria chefe de plantão, nesse sentido, refere-se à identificação deste grupo de profissionais a partir do conteúdo do trabalho que desenvolvem e ao significado atribuído a ele, não apenas pelo hospital enquanto instituição, mas, sobretudo, pelos coletivos institucionais.

Sendo assim, é o *trabalhar* que vai determinar as diferenças entre esse e os demais grupos de trabalhadores. Mesmo se o conjunto de chefes de plantão é formado por médicos de distintas especialidades, no momento da semana em

que ocupam essa função, se defrontam com um real do trabalho distinto e peculiar. Tal fato demanda, inclusive, o desenvolvimento de outras habilidades e competências para além daquelas esperadas no bojo do saber médico. Neste momento, o que se coloca não é apenas a emissão de respostas distintas a problemas distintos, mas a própria transformação de si na relação com novos componentes da organização do trabalho.

Ao se aproximar do trabalho e do trabalhar desses profissionais, buscou-se evidenciar aspectos presentes na organização real do trabalho que, a priori, podem ser visíveis, mas que não são considerados importantes na construção da saúde dos chefes de plantão e, tampouco, na saúde de todos os trabalhadores indiretamente envolvidos nesta atividade. Buscou-se ainda, a aproximação com aqueles componentes invisíveis e, portanto, desconhecidos no que se refere à respectiva contribuição nas dinâmicas construídas pelos coletivos no seio da organização do trabalho.

Partiu-se de quatro grandes eixos - conteúdo do trabalho, trajetória institucional até à chegada na função de chefe de plantão, recursos disponíveis para realização das atividades previstas, e experiências de sofrimento e prazer no trabalho - para que a dinâmica do *trabalhar* pudesse ser evidenciada. Para tanto, a possibilidade de fala dada aos chefes de plantão e, entendida aqui, como meio pelo qual se testemunha o mundo do vivido, foi de fundamental importância.

Os chefes de plantão localizam-se, profissionalmente, numa região de convergência e de tensão entre a prática administrativa hospitalar e a prática clínica. São eles que arbitram os conflitos, que possuem o conhecimento administrativo, mas que estão inseridos igualmente na arena clínica. A partir das normas do hospital e da disponibilidade de recursos, eles devem se ocupar da

gestão dos cuidados de saúde dos sujeitos que procuram a assistência hospitalar e do bem-estar das equipes.

Mesmo se existem constrangimentos de ordem material e organizacional que podem dificultar o desenvolvimento do trabalho e, mesmo se os chefes de plantão são responsáveis por atividades significativamente distintas, encontra-se, aparentemente, face a um sistema que funciona bem. Estes profissionais pareceram completamente engajados nesta função, ou seja, implicados expressivamente em todas as atividades que dela decorrerem. Pareceram ainda ser substancialmente criativos frente às dificuldades encontradas quando vestidos da identidade de chefes de plantão.

Não foi demandado, ao longo do desenvolvimento das entrevistas, dados objetivos da saúde ou de afastamento destes profissionais, porém, ao longo das mesmas, ninguém destacou a existência de problemas maiores com relação à saúde que tivessem vinculação com as atividades de trabalho. Sendo assim, neste contexto, a questão que se coloca é a de como o estado de aparente normalidade apresentado por estes profissionais se mantém e qual seria o papel da organização do trabalho e das relações que decorrem dela neste processo.

Destaca-se, porém que, de acordo com Dejours (2004a-d), o sofrimento não é acessível de forma direta e, por vezes, a utilização da palavra encontra-se impedida, ou seja, momentaneamente bloqueada face aos mecanismos de defesa individuais. Soma-se a isso, a inexistência, neste estudo, de uma demanda de intervenção direta por parte dos chefes de plantão e, nesse sentido, as respectivas experiências acerca do vivido podem ter sido guiadas pelos próprios interesses estratégicos, seja de cada um destes profissionais, seja do conjunto deles.

Contudo, mesmo diante de uma dúvida com relação à autenticidade da palavra ouvida, sabendo que a questão da demanda inicial é controversa, decidiu-se colocar em evidência o estado de aparente normalidade que os entrevistados, em sua totalidade, apresentaram, face ao contexto institucional no qual estão inseridos.

Compreende-se que o estado de normalidade é constituído na dialética entre a desestabilização que se coloca a todos face à realidade do trabalho e às estratégias que cada um ou cada grupo desenvolve para fazer frente a ela. A dita “normalidade” consiste, portanto, em um equilíbrio dinâmico (Molinier, 2013).

A partir do momento no qual houve a ampliação do campo da psicopatologia do trabalho, a psicodinâmica do trabalho abre perspectivas para as pesquisas que tratam igualmente da noção de prazer no e pelo trabalho. Acrescenta-se a isso, a possibilidade de compreensão dos aspectos subjetivos da inter-relação entre homem e situação de trabalho e, conseqüentemente, o estudo da dinâmica interna das situações de trabalho que favorecem a construção da saúde dos sujeitos e, neste sentido, a manutenção de um estado de aparente “normalidade” (Dejours, 2000; 2004b, 2012b; Uchida et al., 2011; Molinier 2013).

Nesta pesquisa, não foi priorizado o estudo de mecanismos individuais tampouco, das estratégias coletivas de defesa que pudessem auxiliar na sustentação desta normalidade aparente. Novamente em decorrência de uma ausência de demanda explícita, as pesquisas revelam que este tipo de informação ou informações desta natureza não são evidenciadas (Dejours, 2004a,b, 2012b).

Optou-se, portanto, aqui, em tentar compreender a partir do *trabalhar* desses profissionais, quais são as condições que possibilitam com que eles se mantenham engajados e criativos na situação de trabalho estudada. Buscou-se ainda compreender como este trabalho, da maneira como pareceu estar organizado, pode contribuir na construção identitária destes trabalhadores enquanto coletivo, e na realização de si.

Considerando as informações destacadas na apresentação dos dados, dois aspectos inicialmente chamaram a atenção de forma a defender a manutenção de uma situação de aparente normalidade (tomando como referência *o uso dejouriano do termo*) e de prazer no e pelo trabalho realizado pelos chefes de plantão: o reconhecimento de uma figura de autoridade e a existência de processos de cooperação.

Tentando compreender e explicar tais hipóteses, inicia-se esta discussão por colocar em evidência a questão da autoridade e da arbitragem no caso dos chefes de plantão.

Segundo Dejours (2012b), a autoridade fundada sobre as competências profissionais constitui um dos recursos ou uma das fontes importantes para aumentar a harmonia e a capacidade de ação de um coletivo de trabalho. De forma geral, a autoridade estabelecida pela cooperação na realização de uma obra coletiva tem a particularidade de repousar na experiência real compartilhada, atravessada pelo trabalho vivo.

Para ocuparem o lugar de árbitro tendo como base esta perspectiva, é necessário que os chefes de plantão tenham uma argumentação rica e um conhecimento realmente significativo do trabalho de seus subordinados ou da

complexidade da dinâmica das situações que coordenam; são, inclusive, estes fatos, que atribuem a eles o lugar de autoridade.

No caso estudado, tais aspectos são evidenciados a partir de todas as articulações que devem fazer para responderem aquilo que lhes é previsto enquanto tarefa. Para dinamizar fluxos internos e fazer a regulação da ocupação de leitos hospitalares, por exemplo, deve-se ter vasto conhecimento dos recursos e da dinâmica interna de cada um dos setores do hospital; para aquisição de medicamentos, o conhecimento de informações acerca de fluxos e os processos burocráticos relacionados as compras; para fomentar articulações e inclusive encaminhamentos, é necessário estar apropriado não apenas do funcionamento da rede de serviços, mas das próprias políticas públicas em saúde.

Soma-se a isso o fato de que a autoridade, vista através da lupa da PDT, aparece como o resultado de negociações nas quais a argumentação, a persuasão, a discussão, a defesa de pontos de vista de todos tem sempre, ou frequentemente, seu lugar garantido. Dito de outra forma, quando as contribuições dos subordinados com relação à organização do trabalho são asseguradas, a autoridade espera sua validação e sua inscrição no nível institucional dentro da organização (Dejours, 2012b).

A capacidade do árbitro é também aquela de dirigir e traduzir a doutrina da instituição em termos inteligíveis aos seus subordinados e vice-versa: guiar para a direção da empresa os problemas encontrados pelos trabalhadores em seus cotidianos de trabalho (Dejours 2012b).

Tal aspecto, por exemplo, foi evidenciado de forma clara quando um dos chefes de plantão relatou sobre a necessidade de interferir nas situações de

maneira diplomática, de forma a aliar as políticas institucionais com tomadas de decisão que beneficiarão o coletivo ali inserido. Ou mesmo quando aparece, em outro relato, o acolhimento dos trabalhadores em suas queixas e dificuldades e, mesmo sem ter governabilidade para promover mudanças estruturais, o encaminhamento de tais questões à direção do hospital.

No caso estudado, mesmo se os chefes de plantão foram escolhidos inicialmente pela direção do hospital, eles mencionaram nas entrevistas uma espécie de perfil profissional comum. Para eles isto seria, a princípio, ter capacidade de compreender os outros e se comprometer com o trabalho de forma a resolver os conflitos. Eles são médicos e, em decorrência disso, conhecem a natureza do trabalho dos colegas médicos e aos poucos começaram também a conhecer o trabalho desenvolvido pelas outras equipes.

Algumas situações relatadas por eles exemplificam os aspectos acima mencionados. Uma delas foi quando um deles se esforçou para não permitir que uma gestante, em trabalho de parto, tivesse seu filho no HU – USP em decorrência da indisponibilidade dos recursos hospitalares necessários. Entretanto, mesmo ao negar a vaga inicialmente, procurou articular-se de forma a encaminhar de maneira qualificada a parturiente que, no último momento, acabou sendo acolhida no próprio hospital. Outra situação que denota esse processo aconteceu quando um deles, ao identificar a possibilidade de ficar sem unidade móvel de UTI, antecipou-se e fez a troca do torpedo de oxigênio.

Aparentemente, na época da coleta de dados, os chefes de plantão conheciam os escopos de ação nos quais seus subordinados operavam ou sabiam quem podiam acionar caso precisassem de algum apoio. Sendo assim, mesmo tendo sido escolhidos pela diretoria, instância administrativa superior na

hierarquia institucional, suas habilidades técnicas, intelectuais ou mesmo humanas, desenvolvidas ao longo dos anos de prática enquanto médicos, parecem ter sido consideradas quando da respectiva indicação.

A diretoria do hospital detectou a necessidade de uma equipe para conduzir as questões cotidianas da instituição e, aparentemente, os critérios adotados para tal eleição consideraram pessoas representativas de uma capacidade particular, e, graças a isso, tais capacidades foram, progressivamente, a partir do *trabalhar* destes profissionais, sendo validadas pelos outros trabalhadores.

Assim como as outras profissões do campo da saúde, compreende-se que a medicina se constitui como uma disciplina cujo acúmulo de experiência prática contribui significativamente para o avanço e qualificação do próprio trabalho, aspecto que certamente auxilia e, conseqüentemente, qualifica as tomadas de decisão, sejam elas clínicas ou de gestão.

Conhecer em profundidade a instituição em que se está inserido, os processos de trabalho que se desenvolvem nela e a equipe de trabalho, são aspectos que podem, igualmente, legitimar as tomadas de decisão. Neste sentido, não parece ser por acaso que todos os chefes de plantão indicados atuavam na instituição há tempo significativo enquanto médicos assistentes.

O fato de que as equipes tenham *aceitado* os chefes de plantão, aspecto evidenciado pelos inúmeros relatos referentes à composição cotidiana do trabalho, não significa que elas estavam submissas a esta figura. A partir da palavra dos chefes de plantão, torna-se evidente que existe uma troca de ideias, de argumentos, uma escuta atenta entre eles e os outros trabalhadores. Mesmo

se a decisão final pertence ao chefe de plantão, todos têm a oportunidade de participar do respectivo processo de construção.

Um dos exemplos significativos com relação a este processo refere-se à determinação quanto à ocupação dos centros cirúrgicos. Segundo um dos chefes de plantão entrevistados, a decisão tornava-se mais clara na medida em que, ao partilhar a complexidade da situação e a escassez de recursos hospitalares com as diversas equipes, elas mesmas conseguiam identificar e avaliar a urgência dos casos acompanhados.

Os chefes de plantão, pareceram ainda ter a capacidade de coordenar as exigências emitidas para a alta hierarquia (diretoria do hospital) e aquelas emitidas pelos subordinados. Ao que tudo indica, existia uma cooperação vertical entre os chefes de plantão e os outros trabalhadores do hospital. Situações de parceria com as equipes do serviço social, da limpeza, da enfermagem, da psicologia e as com as próprias equipes médicas foram relatadas.

Neste contexto, mesmo se a autoridade foi, inicialmente, atribuída a este grupo pela diretoria do hospital, em seguida, pelo resultado do trabalho desses profissionais ela pôde ser validada pelos subordinados. Destaca-se assim que, a autoridade e a liderança conquistada por estes profissionais são, muito provavelmente, fundadas na competência profissional.

Entretanto, as regras de trabalho sobre as quais os chefes de plantão se apoiam para poder tomar as suas decisões nos contextos de plantão deveriam ser construídas pelo coletivo e representar o conjunto de trabalhadores. Para que as regras de trabalho possam ser construídas, é necessário que os trabalhadores estejam de acordo, cheguem a um consenso (Dejours, 2012b; Molinier, 2013). Neste sentido a arbitragem ou as tomadas de decisão feitas

pelos chefes de plantão deveriam ser conduzidas de acordo com a deliberação coletiva e, somente por isso, as equipes respeitariam a autoridade deles e a cooperação no trabalho se constituiria / fundaria.

Porém, no caso estudado, o caminho considerado como essencial para que a autoridade seja respeitada aparenta se fazer (ou ter sido feito) de forma diferente. Se compreendemos que a existência da cooperação entre os pares repousa sobre uma atividade deôntica, a cooperação vertical compreende igualmente uma atividade deôntica. Mas, no caso estudado, como esta cooperação é construída?

Sabe-se que a cooperação é o meio pelo qual o trabalho coletivo se coloca, se realiza, se efetiva. Falar de um trabalho coletivo significa então, falar de cooperação. Porém, a cooperação, contrariamente à coordenação, não pode jamais ser prescrita. É necessário, então, refletir sobre as condições que permitem a existência da cooperação enquanto modo de funcionamento das equipes (Dejours, 2012b; Molinier, 2013).

De acordo com Dejours (2004b,d,e,h, 2012a,b, 2015), para trabalhar junto e para que a cooperação entre todos exista é necessário que os trabalhadores se falem, ou seja, a comunicação é um aspecto essencial. Neste sentido, é necessário dar visibilidade aos modos operatórios individuais para que seja, em seguida, possível escolher aqueles considerados os “melhores” levando em consideração o que será mais adequado para os resultados do trabalho coletivo.

É necessário, portanto, deliberar. É necessário dedicar tempo significativo para promover a construção das regras do trabalho conjunto e, portanto, das regras do viver junto. É necessário obter a confiança de todos mesmo diante dos riscos que isso supõe: mostrar os erros, as falhas, o não saber fazer, ser

denunciado por uma falha cometida ou ter o saber fazer apropriado pelos demais (Dejours, 2004b, 2012b; Molinier, 2013).

Ainda, segundo Dejours (2012b), o espaço de deliberação necessário para que as pessoas desenvolvam relações de cooperação, se estrutura como um espaço público de discussão. Ele pode, igualmente, ser considerado como um espaço onde a centralidade é ocupada pela atividade deôntica, ou seja, a atividade de criação de regras do trabalho.

Até hoje, para a PDT, são conhecidas duas possibilidades de materialização dos espaços de deliberação: as reuniões de equipe, por exemplo, onde são feitas as deliberações formais e onde as regras de trabalho são apresentadas ao conjunto da equipe; e os espaços de convivência entre os trabalhadores, nos quais se pode realizar um ajustamento das regras que foram explicitadas no espaço formal, caracterizando a deliberação informal (Dejours, 2012b).

A partir dos dados encontrados na presente pesquisa, nota-se que pode haver uma outra possibilidade considerada também como um espaço de deliberação: o momento do trabalho vivo compartilhado, o momento da ação coletiva. Compreende-se que seja um espaço formal e talvez o mais genuíno para a avaliação das regras já estabelecidas e para deliberar novas, vinculadas a cada situação nova que pode aparecer, sobretudo quando se está inserido em contextos de trabalho em saúde, no qual cada sujeito cuidado é único.

Um exemplo bastante claro, vinculado ao aspecto mencionado acima, refere-se ao primeiro plantão de um dos entrevistados na função de chefia. A partir da situação de fuga de uma das pessoas acompanhadas, pôde-se criar uma diretriz para casos da mesma natureza que, progressivamente, tornou-se

norteadora para todos os profissionais do hospital. Outro exemplo refere-se aos casos de pessoas que não habitavam na região de abrangência do hospital. Mesmo se, formalmente, não poderiam ser acolhidas, os critérios de gravidade e de prognóstico foram constantemente citados pelos chefes de plantão como parâmetros para as tomadas de decisão.

No caso estudado, aparenta não existir um espaço formal no qual as regras de trabalho sejam deliberadas, nem mesmo entre os próprios chefes de plantão. Além disso, aparenta ser impossível a existência de um espaço formal com todos os profissionais do hospital, na medida em que são, em sua totalidade, fundamentais para o trabalho do chefe de plantão.

Sugere-se que, no caso estudado, o fato do trabalho coletivo ser compartilhado pela mesma equipe há muitos anos e que do trabalho dela depende a vida de outras pessoas, existe uma relação de confiança que foi construída para além da existência dos espaços formais de deliberação. Ela acontece no cotidiano de trabalho e, portanto, se apoia na existência de momentos de trabalho compartilhados. Acontece ainda nos espaços informais, na sala de descanso dos médicos, no café, ou seja, nos espaços tomados pelo viver junto

É verdade que a maioria das decisões tomadas pelos chefes de plantão são individuais. Entretanto, ao transitarem entre a clínica e a gestão, todas elas acabavam sendo atravessadas não apenas pela experiência clínica ou pelo conhecimento técnico e das diretrizes gerais do trabalho médico, mas também por argumentos éticos construídos ao longo dos anos de trabalho compartilhado, e neste sentido, pela apropriação das regras de trabalho estabelecidas

coletivamente no seio da instituição. Tais regras se constituem simultaneamente, no contexto estudado, como regras do viver junto no mundo do trabalho.

Um dos entrevistados colocou em evidência, por exemplo, a construção da ética do cuidado ao relatar, de forma incisiva que, em seu plantão, caso não existissem recursos mínimos para atender as pessoas de forma digna, ele preferia fechar as portas do hospital; se recusava, por exemplo, a atender pessoas “*no chão*” (CP 7).

Mesmo se, aparentemente, o espaço formal de deliberação não existia, a cooperação parecia estar instaurada na situação de trabalho estudada. Os chefes de plantão conseguiam, de alguma forma, obter e promover a cooperação entre eles mesmos e entre os diversos coletivos de trabalho. Observa-se claramente a materialização dos processos de cooperação, por exemplo, na situação em que se encontrou um bebê no banheiro do hospital; nas tomadas de decisão em relação a ocupação de leitos hospitalares; ou na solicitação de mais segurança para a zeladoria da instituição.

Ao conseguirem organizar informações, fluxos e processos, aparentemente, a tomada de decisão destes profissionais comporta vantagens para o trabalho coletivo, ou seja, parecem ter igualmente um lugar estratégico para que o trabalho coletivo tenha lugar. Pode ser também este um dos motivos pelos quais todos os outros profissionais apoiam o papel e endossam a liderança desempenhada pelo chefe de plantão. Acrescenta-se ainda a qualidade das deliberações feita por estes profissionais. Aparentemente elas favorecem a confiança das várias equipes.

Os chefes de plantão relataram que seu papel principal consiste em facilitar o trabalho dos outros. Entretanto, aparentemente as equipes facilitam o próprio trabalho auxiliando aquele desenvolvido pelos chefes de plantão.

Compreende-se que, no contexto estudado, os chefes de plantão acabam representando duas instâncias do cenário institucional: uma delas a diretoria e, neste sentido, a própria missão do hospital e; a outra, o conjunto de trabalhadores e de situações com as quais relacionam-se diretamente, na medida em que devem favorecer que a prestação de serviços hospitalares se dê com a máxima qualidade possível.

Ao comunicarem-se com as equipes clínicas, por exemplo, ao solicitarem informações dos casos atendidos, explicitarem tais informações aos colegas, discorrerem claramente sobre as possibilidades institucionais e as decisões que devem ser tomadas, todos acabam por conhecer as dificuldades existentes e as possíveis formas de enfrentamento das mesmas. Todos têm acesso ao que está acontecendo, todos acabam compartilhando das mesmas informações.

Esta dinâmica acaba explicitando modos de trabalhar e, facilitando, conseqüentemente, a construção de processos de confiança entre os trabalhadores. Neste sentido, os chefes de plantão acabam por promover uma dinâmica na qual, mesmo que indiretamente, são instaurados processos de cooperação entre pares.

É necessário igualmente acrescentar que no caso do trabalho em saúde, mais precisamente, o trabalho em hospitais, quando as relações de cooperação entre os profissionais não existem, a ação desenvolvida tem todas as chances de fracassar. Soma-se a isso, uma maior probabilidade da ocorrência de processos de adoecimento entre os trabalhadores, afinal, a consolidação de um

coletivo com base em processos de cooperação faz-se necessária no manejo do sofrimento humano (Deslandes, 2002; Sznclwar et al., 2004; Molinier, 2008). Neste sentido, talvez, implicitamente, faça parte do trabalho destes profissionais tentar promover a cooperação, de forma que o trabalho vivo possa ocorrer neste contexto.

Diante dos dados coletados e das premissas teóricas construídas pela psicodinâmica do trabalho, as seguintes questões se colocam: se os espaços informais de trabalho funcionam bem, a existência dos espaços formais é realmente indispensável? As relações de trabalho, no caso estudado, são fundadas sobre a experiência partilhada em relação à realidade do trabalho. É por meio desta experiência partilhada que se toma ciência que o nascimento de uma certa sensibilidade comum permite, posteriormente, a formação de uma habilidade coletiva. Pode-se considerar então, que a habilidade coletiva elimina ou diminui a necessidade de existência de um espaço de deliberação formal?

Se, normalmente, os espaços de deliberação são fundados na linguagem, no caso estudado, eles aparentam ser fundados no trabalho vivo que se dá no cotidiano do hospital, nos espaços de convívio e, claro, do trabalho compartilhado. Aparentemente são esses aspectos que dão lugar a arbitragem e ao reconhecimento de legitimidade da figura de autoridade ocupada pelos chefes de plantão.

Destaca-se ainda que, inicialmente, quando da criação desta função, os chefes de plantão construíram sozinhos as próprias regras de trabalho, já que ninguém sabia com clareza qual seria o conteúdo do mesmo, ou seja, o volume e a diversidade das atividades desenvolvidas e nem como ele funcionaria do ponto de vista prático.

Aos poucos eles criaram as regras que foram sendo ampliadas, partilhadas e, progressivamente foram úteis ao conjunto de trabalhadores do hospital, ou seja, reconhecidas, como mencionou o chefe de plantão no caso do paciente em abstinência alcoólica. A existência do reconhecimento neste contexto, provavelmente tenha facilitado a ressignificação do sofrimento vivenciado por estes trabalhadores ao se depararem com situações diante das quais sentiam-se impotentes, efeito da própria percepção acerca do não saber.

Tem-se que o sofrimento no trabalho constitui-se como matéria prima para o desenvolvimento da criatividade (Dejours, 1997, 1998, 2004b-d, 2012b; Lancman; Uchida, 2011; Lancman et al., 2013; Molinier, 2013). No caso estudado, os chefes de plantão pareciam conseguir se articular e desenvolver soluções criativas para responderem aos dilemas enfrentados no cotidiano do trabalho, sobretudo em decorrência de experiência prévia significativa, conhecimento técnico, dos recursos humanos com os quais contar e com a própria dinâmica cooperativa instaurada nas situações que coordenavam.

Constituíam-se como exceção situações nas quais esbarravam nos limites das condições institucionais e, neste sentido, também com o limite muito claro em relação às próprias capacidades de articulação e de construção de saídas na medida em que tais possibilidades também eram moduladas pelo contexto institucional (Schaiber, 1997). Tem-se como exemplo, aquelas em que, ao negarem um leito, podia-se perder uma vida.

Neste sentido, criar relaciona-se não apenas com a visibilidade do produto do trabalho ao se constituir um protocolo, por exemplo, mas o trabalho de si sobre a própria subjetividade.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao fato de que a função de chefe de plantão é desempenhada por estes médicos apenas uma vez na semana. Acredita-se que pensar numa organização do trabalho que possibilite o rodízio entre esse e outras atividades clínicas, nos vários cenários do hospital, tais como as enfermarias e ambulatorios, por exemplo, pode fazer diferença significativa no que se refere à construção da saúde desses profissionais.

Sabe-se que a proposta de rodízio entre postos de trabalho e funções pode, eventualmente, trazer um desajuste para as situações de trabalho na medida em que fissuras importantes podem ser criadas nos coletivos de trabalhadores e, conseqüentemente, nas estratégias desenvolvidas coletivamente para lidar com todos os desafios colocados pelas situações de trabalho⁵⁰. Entretanto, no caso estudado, trata-se de um hospital escola público, ou seja, a rotatividade de profissionais é baixa e eles permanecem por tempo significativo na instituição. Neste sentido, as equipes podem ter a oportunidade de aturem juntas nos vários cenários desse contexto.

No caso estudado, ao se propor o revezamento entre a função de chefe de plantão e a de médico assistente, são instauradas mudanças importantes do ponto de vista da complexidade da atividade de trabalho e, conseqüentemente, das exigências nos âmbitos físico, psíquico e cognitivo, necessárias para realizá-la. Tal fato também pode, como mencionado, contribuir para a construção da saúde desses profissionais.

Por todos os elementos relatados, o trabalho dos chefes de plantão aparenta possibilitar processos sublimatórios. Ou seja, a partir do trabalho

⁵⁰ Trata-se de hipótese elaborada a partir dos conceitos da Psicodinâmica do Trabalho em diálogo com uma conferência ministrada pelo Professor François Hubault, na XI Jornada de Ergonomia da Escola Politécnica da USP (2015), na mesa “Trabalho, Economia e Subjetividade”.

desenvolvido com o seu valor claramente atribuído no sentido da beleza e da utilidade, seu desenvolvimento parece contribuir no registro da cultura de boas práticas institucionais e do processo de realização de si.

Compreende-se a sublimação como um processo fundamental que pode transformar o sofrimento ligado aos constrangimentos do trabalho em prazer (Dejours, 2004d,f,g, 2012b; Molinier, 2013). No caso dos chefes de plantão, aparentemente as condições necessárias para a transformação do sofrimento em prazer estão reunidas. A característica socialmente útil ou socialmente valorizada se constrói por meio do respectivo trabalhar, que passa evidentemente por um julgamento que não está estabelecido a priori.

No quadro desta pesquisa, fala-se claramente do julgamento de utilidade que se mostra real tanto para a direção do hospital quanto para os subordinados que parecem validar a importância, a necessidade de existência desta função e a própria autoridade destes profissionais.

Fala-se ainda do julgamento de beleza, quando do reconhecimento dos pares, também médicos, ao destacarem a coesão e a confiança dos membros que compõem este grupo de trabalhadores.

Estudar processos de gestão não se constitui como objetivo desta pesquisa. Porém, a questão da gestão de serviços de saúde ou da coordenação de ações em saúde e, conseqüentemente, de pessoas, se coloca, na medida em que todos os profissionais entrevistados tinham formação médica e atuavam exclusivamente ou simultaneamente como gestores / coordenadores. Diante

deste contexto, torna-se relevante debruçar-se, mesmo que de forma breve, sobre tal aspecto.

Identificou-se, no caso dos chefes de plantão, que ao coordenar situações e, conseqüentemente, pessoas, ajustes na organização do trabalho sempre deveriam ser feitos de forma que cada uma das inteligências singulares se transformasse no que Dejours (2004h, 2012b, 2015) nomeia como *inteligência no plural*. Inteligência no plural, como resultado de um fenômeno no qual procura-se coordenar os processos de forma que as contribuições de todos os envolvidos, as respectivas inteligências, astúcias e engajamentos subjetivos, sejam direcionadas para o bom andamento do trabalho coletivo.

A partir da transformação de dados em informação, ou seja, da análise contextualizada das necessidades de cada uma das equipes, os chefes de plantão compartilhavam as informações entre os envolvidos, ou seja, a forma como conduziam o ato de deliberar, acabava, por sua vez, distribuindo o poder que estava em posse deles entre os membros da organização. Tal fato podia favorecer de certa forma com que, ao se corresponsabilizarem, o conjunto dos trabalhadores do hospital se tornasse protagonista na construção da organização do trabalho.

Ao partilhar com as equipes, por exemplo, os problemas vivenciados, elas próprias percebiam aquilo que era prioritário, contribuindo, assim, no ajuste do trabalho. Tal processo poderia, nesse sentido, favorecer a continuidade do trabalho e a cooperação entre pares e trabalhadores de diferentes níveis da hierarquia institucional.

Diante de tal dinâmica, pode-se levantar a hipótese de que, um gestor, ao partilhar o seu poder de agir com os demais trabalhadores, oferece ao coletivo a

possibilidade de contribuir na deontologia do fazer institucional fato que, segundo Dejours (2012b), proporciona, em geral, forte interesse por parte dos assalariados que acabam por se envolver nela de forma bastante engajada.

Neste contexto, dar visibilidade e validar os aportes dos que compõem a base da hierarquia institucional faz com que os próprios princípios seguidos pela instituição se tornem mais visíveis e compreensíveis para eles, além de colocar em evidência o impacto destas ações tanto para a saúde das pessoas como para a qualidade do trabalho.

No trabalho em saúde, sabe-se que a produção do cuidado é feita no momento do encontro entre sujeito singular e profissional de saúde. Sabe-se ainda, que a qualidade do cuidado oferecido sempre dependerá de múltiplos fatores (Deslandes, 2002). No que se refere as possibilidades oferecidas pela organização do trabalho, caso sejam realizados investimentos nos aspectos imateriais, tais como as competências das pessoas e das equipes e a construção da confiança sobre a qual todos devem se apoiar, poderão ser fortalecidas as bases fundadoras da saúde mental e, conseqüentemente, da criatividade no trabalho (Hubault, 2013; Dejours, 2015;).

Tal fato pode ser dar a partir do desenvolvimento de uma gestão mais compartilhada (Du Tertre, 2013). Na obra « Le Choix: souffrir au travail n'est pas une fatalité⁵¹ (2015) », Dejours, a partir de situações nas quais os trabalhadores e respectivas dinâmicas e situações de trabalho encontravam-se significativamente adoecidos, aponta para algumas estratégias que podem ser adotadas dentro das instituições para que, simultaneamente sejam favorecidas

⁵¹ Traduz-se em português por: “A ESCOLHA: sofrer no trabalho não é uma fatalidade”.

a saúde mental e a possibilidade de criação por parte dos trabalhadores, além da oferta de uma ação de qualidade, enquanto produto do trabalho realizado.

Para Dejours (2015), fazer gestão é um *métier* que deve ser fundamentado no conhecimento do trabalho efetivamente realizado por aqueles que se coordena. Deve basear-se ainda no conhecimento acerca dos constrangimentos colocados pelo real das situações de trabalho vivenciadas por eles.

Neste contexto, ao delinear quais seriam os papéis dos gestores aponta, inicialmente, que sua primeira função seria a de transmitir os valores da instituição de forma longitudinal, ou seja, ao longo do tempo. Acrescenta ainda, a necessidade destes profissionais conhecerem o trabalho efetivamente realizado pelos seus subordinados pois, apenas desta forma, poderão reconhecer, ao menos em parte, a contribuição deles no seio da organização (Dejours, 2015).

No contexto estudado, um aspecto relevante refere-se ao fato de que, ao longo da semana, os chefes de plantão atuam prioritariamente nas atividades de assistência à saúde enquanto médicos. Tal situação permite com que invertam sua posição, ou seja, em determinado dia, coordenam; no outro, são coordenados. Não se distanciam, portanto, do real do trabalho que administram, aspecto que favorece e facilita com que os processos de gestão ocorram a partir desta referência. Tem-se, neste sentido, que a inserção no contexto assistencial na posição de médico assistente pode favorecer significativamente o desenvolvimento das atividades de gestão.

Ainda segundo Dejours (2015), o gestor deve favorecer a cooperação a partir da sustentação dos espaços de deliberação. O autor sugere que possam

se esforçar no sentido de manter os espaços de convivialidade na instituição, fomentando ainda mais as relações de confiança. Devem também arbitrar e assumir as suas decisões, com base na autoridade sem se esquecer, contudo, no momento da tomada de decisão, de se remeter aos acordos feitos conjuntamente e da doutrina da instituição (Dejours, 2015).

Parece que, ao promover processos de gestão mais cooperativos, com base na partilha do poder de agir e no respeito às regras do trabalho é possível a construção de um ambiente profissional que permita o desenvolvimento da saúde e da subjetividade para todos que estejam regidos sob esta forma de funcionamento.

Por fim, destaca-se que Dejours (2015) relata, ao final da obra, que ele e o grupo de pesquisadores com os quais trabalha, vêm acompanhando a implementação da chamada “gestão cooperativa” em pequenas empresas, cujo número de trabalhadores localiza-se entre 50 e 200. Ressalta que tais instituições têm em comum duas características: a primeira refere-se ao fato dos dirigentes atribuírem atenção específica e significativa ao aspecto da saúde mental dos trabalhadores e do viver junto; e a segunda refere-se ao fato de desenvolverem atividades que possuem um ciclo de trabalho longo.

No trabalho em saúde, mesmo naquele desenvolvido em contexto hospitalar, a estabilidade das equipes parece ser uma dimensão indissociável da produção de valor em relação ao que se compreende pelo processo de cuidar. Soma-se a isso, a construção de uma certa memória do processo de trabalho e daquilo que se entende como cooperação transversa, ou seja, aquela estabelecida entre profissionais e usuários do serviço.

Atualmente, conforme apontaram os relatos dos entrevistados, o HU constitui-se como referência assistencial para a população que habita na região do Butantã e, mesmo não se constituindo como porta de entrada da rede saúde, acaba criando vínculos não apenas com as pessoas atendidas, mas compondo com os serviços da rede de cuidados onde está inserido. Sendo assim, a construção de relações sustentáveis e a compreensão do funcionamento do sistema de saúde daquela região, também auxiliam na qualificação do cuidado oferecido⁵².

Nestes casos, segundo Dejours (2015), a estabilidade e então, o prazer no trabalho, constituem-se como peças fundamentais para a sustentabilidade deste tipo de instituição; as competências individuais e coletivas acabam por se traduzir, no plano subjetivo, por um crescimento do prazer no trabalho alcançado, entre outras coisas, pelas relações de ajuda mútua e pela capacidade de viver junto.

A partir da situação estudada sugere-se que, em linhas gerais, a cooperação, a partir da construção de relações de confiança, assim como o reconhecimento, aparecem como dois eixos fundamentais construídos a partir de determinada forma de organização do trabalho. Atravessam consequentemente o *trabalhar* dos envolvidos e podem favorecer a produção da

⁵² É importante destacar que Christophe Dejours, ao tratar de aspectos da gestão, não se debruça especificamente sobre a realização desta em contextos de trabalho em saúde. No cenário nacional, destaca-se a contribuição de Sá e Azevedo (2010) que procuram fazer uma interlocução com a psicodinâmica do trabalho para tratar de determinados aspectos não apenas da gestão, mas das relações de cuidado em saúde.

saúde, a construção e o fortalecimento da identidade de sujeitos singulares e coletivos profissionais.

O reconhecimento no trabalho enquanto retribuição de natureza simbólica, impulsiona a transformação do sofrimento em prazer na medida em que atribui significado a ele. O registro do reconhecimento do fazer pode ter também efeitos no registro do ser, auxiliando assim, a construção da subjetividade, o fortalecimento da identidade e consequentemente da saúde mental dos sujeitos. Compreende-se, portanto, que o reconhecimento pode constituir-se como um caminho para a emancipação pela via do trabalho, fato que mobilizaria os sujeitos a engajarem-se em seu fazer (Lancman et al., 2009; 2013; Sznclwar et al., 2011; Uchida et al., 2011; Dejours, 2012b; Molinier, 2008, 2013).

Já a cooperação pautada em relações de confiança e teoricamente construída nos espaços coletivos de deliberação, sejam eles formais ou informais, parece, diante dos dados encontrados, também se consolidar pela via da ação, ou seja, do próprio ato de *trabalhar* de forma compartilhada sobre um objeto comum - o sujeito que carece de cuidados em saúde. A linguagem verbal, neste contexto, acaba compondo com os fazeres singulares, elementos fundamentais das atividades de cuidado.

8.2. Inscrição desta Tese no Bojo das Clínicas do Trabalho

Pretende-se, nesta seção, apresentar os motivos pelos quais defende-se que, mesmo sem adotar a metodologia proposta pela ação em PDT, que é

composta de múltiplas etapas e desenvolvida, prioritariamente, de maneira grupal, compreende-se que este estudo se localiza no campo das clínicas do trabalho e compõe, mais precisamente, com essa disciplina.

A presente pesquisa se interessa pela investigação das inter-relações entre trabalho e subjetividade e entre trabalho e saúde mental, assim como as disciplinas inscritas no bojo das clínicas do trabalho. Adota-se também, neste contexto, o trabalho e, mais precisamente, o trabalhar, como uma ação central para a construção dos vínculos no mundo social e ainda da complexidade dos mundos psíquicos e subjetivo.

Não apenas os processos de sofrimento no trabalho, mas também aqueles de produção de saúde, resistência e libertação, constituem-se como escopo de investigação para as clínicas do trabalho. A presente pesquisa prioriza destacar o último.

O foco do estudo foi uma situação específica e concreta de trabalho, na qual se inscreviam-se médicos cujo trabalhar era atravessado não apenas pelo cuidado em saúde, mas pela coordenação de situações e de pessoas. Mesmo se a abordagem foi feita individualmente com cada um dos sujeitos entrevistados, no momento das análises, buscou-se compreender a dimensão coletiva do trabalho destes profissionais.

Trata-se aqui, de pesquisa de natureza qualitativa, na qual a palavra como ferramenta para reflexão sobre o mundo do vivido teve lugar central. Tratar da palavra e da possibilidade de sua significação, remete a um elemento considerado essencial por todas as clínicas do trabalho, mas, especialmente para a PDT: a existência de uma demanda de pesquisa.

Como aponta Dejours (2000, 2004a,b, 2012a), o trabalho de elaboração da demanda é fundamental para que se possa realmente acessar experiências relacionadas ao sofrimento e ao prazer no trabalho. Para o autor, explicitar os riscos e as implicações inerentes a abordagem proposta pela PDT favorece com que os sujeitos tomem a decisão de participar e de se engajar de forma consciente e voluntária nesse tipo de pesquisa. O autor aponta ainda que esta é, possivelmente, uma das maiores dificuldades encontradas para adoção deste referencial teórico-metodológico enquanto proposta de ação. Porém compreende que se trata de uma fase bastante complexa, ao demandar tempo importante de investimento e a mobilização de distintos e diversos atores.

Nesta pesquisa, a demanda inicial se deu por parte do pesquisador, de forma contextualizada e inter-relacionada com sua inserção profissional e com seus interesses particulares de estudo. Sendo assim, mais do que elaborar uma demanda junto a situação e ao coletivo estudado, existia a necessidade de criá-la.

Compreendeu-se, ao longo do desenvolvimento deste estudo que, as entrevistas inicialmente realizadas poderiam ser uma primeira parte do trabalho de campo e que, em seguida, com a possibilidade de validação das informações obtidas e interpretações realizadas, existiria a possibilidade de explicitação ou mesmo de elaboração de algum tipo de demanda por parte da equipe médica.

Mesmo frente ao insucesso da proposta supracitada e, neste sentido, da possibilidade de desenvolver uma ação clássica em Psicodinâmica do Trabalho, obteve-se o consentimento daqueles que participaram do estudo e adotou-se, ao longo de todas as etapas da pesquisa uma postura compreensiva, igualmente preconizada pela ação em PDT.

Buscou-se, desta forma, favorecer com que os entrevistados, sobretudo os chefes de plantão, ao relatarem aspectos que lhes tiravam o sono ou situações que considerassem bem-sucedidos no trabalho⁵³, pudessem narrar suas experiências enquanto médicos de forma reflexiva.

Colocar-se enquanto desconhecido frente ao outro facilita, segundo Dejours (2000, 2004a,b, 2012a), a ocupação de uma posição privilegiada de interlocução na medida em que tal aspecto pode impulsionar os sujeitos a explicarem e, conseqüentemente, elaborarem situações vivenciadas no mundo do trabalho que até então poderiam ser desconhecidas para eles mesmos.

Neste sentido, questiona-se se o próprio exercício do pensamento pode ser considerado uma ação e, enquanto tal, carregar consigo componentes transformadores daquele sujeito na relação com o próprio trabalho ou, ao menos, com a forma de enxerga-lo e, conseqüentemente, de fazer frente a ele.

Ainda neste contexto, compreende-se que entrevistas, enquanto procedimentos que convocam a fala dos sujeitos, constituem-se como ferramentas de transformação do pensamento ou de elaboração de ideias, com possíveis incidências no curso da ação.

Desta forma, a realização das entrevistas do tipo narrativo, por exemplo, na maioria das vezes, terá incidências sobre as pessoas e as situações e, diante disso, os pesquisadores devem se colocar de maneira implicada frente a uma situação que pode levar a uma certa instabilidade ou desconforto ao outro que se dispõe a partilhar suas histórias. Ressalta-se que, ao longo do desenvolvimento das entrevistas neste estudo, sempre houve uma

⁵³ Tais questões foram inseridas no roteiro de entrevista (Anexo H), com vistas a favorecer o relato dos chefes de plantão em relação as respectivas experiências de prazer e de sofrimento no trabalho.

disponibilidade de escuta por parte do pesquisador executante e, neste sentido, uma implicação com os entrevistados e com as situações instauradas no e pelo momento da entrevista.

Outro componente que merece destaque refere-se ao fato de que, as pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho são ancoradas na intersubjetividade, ou seja, leva-se em consideração a singularidade dos membros da equipe de pesquisa e daqueles que se dispõem a participar de estudos desta natureza.

Sendo assim, é inegável que os pesquisadores se localizam frente ao objeto de estudo a partir de sua subjetividade, de suas experiências de vida e profissionais e de sua familiaridade com o campo de pesquisa, quando se pretende compreender, como no presente estudo, as relações entre saúde, subjetividade e trabalho. Sabe-se ainda que, em pesquisas inscritas no campo qualitativo, incluindo as ações em PDT, o contato com o contexto, situações e sujeitos a serem “estudados”, é feito de forma progressiva.

No contexto do desenvolvimento de uma tese de doutorado, uma das proposições é a de se aprender a fazer pesquisa para, desta forma, se tornar um pesquisador e, conseqüentemente ser validado enquanto tal no mundo acadêmico. Faz parte deste processo, se familiarizar com estudos já produzidos, mas, sobretudo, arriscar-se e ousar com o objetivo de produzir o próprio, num determinado espaço de tempo e em determinado contexto. Desta forma, mesmo com a existência de uma experiência profissional prévia no âmbito da saúde mental e trabalho, conduzir uma ação com tamanha complexidade como é aquela proposta em PDT não se constitui como tarefa fácil.

Destaca-se, portanto que, este estudo talvez compreenda apenas parte de uma ação em PDT, que esbarrou no complexo processo de elaboração da

demanda. Ou pode-se compreender também que, situações que funcionam aparentemente bem, ou seja, que não estejam produzindo trabalhadores doentes ou melhor ainda, que, mesmo diante de limitações institucionais, estejam organizadas de forma a favorecer a saúde daqueles que nela estão inscritos, não explicitarão, à priori, nenhuma demanda específica para o desenvolvimento de uma ação em PDT.

Caso tome-se a segunda hipótese para compreensão e, conseqüentemente marco deste estudo no âmbito das clínicas do trabalho, pode-se considerar sua contribuição ao trazer novos elementos de referência para a discussão da inter-relação entre organização do trabalho e saúde mental. Elementos estes que destacam a construção de dinâmicas de cooperação, por exemplo e, conseqüentemente, da saúde dos trabalhadores pelo trabalho e pelo *trabalhar* enquanto ação.

Tendo em vista que a Psicodinâmica do trabalho se constitui como uma disciplina histórico-hermêutica e, enquanto clínica do trabalho, analisa os achados de campo com base em referenciais de mundo, de sujeito, de coletivo e de sociedade, aproximou-se dos achados deste estudo também tomando como referência a postura hermenêutica.

Sendo assim, a pesquisa explicita, neste sentido, fragmentos de determinada realidade, sob a lupa da subjetividade do pesquisador. Porém, não se tratou aqui de uma interpretação irracional ou aleatória. Não se pode, neste momento, confundir a subjetividade do pesquisador, de fundamental importância em pesquisas dessa natureza, com irracionalidade na adoção de determinados referenciais teóricos e metodológicos, aspectos fundamentais na para conquistar a legitimidade científica.

Assim como preconizado pela Psicodinâmica do Trabalho, a interpretação dos achados foi feita em alguns momentos: o primeiro, de caráter subjetivo, em diálogo com o referencial teórico da PDT e com os objetivos do estudo; posteriormente, com uma equipe de especialistas em PDT e, em seguida, com a orientadora da tese, também especialista na disciplina. Ambos não participaram diretamente da coleta dos dados em campo. Até o presente momento, não foi possível, como já mencionado, discutir os achados e as interpretações com aqueles que participaram do estudo.

Por todos os argumentos acima colocados compreende-se que esta tese está inscrita no bojo das clínicas do trabalho. Caminha ao lado e dialoga, mais especificamente, com a Psicodinâmica do Trabalho. Não se pretende, de forma alguma, minimizar a ação em PDT, afirmar que os dados aqui apresentados têm como origem uma ação em PDT e, menos ainda, criar outras formas de realizar ações desta natureza.

Justamente por considerar a PDT como uma disciplina com pressupostos bastante sólidos que este momento foi considerado importante para colocar em evidência as aproximações e diálogos possíveis de serem feitos, além da discussão acerca de algumas questões que pareceram importantes para o pesquisador, como, por exemplo, a da elaboração da demanda.

8.3. Limites do Estudo

É evidente que, como em qualquer estudo, seja ele de natureza qualitativa ou quantitativa, a presente pesquisa possui alguns limites.

Realizou-se entrevistas de caráter exploratório e, mesmo diante do desejo e das articulações feitas pela pesquisadora, não houve, posteriormente, a possibilidade de retomar as atividades de campo de forma a aprofundar o conteúdo das mesmas ou ainda validar com os sujeitos da pesquisa o material coletado até então. Sendo assim, as discussões realizadas constituem-se enquanto material que levanta hipóteses explicativas para a análise da situação estudada e do *trabalhar* dos médicos chefes de plantão.

Em contrapartida, houve a possibilidade de discutir o material coletado com o próprio fundador da Psicodinâmica do Trabalho e sua equipe, fato que ratificou e contribuiu ainda mais para o fortalecimento das análises e interpretações propostas. Ambas dialogam substancialmente com os apontamentos de uma teoria reconhecida internacionalmente pela importante contribuição que traz para a compreensão das relações entre saúde mental e organização do trabalho.

Outro limite do estudo diz respeito ao fato da escuta ter sido direcionada apenas aos chefes de plantão, que apesar de terem contribuído com múltiplos pontos de vista, representam apenas uma categoria profissional dentre todas as que estão envolvidas na situação estudada.

Porém, destaca-se que, o objeto deste estudo foi única e exclusivamente a prática médica. Tendo em vista o número e a diversidade de situações de trabalho no contexto do HU – USP, seria ainda impossível, no contexto de uma tese de doutorado, aproximar-se de todos que compõem esta categoria profissional. Tal fato, impulsionou a eleição de apenas alguns destes profissionais como população alvo do estudo. Foram eleitos aqueles que pareciam contribuir fortemente para o bom funcionamento institucional como um

todo e, neste sentido, as respectivas práticas situavam-se na interface entre coordenação das ações de cuidado e a própria ação de cuidado, em si. Formaram ainda o grupo que aceitou/ consentiu, participar deste estudo.

Destaca-se, neste sentido, o enquadre dado aos estudos de caso que, por discorrerem acerca de situações específicas, não permitem generalizações. Porém, aparecem, nesta pesquisa, aspectos da relação entre a organização do trabalho e saúde mental significativos na contemporaneidade. Contribui-se, neste sentido, para o avanço de uma disciplina a partir da inserção de novos elementos ao debate. Contribui-se ainda para a ampliação da compreensão acerca dos processos saúde e doença mental médicos vivenciados na relação com as atividades de trabalho.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se, nesta pesquisa, evidenciar componentes da organização do trabalho que pudessem favorecer a produção da saúde, a construção e o fortalecimento da identidade de sujeitos singulares e coletivos profissionais, a partir do estudo de uma situação específica de trabalho. Especificamente, objetivou-se conhecer o trabalho e dar visibilidade aos diversos aspectos envolvidos no *trabalhar* de médicos inseridos em um contexto hospitalar, em especial daqueles que tinham enquanto atribuição à coordenação de equipes e/ou ações de cuidado; compreender como o trabalho e o *trabalhar* determinam a construção e o desenvolvimento da saúde mental e, por fim; compreender e discutir as razões e, em quais condições, um determinado coletivo profissional engaja-se na dinâmica de construção e transformação da organização do trabalho.

A partir do caso estudado, sugere-se que os aspectos do reconhecimento e da cooperação, ambos presentes na situação analisada, são os eixos que sustentam e favorecem a produção da saúde e a realização de si.

Os chefes de plantão são profissionais que transitam entre desempenhar as funções de médico, serem responsáveis por situações de cuidado e pela coordenação de pessoas. Ao terem sua autoridade fundada nas competências profissionais e na qualidade das arbitragens que realizam, colocam em evidência a importância, nestes casos, do julgamento de utilidade emitido, sobretudo, por aqueles que compõe a base da linha hierárquica organizacional. A construção de soluções criativas desses profissionais face as dificuldades encontradas no

trabalho, também reforçam o papel do reconhecimento enquanto retribuição de natureza simbólica que, além de decisivo para construção da saúde e para emancipação pela via do trabalho, destaca o lugar do outro no movimento de conquista da própria identidade.

Tendo em vista que o *trabalhar* dos médicos chefes de plantão é atravessado pela tarefa de coordenar situações e pessoas, encontram-se diante de um cenário no qual, além de serem beneficiários, fomentam processos de cooperação, tanto na linha horizontal como na vertical, a partir do seu modo cooperativo de fazer a gestão.

Destaca-se, neste sentido, que a cooperação não é um componente inerente a organização do trabalho; compreende-se que é a forma como o trabalho está organizado que pode favorecer ou não com que tal processo se efetive. A articulação de componentes do desempenho profissional aliados ao coletivo como recurso, pode ser uma estratégia para fomentar processos dessa natureza.

Ressalta-se que, para além dos componentes técnicos, a cooperação ancora-se na ética, na medida em que são a confiança e a lealdade que determinam a existência dela nos contextos institucionais. No caso estudado, os anos de trabalho vivo compartilhado entre as mesmas equipes e a ética do cuidado em saúde, parecem estar entre os eixos de sustentação dos processos de cooperação.

Sugere-se, neste estudo, em consonância com os apontamentos feitos pela Psicodinâmica do Trabalho que a cooperação se destaca como um mediador fundamental entre organização do trabalho e saúde mental. Trata-se de um intercessor importante do viver junto nas situações de trabalho e, em

última instância, contribui para o desenvolvimento da democracia e da convivência para além dos contextos laborais.

Compreende-se, portanto que, a cooperação e o reconhecimento são aspectos importantes quando se fala de produção de saúde mental e da prevenção de situações de adoecimento no trabalho. Sendo assim, entender as condições que tornam possível a existência destes dois aspectos no seio das instituições acaba, em última instância, tornando-se uma escolha por aqueles que desenham as políticas institucionais e que desejam aliar a produção material com a produção da saúde dos trabalhadores.

10. ANEXOS

A – Organograma do Hospital Universitário da USP.

B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Aprovação de Mudança de Título da Tese.

C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP e Aprovação de Mudança de Título da Tese.

D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

E – Roteiro de Entrevista com o Superintendente do HU – USP.

F – Roteiro de Entrevista com o Diretor do Departamento Médico do HU – USP.

G – Roteiro de Entrevista com os Chefes de Seção Técnica de Pronto Atendimento do HU – USP.

H – Roteiro de Entrevista com os Chefes de Plantão do HU – USP.

Anexo A – Organograma do Hospital Universitário da USP, Agosto de 2013.

Anexo B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e Aprovação de Mudança de Título da Tese

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP </div> <div> </div> </div>		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: PROCESSOS DECISÓRIOS E SUBJETIVIDADE: Desafios Cotidianos do Trabalho de Médicos Inseridos no Pronto Socorro de um Hospital Universitário do Município de São Paulo</p> <p>Pesquisador: selma lancman</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 16556813.0.0000.0065</p> <p>Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 345.754</p> <p>Data da Relatoria: 31/07/2013</p> <p>Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo prospectivo, exploratório, de abordagem qualitativa, para obtenção do título de doutorado.</p> <p>Objetivo da Pesquisa: A descrição dos objetivos é suficiente e está adequada ao título.</p> <p> Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: Mínimo. Benefícios: Dar maior visibilidade para o trabalho médico desenvolvido em Pronto Socorro, aspectos facilitadores e dificultadores desta atividade, em especial aqueles relacionados as condições e organização do trabalho nas situações estudadas; identificar as relações entre o trabalho desenvolvido e a construção da subjetividade e consequentemente a saúde mental dos profissionais médicos; promover a discussão, divulgação e compartilhamento dos resultados desta investigação (tanto no que diz respeito aos dados obtidos, quanto aos conhecimentos teórico-metodológicos desenvolvidos) por meio da organização de debates, oficinas e seminários com os trabalhadores envolvidos e a gestão do HU/USP; avançar estudos sobre temática com pouca publicação científica nacional e internacional; dialogar com demais</p>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> Endereço: DOUTOR ARNALDO 455 Bairro: PACAEMBU UF: SP Município: SAO PAULO Telefone: (11)3061-8004 </td> <td style="padding: 5px; text-align: right;"> CEP: 01.245-903 E-mail: cep.fm@usp.br </td> </tr> </table>	Endereço: DOUTOR ARNALDO 455 Bairro: PACAEMBU UF: SP Município: SAO PAULO Telefone: (11)3061-8004	CEP: 01.245-903 E-mail: cep.fm@usp.br
Endereço: DOUTOR ARNALDO 455 Bairro: PACAEMBU UF: SP Município: SAO PAULO Telefone: (11)3061-8004	CEP: 01.245-903 E-mail: cep.fm@usp.br	

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 345.75.1

estudos produzidos a partir da interface com a Psicodinâmica do Trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi bem escrito e é exequível.

A introdução é bem detalhada, apresenta justificativa e embasamento à proposta do estudo. A metodologia apresenta clareza, descrição detalhada da amostra, dos procedimentos e instrumentos a serem utilizados e das etapas previstas no protocolo. A bibliografia é atualizada, completa e pertinente ao estudo.

Descreve o plano de trabalho e cronograma/duração da pesquisa e a análise estatística a ser utilizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE descreve o risco adequadamente, com linguagem acessível para o sujeito, informando o objetivo da pesquisa, garantindo esclarecimentos a qualquer momento, liberdade de recusar sem prejuízos e sigilo e privacidade.

Faz menção de que terá financiamento próprio.

Recomendações:

Nada consta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ciência e aprovação dos documentos anexados por solicitação do CEP-HU: 1 - Carta de Anuência da área do HU/USP envolvida no estudo; 2 - TCLE com endereço do CEP-HU/USP; 3 - Folha de Rosto do Currículo Lattes da pesquisadora principal e da executante; 4 - Cadastro de Protocolo da Pesquisa do CEP-HU.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 345.75*

SAO PAULO, 31 de Julho de 2013

Assinador por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

Página 03 de 03

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalho de médicos inseridos em um hospital universitário, São Paulo - Brasil

Pesquisador: selma lancman

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 18558813.0.0000.0085

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.205.204

Apresentação do Projeto:

Trata-se de alteração na denominação do projeto, por avaliação de banca examinadora de exame de qualificação. As demais considerações da pesquisa estão inalteradas.

Objetivo da Pesquisa:

Mantido

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Mantidos

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.305.354

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Doutorado PLATBR.pdf	16/05/2013 19:34:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/05/2013 19:29:19		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_165568.pdf	21/05/2013 10:06:15		Aceito
Outros	anexo 2 assinado.pdf	21/05/2013 10:01:53		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	21/05/2013 10:01:20		Aceito
Informações Básicas do Projeto	COMUNICADO_COPARTICIPANTE.pdf	13/06/2013 15:17:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE HU -FMUSP.pdf	13/06/2013 18:18:38		Aceito
Outros	Carta Anuência HU.pdf	13/06/2013 18:19:05		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Resumo Selma.pdf	13/06/2013 18:19:46		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Resumo.pdf	13/06/2013 18:20:19		Aceito
Outros	Cadastro de Pesquisa HU Final.pdf	13/06/2013 18:21:14		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_186000_E1.pdf	13/06/2013 18:29:32		Aceito
Outros	Carta CEP FMUSP - HU Doutorado.pdf	19/06/2013 17:18:24		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_186000_E1.pdf	19/06/2013 17:18:55		Aceito
Outros	Carta CEP FMUSP Juliana de Oliveira Barros.pdf	15/08/2015 14:07:22		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_563202 _E2.pdf	15/08/2015 14:09:06		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3693-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

Página 02 de 03

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.205.284

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 28 de Agosto de 2015

Assinado por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.348-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4491 E-mail: cnp.fm@usp.br

Página 02 de 02

Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP e Aprovação de Mudança de Título da Tese

HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HU/USP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
Elaborado pela Instituição Coparticipante											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: PROCESSOS DECISÓRIOS E SUBJETIVIDADE: Desafios Cotidianos do Trabalho de Médicos inseridos no Pronto Socorro de um Hospital Universitário do Município de São Paulo											
Pesquisador: selma lancman											
Área Temática:											
Versão: 2											
CAAE: 16556813.0.0000.0065											
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo											
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 386.355											
Data da Relatoria: 30/08/2013											
Apresentação do Projeto:											
Pesquisa prospectiva por meio de entrevistas para obtenção de título de doutorado.											
Objetivo da Pesquisa:											
Estudo prospectivo que objetiva avaliar os mecanismos de regulação desenvolvidos e utilizados pelos médicos do HU para atendimento da demanda espontânea do PS, na regulação da permanência ou encaminhamento da demanda espontânea que chega ao serviço. Conhecer o impacto pessoal e profissional das escolhas realizadas. Compreender as implicações subjetivas destas escolhas.											
Avaliação dos Riscos e Benefícios:											
TCLE adequado, sem riscos para o entrevistado. Pode trazer benefícios por trazer melhor compreensão do problema, facilitando o aprimoramento.											
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:											
Pesquisa adequada, extensa, com objetivo amplo. Poderá ser de grande valia para o funcionamento dos serviços médicos.											
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:											
O termo de consentimento esta adequado às normas.											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565</td> <td>CEP: 05.508-000</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Cidade Universitária</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SAO PAULO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)-3091-9457</td> <td>Fax: (11)-3091-9452</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep@hu.usp.br</td> </tr> </table>		Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565	CEP: 05.508-000	Bairro: Cidade Universitária		UF: SP	Município: SAO PAULO	Telefone: (11)-3091-9457	Fax: (11)-3091-9452		E-mail: cep@hu.usp.br
Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565	CEP: 05.508-000										
Bairro: Cidade Universitária											
UF: SP	Município: SAO PAULO										
Telefone: (11)-3091-9457	Fax: (11)-3091-9452										
	E-mail: cep@hu.usp.br										

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 386.355

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Discutido na reunião de hoje e aprovado.

SAO PAULO, 06 de Setembro de 2013

Assinador por:
Mauricio Seckler
(Coordenador)

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11-)3091-9457 Fax: (11-)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br

Página 02 de 02

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HU/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalho de médicos inseridos em um hospital universitário, São Paulo - Brasil

Pesquisador: selma lancman

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16556813.0.3001.0076

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.293.453

Apresentação do Projeto:

Emenda para mudança de título de pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

sem alteracao

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alteracao

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

adequacao titulo projeto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

sem alteracao

Recomendações:

nao

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nao

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2585
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br

Continuação do Parecer: 1.293.453

Considerações Finais a critério do CEP:

Adequação de título, sem alterações do projeto. Apresentado em reunião e aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_563202_E2.pdf	15/08/2015 14:09:06		Acelto
Outros	Carta CEP FMUSP Juliana de Oliveira Barros.pdf	15/08/2015 14:07:22		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 186000 E1.pdf	19/06/2013 17:18:55		Acelto
Outros	Carta CEP FMUSP - HU Doutorado.pdf	19/06/2013 17:18:24		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 186000 E1.pdf	13/06/2013 18:29:32		Acelto
Outros	Cadastro de Pesquisa HU Final.pdf	13/06/2013 18:21:14		Acelto
Outros	Curículo Lattes Resumo.pdf	13/06/2013 18:20:19		Acelto
Outros	Curículo Lattes Resumo Selma.pdf	13/06/2013 18:19:46		Acelto
Outros	Carta Anuência HU.pdf	13/06/2013 18:19:05		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE HU -FMUSP.pdf	13/06/2013 18:18:38		Acelto
Informações Básicas do Projeto	COMUNICADO_COPARTICIPANTE.pdf	13/06/2013 15:17:52		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO 165568.pdf	21/05/2013 10:06:15		Acelto
Outros	anexo 2 assinado.pdf	21/05/2013 10:01:53		Acelto
Folha de Rosto	folha de rosto assinada.pdf	21/05/2013 10:01:20		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Doutorado PLATBR.pdf	16/05/2013 19:34:08		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/05/2013 19:29:19		Acelto

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br

Página 52 de 53

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - HU/USP

Continuação do Parecer: 1.393.453

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 23 de Outubro de 2015

Assinado por:
Maurício Seckler
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: csp@hu.usp.br

Página 02 de 02

Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

1. Nome:
 Documento de Identidade Nº: Sexo M() F()
 Data de nascimento:/...../.....
 Endereço.....no.....apto.....Bairro:.....
Cidade:.....
 CEP:.....Telefone:DDD(.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

2. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: PROCESSOS DECISÓRIOS E SUBJETIVIDADE:
 Desafios Cotidianos do Trabalho de Médicos inseridos no Pronto Socorro de um Hospital
 Universitário do Município de São Paulo.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Selma Lancman

CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 418 - TO (CREFITO-3).

UNIDADE DO HCFMUSP: FMUSP - Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia
 Ocupacional.

PESQUISADOR EXECUTANTE: Juliana de Oliveira Barros

CARGO/FUNÇÃO: Terapeuta Ocupacional Doutoranda do Programa de Pós Graduação em
 Ciências da Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 9709 - TO (CREFITO-3).

UNIDADE DO HCFMUSP: FMUSP - Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia
 Ocupacional.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 4 anos.

5. INFORMAÇÕES RELEVANTES

A pesquisa intitulada "Processos Decisórios e Subjetividade: desafios cotidianos do
 trabalho de médicos inseridos no pronto socorro de um hospital universitário do município de

São Paulo” tem como objetivo geral conhecer os mecanismos de regulação desenvolvidos / utilizados pelos médicos para atendimento da demanda espontânea no Pronto-Socorro do Hospital Universitário da USP e as implicações subjetivas destas escolhas para estes profissionais.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo, que utilizará os seguintes procedimentos: entrevistas, grupos de discussão, observação de situações de trabalho. Sua participação é voluntária e você tem o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Você poderá perguntar qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre sua participação a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Os dados referentes aos procedimentos realizados serão gravados, filmados e/ou fotografados, escritos e analisados posteriormente, porém seu anonimato será preservado. Portanto, seu nome ou qualquer outro dado que o identifique não será revelado. Você poderá solicitar os escritos da entrevista e dos encontros grupais, se for o caso, e realizar as modificações que considerar necessária. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. O principal pesquisador é a Profa. Titular Selma Lancman, que pode ser encontrada na Rua Cipotânea, 51; ou no telefone: 3091.8436; ou ainda no e-mail: lancman@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Doutor Arnaldo, 455 – 1º andar, Cep: 01246-903.

Se você teve a liberdade de conversar com o pesquisador que te apresentou este termo de consentimento para participar da pesquisa; se você acredita ter sido suficientemente informado; se ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes; se ficou claro também que a participação é voluntária e isenta de despesas, sendo que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo, assine abaixo.

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado/representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo E – Roteiro de Entrevista com o Superintendente do Hospital Universitário da USP

- 1) Dados de identificação:
 - a. Nome
 - b. Formação
 - c. Tempo de formação
 - d. Função no HU
 - e. Tempo na função
 - f. Já trabalhou em PS? (Se sim, quanto tempo e onde).
- 2) Atualmente, qual é a estrutura hierárquica do HU - USP? Como ela está organizada? (Organograma).
- 3) Existe (m) diferença (s) entre a gestão do PSHU – USP e a de outro setor do Hospital? Em caso afirmativo, quais?
- 4) Quais são os principais desafios, do ponto de vista da gestão, na administração do PSHU – USP?
- 5) Com relação aos médicos que estão inseridos no contexto do PSHU – USP, existe algum procedimento / orientação/ conduta padrão que os norteie na (s) tomada (s) de decisão diante das situações de urgência e emergência? Em caso afirmativo, qual (is) é (são)?
- 6) Do seu ponto de vista, existem aspectos que influenciam, facilitam e/ou dificultam a (s) tomada (s) de decisão no contexto do PSHU - USP? Em caso afirmativo, quais?
- 7) Ser socorrista no PSHU – USP é semelhante a ser socorrista em outro contexto de urgência e emergência? Por que?
- 8) Trabalhar em contextos de urgência e emergência pode trazer alguma implicação pessoal e/ ou profissional para o médico? Por que? Em caso afirmativo, quais?

Anexo F - Roteiro de Entrevista com o Diretor do Departamento Médico do Hospital Universitário da USP

1) Dados de identificação:

- a. Nome
- b. Formação
- c. Tempo de formação
- d. Função no HU
- e. Tempo na função
- f. Já trabalhou em PS? (Se sim, quanto tempo e onde).

2) Caracterização do PSHU – USP:

- a. Quantos leitos existem no PSHU – USP?
- b. Qual é o número médio de pessoas atendidas mensalmente no PSHU - USP?
- c. Qual é /são as principais problemáticas da população atendida?
- d. Quantos médicos estão inseridos neste contexto?
- e. Qual é a carga horária de trabalho semanal destes profissionais?

3) Perfil dos Médicos:

- a. Qual é a formação dos médicos inseridos no PSHU – USP? (Generalistas? Socorristas? Outras residências). É exigido algum tipo de formação específica para que atuem como socorristas neste contexto?
- b. Qual é a faixa etária destes profissionais?
- c. Qual é o tempo médio de permanência deles no PSHU – USP?
- d. Existe rotatividade? (Se sim, quais são suas hipóteses com relação a este fenômeno?).

4) Organização do Trabalho:

- a. Qual é o fluxo de trabalho no PS do HU – USP?
- b. Como são organizadas as Clínicas para atendimento das urgências e emergências?

- c. O trabalho dos médicos é organizado em turnos? Os turnos são fixos?
- d. Com relação aos médicos que estão inseridos no contexto do PSHU – USP, existe algum procedimento / orientação/ conduta padrão que os norteie na (s) tomada (s) de decisão diante das situações de urgência e emergência? Em caso afirmativo, qual (is) é (são)?
- e. Existem metas de produtividade para os médicos inseridos no PSHU - USP? Em caso afirmativo, quais são e como são estabelecidas?
- f. Existe algum tipo de avaliação com relação ao trabalho destes profissionais? Em caso afirmativo, quais são os parâmetros utilizados e como ela é feita?

5) Gestão:

- a. Quais são os principais desafios, do ponto de vista da gestão, na administração do PSHU - USP?
- b. Existe (m) diferença (s) entre a gestão do PSHU – USP e a de outro setor do Hospital? Se sim, quais?

6) Aspectos subjetivos:

- a. Existem aspectos que influenciam, facilitam e/ou dificultam a (s) tomada (s) de decisão no contexto do PSHU - USP? Em caso afirmativo, quais?
- b. Na sua opinião quais as principais dificuldades vivenciadas por um médico no PSHU - USP?
- c. Ser socorrista no PSHU – USP é semelhante a ser socorrista em outro contexto de urgência e emergência? Por que?
- d. Trabalhar em contextos de urgência e emergência pode trazer alguma implicação pessoal e/ ou profissional para o médico? Quais? Por que?

Anexo G - Roteiro de Entrevista com os Chefes de Pronto Socorro (Geral e das Divisões Clínicas)

1) Dados de identificação:

- a. Nome
- b. Formação
- c. Tempo de formação
- d. Função no HU
- e. Tempo na função
- f. Já trabalhou em outro PA/PS? (Se sim, quanto tempo e onde).

2) Atualmente, como é o funcionamento do PAHU – USP em relação a:

- a. Chegada da população (demanda espontânea, SAMU, Sistema de regulação de vagas do município);
- b. Fluxo de atendimento (Como é? É o mesmo para todas as clínicas? Se não, quais são as semelhanças/diferenças?);
- c. Relação com os demais serviços da rede de saúde (Hospitais Terciários, Atenção Básica, etc).

3) Caracterização do PSHU – USP:

- a. Quantos leitos existem no PSHU – USP? Tais leitos são divididos entre as quatro Clínicas?
- b. Qual é o número médio de pessoas atendidas mensalmente no PSHU - USP? (Todas as clínicas e clínica específica).
- c. Qual é /são as principais problemáticas da população atendida? (Todas as clínicas e clínica específica).
- d. Aproximadamente quantos médicos estão inseridos neste contexto? (Na clínica específica /Todos que estão alocados na Divisão - de Clínica Médica, Cirúrgica, GO e Pediátrica - atendem no PA?
- e. Qual é a carga horária de trabalho semanal destes profissionais? Fazem hora extra? Se sim, com qual frequência?

4) Perfil dos Médicos:

- a. Qual é a formação dos médicos inseridos no PSHU – USP? (Generalistas? Socorristas? Outras residências).
- b. Qual é a faixa etária aproximada destes profissionais?
- c. Qual é o tempo médio de permanência deles no PAHU – USP?
- d. Existe rotatividade? (Se sim, quais são suas hipóteses com relação a este fenômeno?).

5) Organização do Trabalho:

- a. O trabalho dos médicos é organizado em turnos? Os turnos são fixos?
- b. Com relação aos médicos que estão inseridos no contexto do PAHU – USP (geral e clínica específica), existe algum procedimento / orientação/ conduta padrão que os norteie na (s) tomada (s) de decisão diante das situações de urgência e emergência? Em caso afirmativo, qual (is) é (são)?
- c. Existem metas de produtividade para os médicos inseridos no PAHU - USP? Em caso afirmativo, quais são e como são estabelecidas?
- d. Existe algum tipo de avaliação com relação ao trabalho destes profissionais? Em caso afirmativo, quais são os parâmetros utilizados e como ela é feita?

6) Gestão:

- a. Quais são os principais desafios, do ponto de vista da gestão, na administração da Clínica (Cirúrgica, Médica, GO, Pediátrica) no PAHU - USP? / Qual é o seu papel enquanto chefe de Seção Técnica de PS?

7) Aspectos subjetivos:

- a. Existem aspectos que influenciam, facilitam e/ou dificultam a (s) tomada (s) de decisão no contexto do PAHU - USP? Em caso afirmativo, quais?

- b. Na sua opinião quais as principais dificuldades vivenciadas por um médico no PAHU - USP?
- c. Ser socorrista no PAHU – USP é semelhante a ser socorrista em outro contexto de urgência e emergência? Por que?
- d. Trabalhar em contextos de urgência e emergência pode trazer alguma implicação pessoal e/ ou profissional para o médico? Se sim, quais? Por que?

Anexo H - Roteiro de Entrevista com os Médicos Chefes de Plantão

- 1) Dados de identificação:
 - a. Nome
 - b. Formação
 - c. Tempo de formação
 - d. Função no HU
 - e. Tempo na função
 - f. Já trabalhou em outro PA/PS? (Se sim, quanto tempo e onde).
- 2) Qual é a sua atribuição enquanto chefe de plantão no HU – USP? (Trabalho desenvolvido, quando é chamado, por quem é chamado, tipos de caso em que é solicitado, etc.). Você escolheu ocupar esta função?
- 3) Quais são os recursos (materiais e humanos) existentes no contexto do PS do HU – USP que podem te auxiliar/te auxiliam no desenvolvimento do trabalho?
- 4) Você pode me contar algum caso/experiência vivenciados no contexto do PS do HU – USP que te “*tirou o sono*”? (O que faz um caso/uma experiência “tirar o sono” e porquê).
- 5) Você pode me relatar algum caso/experiência vivenciados no contexto do PS do HU - USP que você considerou “*bem sucedido*”? (o que é considerado bem sucedido e porquê).
- 6) Como você transmite, aos alunos e demais colegas, as suas tomadas de decisão/conduas frente aos casos? (Processo de ensino-aprendizagem).
- 7) Na sua opinião, o que difere a sua tomada de decisão da tomada de decisão de 1 residente? (O que você está chamando de experiência? O que muda com a experiência?)

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agha A, Mordya A, Anwar E, Saleh N, Rashid I, Saeed M. Burnout among middle-grade doctors of tertiary care hospital in Saudi Arabia. *Work*. 2015 Jul 29; v.51, n.4, p.839-47. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 15 de outubro de 2015.

Al-Dubai SAR, Rampal KG. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of Occupational Health*. 2010; v.52, n.1, p. 58-65. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=2&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 20 de setembro de 2015.

Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo; 1999.

Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2003 ago [citado 2015 Nov 8]; v.37, n.4, p. 424-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400006&lng=pt. Acesso em 15 de março de 2014.

Avellar LZ, Iglesias A, Valverde PF. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicol. estud.* dez. 2007; v.12, n.3, p.475-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 8 de novembro de 2015.

Balsamo AC, Barrientos DS, Rossi JCB. Estudo retrospectivo dos acidentes de trabalho com exposição a líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários de um hospital universitário. *Rev Med HU-USP*. 2000; v.10, n.1, p. 39-45. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=286779&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em 15 de março de 2014.

Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; v.14, n.3, p.346-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692006000300007&script=sci_arttext. Acesso em 10 de abril de 2014.

Barros MEB, Filho SBS, Gomes RS. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: Machado JH, Assunção AA,

organizadores. *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2012; p.28–65.

Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev. Latino-am de Enfermagem*. 2006; v.14, n.4, p.534-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

Bendassolli PF, Soboll LAP. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2011a; v.14, p.59-72. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25716>. Acesso em 15 de setembro de 2015.

Bendassolli PF, Soboll LAP. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. Bendassolli PF, Soboll LAP, organizadores. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011b; p.03–21.

Billiard I. *Santé mentale et travail: l'émergence de la psychopathologie du travail* [Saúde Mental e Trabalho: a emergência da psicopatologia do trabalho]. Paris : Ed. La Dispute ; 2001.

Blandin O. Subjectivité, activité de service et performance économique. *Travailler*. 2013 ; v.1, n.29, p. 65-79.

Bolis I. *Contribuições da ergonomia para a melhoria do trabalho e para o processo de emancipação dos sujeitos* [dissertação]. São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo; 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3136/tde-19042011-103051/pt-br.php>. Acesso em 04 de fevereiro de 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 287 de 8 de outubro de 1998 - Relaciona 14 categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF); 1998. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm. Acesso em 16 de novembro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação-Geral de Urgência e Emergência - *Sistemas estaduais de urgência e emergência: regulamento técnico*. Brasília (DF): 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em 10 de março de 2014.

Brasil. Ministério da Previdência Social, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social/ *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília (DF): MPS/DATAPREV; 2013a. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp->

content/uploads/2015/03/AEPS-2013-v.-26.02.pdf. Acesso em 15 de julho de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília (DF); 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em 16 de novembro de 2015.

Caprara A, Veras MSC. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. *Interface Comun. Saúde Educ.* [Internet]. 2005 Fev [citado 2015 Set 11]; v.9, n.16, p.13-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100011&lng=pt.

Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes; 1998.

Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LHA, Mayer R, Pires A, organizadores. *A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3ªed. Petrópolis: Vozes; 2008; p. 295–316.

Clot Y. Entrevista. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2006; v.9, n.2, p.99-107.

Clot Y. *La fonction psychologique du travail*. Paris: Presse Universitaire de France (PUF); 1999.

Clot Y, Gollac M. *Le travail peut-il devenir supportable?* Paris: Armand Colin; 2014.

Dejours C. A metodologia em Psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004a; p.107-126.

Dejours C. Addendum - Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004b; p.105-26.

Dejours C. Análise Psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours –*

Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004c; p.245-290.

Dejours C. *Avaliação do trabalho submetida à prova do real: crítica aos fundamentos da avaliação*. Tradução de Laerte I. Sznclwar e Fausto L. Mascia. São Paulo: Blucher; 2008.

Dejours C. *Conferências brasileiras: Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap/EAESP-FGV; 1999.

Dejours C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho?. *Revista Cult.* [periódico online]. 2010a [citado abril 2014]; ed.139, [1tela]. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/reencantar-o-trabalho/>.

Dejours C. Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. In: Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004d; p.129-142.

Dejours C. Folie et travail: De l'analyse étiologique aux contradictions théoriques. In: *Dejours C. Observations Cliniques en Psychopathologie du travail*. Paris: Presse Universitaire de France (PUF); 2010b; p.17-46.

Dejours C. *La panne : repenser le travail et changer la vie*. Montrouge: Bayard Éditions; 2012a.

Dejours C. *Le Choix: souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Paris: Bayard Éditions, 2015.

Dejours C. Nouvelles formes de servitude et suicide. In: *Dejours C. Observations Cliniques en Psychopathologie du travail*. Paris: Presse Universitaire de France (PUF); 2010c; p.13–62.

Dejours C. *O fator humano*. Tradução de Maria Irene Stocco Betiol e Maria José Tonelli. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas; 1997.

Dejours C. O trabalho como enigma. In: Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004e; p.129-142.

Dejours C. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004f; p.187-217.

Dejours C. Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem da psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznclwar LI, organizadores. In: *Christophe Dejours –*

Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004g; p.143-158.

Dejours C. *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Éditions du Seuil; 1998.

Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*. 2004h; v.14, n.3, p.27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004. Acesso em 03 de fevereiro de 2012.

Dejours C. *Trabalho vivo*. Tomo II. Brasília: Paralelo 15; 2012b.

Dejours C. *Travail usure mentale : essai de psychopathologie du travail*. Paris: Bayard Éditions; 2000.

Dejours C, Gernet I. *Psychopathologie du travail*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012c.

Dejours C, Bègue F. *Suicídio e trabalho: o que fazer?* Tradução: Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15; 2010d.

Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Dessors D. L'intelligence pratique. *Travailler*. Paris: Martin Média; 2009a; v.21, p.61-8.

Dionne D, Nixon G. Moving beyond residential school trauma abuse: A phenomenological hermeneutic analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2014; v.12, iss.3, p.335-50. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=7&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 20 de setembro de 2015.

Durante AS, Carvalho RMM, Costa MTZ, Cianciarullo MA, Voegels RL, Takahashi GM, Soares AVN, Spir E. A implementação de programa de triagem auditiva neonatal universal em um hospital universitário brasileiro. *Pediatrics*. 2004; v.26, n.2, p.78-84. Disponível em: http://www.researchgate.net/publication/237662976_A_implementao_de_programa_de_triagem_auditiva_neonatal_universal_em_um_hospital_universitario_brasileiro_Universal_newborn_hearing_screening_program_assessment_in_a_Brazilian_university_hospital_La_implementacin_de_programa_de_seleccin_auditiva_neonatal_universal_en_un_hospital_universitario_brasileo. Acesso em 14 de maio de 2014.

Du Tertre C. Économie servicielle et travail : contribution théorique au développement d'une économie de la coopération. *Travailler*. 2013; v.1, n.29, p. 29-64.

Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; v.5, n.3, p.319-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a08v5n3.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2014.

Ferreira NN, de Lucca SR. Síndrome de burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]; 2015 Mar [citado 2015 Nov 8]; v.18, n.1, p.68-79. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100068&lng=pt.

Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009a.

Flick U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed; 2009b.

Follador NN, Castilho V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*; São Paulo: 2007; v.41, n.1, p.90-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100012. Acesso em 30 de março de 2014.

França SPS, De Martino MMF, Aniceto EVS, Silva LL. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta paul. enferm.* [Internet]; 2012 [citado 2015 Nov 8]; v.25, n.1, p.68-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100012&lng=pt.

Freud S. *Obras Completas*. V. 12. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

Freud A. *O ego e os mecanismos de defesa*. Tradução Francisco Settíneri. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Fu J, Sun W, Wang Y, Yang X, Wang L. Improving job satisfaction of chinese doctors: the positive effects of perceived organizational support and psychological capital. *Public Health*. October 2013; v.127, iss.10, p.946-51. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UAhttps://apps.&search_mode=GeneralSearch&qid=8&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=2. Acesso em 10 de outubro de 2015.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005; v.13, n.1, p.72-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-116920>

05000100012&script=sci_arttext. Acesso em 10 de fevereiro de 2014.

Galehbakhtiari S, Hasangholi TP. A hermeneutic phenomenological study of online community participation: applications of Fuzzy Cognitive Maps *Computers in Human Behavior*. 2015; v.48, p. 637-43. Disponível em https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=14&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 15 de setembro de 2015.

Garnica AVM. Considerações sobre a fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur. *Trans/Form/Ação*. 1993; v.16, p.43-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31731993000100003&script=sci_arttext. Acesso em 20 de agosto de 2015.

Gernet I, Dejours C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: Bendassolli PF, Soboll LAP, organizadores. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas, 2011; p.61-70.

Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, Zhuang R, Chen Y, Tong X, Yin X, Lu Z. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014 Jul 22; v.9, n.7. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0103242>. Acesso em 10 de outubro de 2015.

Green AR & Young RA. The lived experience of visual creative expression for young adult cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015 Sep; v.24, n.5, p.695-706. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=15&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 30 de outubro de 2015.

Hespanhol M. Discurso humanizador, prática de exploração: os novos modelos de gestão e a saúde mental dos trabalhadores. In: Silveira MA, organizador principal, Sznclwar L, Kikuchi LS, Maeno M, organizadores. *Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável*. Campinas: CTI (Centro de Tecnologia da Informação “Renato Archer”). 2013; p.167-81.

Hubault F. Le travail de management. *Travailler*. 2013; v.1, n.29, p. 81-96.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD)*; 2015. Disponível em: ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Tabelas/pnadc_201503_tabelas_brasil.zip. Acesso em 10 de outubro de 2015.

Jaccoud M, Mayer RA. Observação direta e a pesquisa qualitativa In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LHA, Mayer R, Pires A, organizadores. *A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3ªed. Petrópolis: Vozes; 2008; p.254-94.

Jack K, Wibberley C. The meaning of emotion work to student nurses: A heideggerian analysis. *International Journal of Nursing Studies*. June 2014; v.51, iss.6, p.900-07. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=16&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 10 de agosto de 2015.

Jesus MCP, Peixoto MRB, Cunha MHF. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 1998 Abr [citado 2015 Set 11]; v.6, n.2, p.29-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200006&lng=pt.

Jodas DA, Haddad MCL. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2009; v.22, n.2, p.192-97.

Karan H. *Da alcoolização ao verbo*. Brasília (DF): Paralelo 15; 2010.

Lancman S, Uchida S, Sznclwar LI. Contribuições da psicodinâmica do trabalho para o desenvolvimento de ações transformadoras. In: Glina DMR, Rocha LE. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca; 2009.

Lancman S, Santos MF, Jardim TA, Barros JO. *Influência de fatores organizacionais e relacionais nos processos de retorno e permanência no trabalho: um estudo de caso*. Relatório de Pesquisa. Edital Universal CNPq. 2015 (no prelo).

Lancman S, Jardim TA, Barros JO. Trabalho e subjetividade. In: Simonelli AP, Rodrigues DS, organizadoras. *Saúde e Trabalho em debate: velhas questões, novas perspectivas*. Brasília (DF): Paralelo 15; 2013; p.17-32.

Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Caderno de Psicologia Social e do Trabalho*. 2003; v.6, p.77-88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172003000200006&script=sci_arttext. Acesso em 10 de fevereiro de 2012.

Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 4^{ème} éd. Paris: Presse Universitaire de France (PUF); 2014.

Lhuillier D. *Cliniques du Travail*. Toulouse: Éditions Érès; 2011a;

Lhuillier D. Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In: Bendassolli PF, Soboll LAP, organizadores. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011b; p. 22–58.

Liang Y, Wang H, Tao X. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). *International Journal for Equity in Health*. 2015; v.14, n.1, p.1-12. Disponível em:

<http://www.equityhealthj.com/content/14/1/85>. Acesso em 12 de outubro de 2015.

Lima AFC, Kurcgant P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; v.40, n.1, p.111-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100016. Acesso em 14 de março de 2014.

Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scand J Caring Sci*. 2004; v.18, p.145–53.

Lorenz VR, Benatti MCC, Sabino MO. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2010 Dez [citado 2015 Nov 8]; v.18, n.6, p.1084-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600007&lng=pt.

Lourenço KG, Castilho V. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. *Rev Bras Enferm*. 2007; v.60, n.1, p.15-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100003. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

Maeno M, Paparelli R. O trabalho como ele é e a saúde mental do trabalhador. In: Silveira MA, organizador principal, Sznelwar L, Kikuchi LS, Maeno M, organizadores. *Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável*. Campinas: CTI (Centro de Tecnologia da Informação “Renato Archer”); 2013; p.145-66.

Malinauskiene V, Einarsen S. Workplace bullying and post-traumatic stress symptoms among family physicians in Lithuania: an occupation and region specific approach. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [1232-1087]. 2014; v.27, iss:6, p.919-32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25503894>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

McCaffrey G. Host and guest : an applied hermeneutic study of mental health nurses' practices on inpatient units. *Nursing Inquiry*. 2014; v.21, n.3, p.238-45. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=23&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 10 de setembro de 2015.

Mello SCB, Sá C. Tecendo uma virtuosa "colcha de retalhos": a constituição e interpretação de um corpus linguístico num estudo sobre reflexividade e articulação empreendedora. *Rev. Adm. Pública*. 2006; v.40, n.3, p.385-

410. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 de setembro de 2015.

Mendes TT, Seligmann-Silva E. Desgaste mental relacionado ao trabalho: um estudo de caso. In: Simonelli AP, Rodrigues DS, organizadoras. *Saúde e Trabalho em debate*: velhas questões, novas perspectivas. Brasília (DF): Paralelo 15; 2013; p.325-56.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 12ªed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Minayo MCS, Delandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 32ªed. Petrópolis: Vozes; 2012.

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 Abr [citado 2015 Nov 08]; v.19, n.2, p.340-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=pt.

Molinier P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2008; v.33, n.118, p. 6-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000200002. Acesso em 12 de março de 2013.

Molinier P. *O trabalho e a psiquê: uma introdução à psicodinâmica do trabalho*. Tradução de Frank Soudant. Brasília: Paralelo 15; 2013.

Mori ALPM, Heimann JC, Dórea EL, Bernik MMS, Storpirtis S. Pharmaceutic guidance to hypertensive patients at USP University Hospital: effect on adherence to treatment. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2010; v.46, n.2, p.353-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-82502010000200023&script=sci_arttext. Acesso em 10 de abril de 2014.

Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; v.22, n.1, p.131-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000100014&script=sci_arttext. Acesso em 10 de abril de 2014.

Nogueira RP. O trabalho em serviços de saúde. In: Santana JP, organizador. *Organização do cuidado a partir de problemas*. Brasília (DF): OPAS; 2000.

Oliveira JAS, Alchieri JC, Pessoa Júnior JM, Miranda FAN, Almeida MG. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; v.47, n.4, p.984-89. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400984. Acesso em 15 de maio de 2014.

Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova Iorque: 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 23 de novembro de 2015.

Osório C, Rotenberg L, Araújo TM, Soares R. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011; p.83-110.

Pai DD, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. *Esc. Anna Nery*. 2011; v.15, n.3, p. 524-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300012&script=sci_arttext. Acesso em 12 de fevereiro de 2014.

Paschoal MLH, Castilho V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm da USP*. 2010; v.44, n.4, p.984-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400018. Acesso em 15 de março de 2014.

Pertence PP; Melleiro MM. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm da USP*. 2010; v.44, n.4, p.1024-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400024&script=sci_arttext. Acesso em 27 de abril de 2014.

Pieterzack C. A interpretação em Paul Ricoeur: uma discussão para a reformulação da hermenêutica [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2009. Disponível em: http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2707. Acesso em 9 de novembro de 2015.

Pontes SK. Relações entre saúde e trabalho. In: Silveira MA, organizador principal, Sznclwar L, Kikuchi LS, Maeno M, organizadores. *Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável*. Campinas: CTI (Centro de Tecnologia da Informação "Renato Archer"), 2013; p.125-41.

Pougnet R, Pougnet-Di Constanzo L, Kerrien M, Jousset D, Loddé B, Dewitte JD, Garlantezec R. Occupational factors for mood and anxiety disorders among junior medical doctors. *Med Lav*. 2015 Sep 9; v.106, n.5, p.386-93. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search

_mode=GeneralSearch&qid=23&SID=3DVFEaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 19 de outubro de 2015.

Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LHA, Mayer R, Pires A, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução de Ana Cristina Nasser. 3ªed. Petrópolis: Vozes; 2008. p.215-335.

Renault E. Autonomie et identité au travail. *Travailler*. 2013 ; v.1, n.30, p. 125-145.

Ricoeur P. *A metáfora viva*. Porto: Rés Editora; 1983.

Ricoeur P. *Do texto à ação*. Porto: Rés Editora; 1989.

Ricoeur P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.

Ricoeur P. *O conflito das interpretações: ensaios de hermenêutica*. Rio de Janeiro: Imago; 1978.

Ricoeur P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus; 1997; Tomo III.

Ricoeur P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70; 1976.

Ruitenburg MM, Frings-Dresen MHW, Sluiter, JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Aug 31; v.12, p.292-8. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/292/>. Acesso em 13 de setembro de 2015.

Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Ago [citado 2015 Nov 8]; v.15, n.5, p.2345-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500010&lng=pt.

Saint-Arnaud L; Vézina, M. L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*. 2011; v.1, n.25, p.119-28. Disponível em: http://www.integration-travail.fse.ulaval.ca/fichiers/site_chaire_ipept/documents/Texte_Louise/SM_et_travail_emotionnel_vezina_St-Arnaud_2011.pdf. Acesso em 12 de fevereiro de 2012.

Saint-Jean M, Maranda MF, Rhéaume J. Réorganisation du travail et action syndicale - défis et paradoxes. Dans Carpentier-Roy MC, Vézina M, directeurs.

Le travail et ses malentendus: enquêtes en psychodynamiques du travail au Québec. Québec: Octarès et Les Presses de l'Université Laval.; 2000; p.53-79.

Sala A, Parreira SMCP. O trabalho no setor hospitalar: adoecimentos e afastamentos por motivo de saúde. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011; p.151-70.

Salerno MS, organizador. *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac; 2001.

Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VH. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2009; v.62, n.6, p.856-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600009. Acesso em 22 de março de 2014.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface Comun. Saúde Educ*. 1997; v.1, n.1, p.123-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 22 de março de 2013.

Seleglim MR, Mombelli MA, Oliveira MLF, Waidman MAP, Marcon SS. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; v.33, n.3, p.165-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472012000300022&script=sci_arttext. Acesso em 10 de novembro de 2013.

Sennett R. *A Corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Record; 1999.

Shawa JM, Brown RF, Dunna SM. A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Education and Counseling*. May 2013; v.91, iss.2, p.243-48. Disponível em: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00454-5/fulltext](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00454-5/fulltext). Acesso em 13 de outubro de 2015.

Silva GSN. *A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-19042007-133348/>. Acesso em 9 de novembro de 2015.

Siqueira, PFQ. *A hermenêutica de Paul Ricoeur: da poética à teoria da narrativa e à identidade narrativa* [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da USP. 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-27082010-095000/>. Acesso em 9 de novembro de 2015.

Sloan A, Bowe B. Phenomenology and hermeneutic phenomenology: the philosophy, the methodologies, and using hermeneutic phenomenology to

investigate lecturers' experiences of curriculum design. *Quality and Quantity*. 2014; v.48, iss.3, p.1291-303. Disponível em: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=26&SID=3DVF EaCh7ZOCWVWBOEI&page=1&doc=1. Acesso em 10 de agosto de 2015.

Soares A. Un phénomène au pluriel: les violences. *L'effectif*. 2001; v.4, n.4, p. 26-33. Disponível em: https://angelosoares.uqam.ca/upload/files/Articles-sans-comites-de-lecture/Un_phenomene_au_pluriel_les_violences.pdf. Acesso em 13 de fevereiro de 2013.

Stake RE. *Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Tradução de Karla Reis. Porto Alegre: Penso; 2011.

Sznelwar L, Uchida S, Lancman S. A subjetividade no trabalho em questão. *Tempo Social*. 2011; v.23, n.1: p.11-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02>. Acesso em 10 de janeiro de 2012.

Sznelwar L, Lancman S, Santos MC, Wu MJ, Alvarinho E. Análise do trabalho e serviço de limpeza hospitalar: contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*. 2004; v.14, n.3, p.45-57. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0374.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2012.

Sznelwar L, Uchida S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*. dez. 2004; v.14, n.3, p.87-98. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 8 de novembro de 2015.

Tanner G, Bamberg E, Kozak A, Kersten M, Nienhaus A. Hospital physicians' work stressors in different medical specialties: a statistical group comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2015; v.10, n7. Disponível em: <http://www.occup-med.com/content/10/1/7>. Acesso em 13 de novembro de 2015.

Uchida S, Lancman S, Sznelwar L. Aspects épistemologiques et méthodologiques de la psychodynamique du travail. *Travailler*. 2011; v.25, p. 29-44. Disponível em: https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=TRAV_025_0029. Acesso em 15 de setembro de 2014.

Universidade de São Paulo. *Anuário Estatístico 2014*. São Paulo: 2014. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/anuario/AnuarioControle>. Acesso em 10 de agosto de 2015.

Vijendren A, Yung M, Sanchez, J. Occupational health issues amongst UK doctors: a literature review. *Occupational Medicine*. 2015; v.65, p. 519-28.

Disponível em: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/65/7/519.full>. Acesso em 15 de novembro de 2015.

Wang JN, Sun W, Chi TS, Wu H, Wang L. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among chinese doctors: a cross-sectional survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. December 2010; v.83, iss.8, p.905-11. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00420-010-0508-4>. Acesso em 7 de outubro de 2015.

Wilson AM. Mentoring student nurses and the educational use of self: a hermeneutic phenomenological study. *Nurse Educ Today*. 2014 Mar; v.34, n.3, p.313-18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23816481>. Acesso em 3 de julho de 2015.

Wu H, Liu L, Wang Y, Fei G, Xue Z, Wang L. Factors associated with burnout among chinese hospital doctors: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013; v.13, iss.786. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/786>. Acesso em 4 de outubro de 2015.

Wu H, Zhao Y, Wang JN, Wang L. Factors associated with occupational stress among chinese doctors: a cross-sectional survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. February 2010; v.83, iss.2, p.155-64. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00420-009-0456-z>. Acesso em 4 de outubro de 2015.

Yasuaki, S. Effects of work burden, job strain and support on depressive symptoms and burnout among japanese physicians. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. [1232-1087] 2014; v.27, iss.6, p.980-92. Disponível em: <http://ijomeh.eu/Effects-of-work-burden-job-strain-and-support-on-depressive-symptoms-and-burnout-among-japanese-physicians,2125,0,2.html>. Acesso em 7 de novembro de 2015.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS, organizador. *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac; 2010.

Zarifian P. O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: Senac; 2003.

Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS, organizador. *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac; 2001.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE PESQUISA / DOUTORADO SANDUÍCHE NO EXTERIOR (SWE)⁵⁴.

Conforme aprovado e acordado previamente entre a orientadora da Tese de Doutorado e Coordenadora do Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho (LIIST - FMUSP) e a Coordenação da equipe de pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho e da Ação (CNAM – Paris), entre 08 de setembro de 2014 e 20 de fevereiro de 2015 foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Acompanhamento das reuniões quinzenais do Laboratório “*Psicodinâmica do Trabalho e da Ação*” (incluindo o seminário temático “*Clínica do trabalho e evolução do direito*”);
- Acompanhamento do curso de especialização em Psicopatologia do Trabalho;
- Acompanhamento da disciplina Psicopatologia e Clínica do Trabalho;
- Seminários temáticos quinzenais junto aos alunos de mestrado que tinham como objetivo a discussão sobre a construção de projetos de pesquisa e a produção de conhecimento científico;
- Acompanhamento de uma intervenção em Psicodinâmica do Trabalho em curso: participação nas supervisões para discussão do processo em andamento e planejamento das próximas ações;
- Supervisões mensais com o professor Christophe Dejours para discussão da tese de doutorado e demais assuntos pertinentes ao estágio doutoral;
- Participação na reunião do Laboratório Internacional de Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho, ocorrida no dia 05 de dezembro de 2014. Tal associação que agrega especialistas em psicodinâmica do trabalho, inseridos em diversas áreas do conhecimento (psicologia, psicanálise, ergonomia, medicina do trabalho, terapia ocupacional, etc) e de diversos países (França, Brasil, Argentina, Canadá, Portugal, etc);
- Realização de uma entrevista sobre o tema “Saúde Mental e Trabalho” junto ao Prof. Christophe Dejours. Tal entrevista foi efetivada com o apoio

⁵⁴ Trata-se de parte do relatório apresentado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq- Brasil.

- da Profa. Selma Lancman, orientadora da presente tese. Planeja-se publicá-la numa edição especial da Revista de Terapia Ocupacional da USP, prevista para o ano de 2016, que versará sobre o tema “Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional”;
- Coautoria na produção de um artigo científico a ser publicado na revista “Champ Psy”. Tal parceria foi feita junto a outra doutoranda do Laboratório “Psicodinâmica do Trabalho e da Ação”, CNAM, Paris – FR, orientanda do Prof. Christophe Dejours (Barros, JO; Debout, F. L’engagement subjectif dans le maintien en vie de l’autre. *Champ Psy*, 2014. ISSN: 2273-1571).
 - Participação em três eventos científicos:
 - Corps et Narcissisme - 12eme Congrès de L’association CORPS et PSYCHE. 2014. (Congresso ocorrido na cidade de Dijon - FR).
 - Colloque international: Emotions et travail: quels apports des sciences sociales? 2014. (Colóquio internacional ocorrido na cidade de Paris – FR).
 - Les perspectives de la démocratie face aux transformations du capitalisme: un dialogue avec Jürgen Habermas. 2014. (Colóquio Internacional ocorrido na cidade de Paris).
 - Visita à Clínica Psiquiátrica de Cour-Cheverny mais conhecida como “Clinique de La Borde”. Fundada em 1953 pelo psiquiatra Jean Oury, trata-se de uma referência mundial em relação ao desenvolvimento da corrente teórico-prática da Psicoterapia Institucional;
 - Discussão e avanço na interpretação dos achados da pesquisa de doutorado intitulada “*Processos Decisórios e Subjetividade: Desafios Cotidianos do Trabalho de Médicos inseridos no Pronto Socorro de um Hospital Universitário do Município de São Paulo*”, subsidiada por todas as atividades desenvolvidas durante o período do estágio no exterior e, supracitadas. O trabalho apresentado à equipe do laboratório francês, que aponta parcialmente tais avanços, encontra-se a seguir. É importante ressaltar que no momento da qualificação da tese, foi sugerida mudança do título do trabalho. O título utilizado na apresentação a seguir ainda

possui caráter provisório. Caso se confirme como definitivo, passará por nova aprovação do comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e do HU - USP.

Présentation de Thèse : Juliana de Oliveira Barros
Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo (Brésil)
Doctorat en Sciences de la Réhabilitation
Directrice de Thèse : Selma Lancman

Financement du séjour à Paris par le Programme « Sciences sans Frontières »
Conseil National de Développement Scientifique et Technologique (CNPq –
Brésil)

Titre provisoire de la thèse

*« L'autorité fondée sur le travail vivant comme un aspect central de la
construction de la santé: Le cas des chefs de garde d'un hôpital public de la
ville de São Paulo — Brésil »*

1 – Introduction :

D'abord, je voudrais vous remercier, spécialement M. Dejours, pour la possibilité d'avoir un espace parmi vous pour partager mon travail de recherche, y compris mon parcours, mes doutes, mes difficultés et mes attentes.

Ensuite, il faut m'excuser d'avance par rapport aux erreurs de langue que je peux commettre. Essayer de présenter mes idées et d'être claire en parlant une langue qui n'est pas ma langue maternelle, c'est vraiment un gros défi, et ce surtout devant une équipe aussi compétente.

Par rapport à la présentation, je l'ai organisée en différentes parties. Bien sûr que la réalité, c'est-à-dire, le vécu, les expériences et la pensée ne sont pas linéaires, mais j'ai quand même essayé de regrouper les thèmes qui à mon avis se ressemblaient ou, en tout cas, avaient un rapport.

Tout d'abord, je vous présenterai mon parcours académique et professionnel ainsi que les raisons qui m'ont amenée à faire une thèse. Ensuite, je parlerai des exigences d'un parcours de thèse au Brésil, qui ne sont pas les mêmes qu'en France et qui, à mon avis, apportent des défis pour déclencher une recherche en clinique du travail.

Enfin j'aborderai mon objet de recherche, la population étudiée, le service où j'ai eu la possibilité d'entrer, la méthode, les données qui ont été trouvées sur

le terrain, mes hypothèses, et les possibilités pour terminer la recherche (parce que j'ai encore dix mois pour la finir, donc vos avis et vos suggestions seront très bienvenus).

2 – Mon Parcours :

Je vais vous expliquer mon parcours à partir de trois différents points : ma formation ; mes expériences comme praticienne et, finalement, mon actuelle expérience de travail à partir de laquelle j'ai pu faire connaissance avec la psychodynamique du travail et, finalement, arriver à faire une thèse.

J'ai choisi de détailler certains aspects du mon parcours parce que lui, il n'est pas si long et peut-être parce que c'est la première fois que j'ai vraiment l'opportunité de me présenter auprès de certains d'entre vous. En plus, si on commence un partenariat de travail pour les prochaines années, comme M. Dejours l'a dit la dernière fois, il serait intéressant que vous connaissiez ma trajectoire professionnelle. J'ai déjà eu l'opportunité de vous écouter pendant les réunions du Laboratoire, donc, rien de plus normal que l'échange avance.

- **Par rapport à ma formation :**

J'ai obtenu mon diplôme en ergothérapie en 2006. J'ai suivi cette formation à l'Université de São Paulo. Là-bas, la formation en ergothérapie dure 4 ans à temps plein.

L'ergothérapie c'est un métier qui appartient au domaine des sciences de la santé, mais il s'agit en réalité d'une formation particulièrement éclectique. Nous avons des cours dans le domaine de la médecine (l'anatomie, la physiologie, la génétique, l'orthopédie, etc.) ; celui de la psychologie (du développement, social et du travail) ; celui de la politique de santé publique, et, bien sûr, les cours d'ergothérapie (appliquée à la santé mentale, à la santé au travail, à la santé physique, etc.).

Les stages sont obligatoires pendant les années de formation et heureusement, ceux-ci sont directement proposés par la fac. Les laboratoires de la fac d'Ergothérapie ont plusieurs partenariats avec des services de santé et ils sont obligés de nous offrir une formation pratique. Ce ne sont pas les étudiants

qui cherchent leur stage. Les postes pour les stagiaires existent déjà, il s'agit donc de calibrer le nombre de postes par rapport au nombre d'étudiants.

Il faut dire que, au-delà de la santé physique ou de la réhabilitation fonctionnelle (peut-être les domaines dans lesquels les ergothérapeutes de France sont plus engagés), en général, l'objet de travail des ergothérapeutes c'est la vie quotidienne des gens. Donc, malgré un handicap physique, psychique, un problème social, la vieillesse, par exemple, le plus important c'est comment ces vies-là, ces êtres humains-là peuvent avoir une place dans la société. Comment peuvent-ils travailler ? Comment peuvent-ils trouver un sens à leur propre vie ?

Nos outils, les plus importants, sont les activités humaines, « le faire humain ». Pas n'importe quelle activité, mais celle qui a du sens pour la personne que nous sommes en train de soigner : comme s'habiller, se déplacer de façon autonome, occuper un poste de travail, réussir à être dans le milieu familial, avoir des amis, aller à une expo, etc. C'est un domaine assez large, mais les besoins des gens sont aussi assez larges, donc les ressources thérapeutiques sont créées au fur et à mesure des besoins de ceux que l'on prend en charge.

En reprenant mon parcours, la plupart de mes stages sont passés dans le domaine de la santé mentale, celle des enfants et celle des adultes.

À la fin de la formation en ergothérapie il fallait ainsi faire un mémoire pour obtenir le diplôme. Je l'ai fait sur le thème de la santé mentale. Pour résumer, j'ai discuté le rôle des réseaux sociaux dans la réussite du traitement des malades mentaux, surtout dans la perspective de la réhabilitation psychosociale (créée par Benedetto Saraceno, l'ancien directeur du département de santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé) et adoptée aussi comme cadre de référence pour la réforme psychiatrique au Brésil, thème qu'on a discuté lors de la dernière réunion du laboratoire .

Ensuite, en 2007, j'ai commencé une formation pour obtenir un certificat en santé mentale pluridisciplinaire dans un hôpital de jour. Au Brésil, les hôpitaux de jour portent le nom de « Centre d'attention psychosocial ». Je n'ai pas terminé la formation pour des raisons idéologiques. Je n'étais pas d'accord avec les pratiques adoptées par le service où j'avais commencé la formation.

Heureusement, j'ai ensuite commencé mon master à la Faculté de Médecine de l'Université de São Paulo. Je l'ai conclu en 3 ans (entre 2007 – 2010). Dans le mémoire du master (au Brésil on appelle ça « dissertation »), j'ai continué à travailler sur la réforme psychiatrique Brésilienne. J'ai étudié comment les professionnels faisaient, dans les services territoriaux, pour démarrer les actions de soin des malades mentaux en suivant les orientations de la politique de santé mentale publique brésilienne. Même s'il y avait des prescriptions et un concept en disant ce qui était un soin de qualité, ce que l'on pourrait considérer comme une bonne pratique, en réalité, avec les ressources dont disposaient ces professionnels, quelles étaient les vraies possibilités de mettre en place les orientations prévues.

- Par rapport à mes expériences comme praticienne :

En même temps que j'ai commencé à faire mon master, c'est-à-dire, en 2007, j'ai commencé aussi ma vie professionnelle en tant que praticienne. J'ai pris un poste d'ergothérapeute dans un service de santé mentale. J'y suis restée 1 an et 4 mois, dont 9 mois, pendant lesquels j'ai occupé un poste de cadre.

Ensuite, j'ai travaillé comme assistante de recherche dans une autre école de médecine, assez connue, de la ville de São Paulo. C'était un poste temporaire, où je suis restée pendant 1 an. On a mis en place des recherches qualitatives dans le domaine de la santé publique de São Paulo. J'ai participé à une immense recherche sur la population en situation de vulnérabilité, c'est-à-dire, les prostitués, les immigrés, les malades mentaux et les travestis qui habitaient au centre-ville. La recherche avait reçu un financement de l'Union européenne et à la fin de ce processus on a publié un livre avec ses résultats.

Après ça, j'ai travaillé pendant 2 ans dans un service qu'on appelle au Brésil de service de santé primaire. C'est un service qu'appartient au système de santé publique brésilien et qui doit résoudre la plupart des maladies de la population. Donc, c'est un service généraliste par essence, accessible à toutes les catégories de population et à tout type de problème de santé. J'ai occupé un poste d'ergothérapeute, spécialiste en santé mentale. J'ai formé un binôme avec un psychologue psychanalyste. On faisait beaucoup de consultations à domicile

parce que, la plupart des malades mentaux ne réussissaient pas à sortir de chez eux.

Après cette expérience-là, j'ai coordonné, pendant 1 an, une maison pour les malades mentaux. C'était l'expérience la plus folle et la plus forte de ma vie professionnelle en ce qui concerne la proximité avec la folie. L'expérience de participer du processus d'aménagement des personnes qui habitaient dans un hôpital psychiatrique pendant 10, 20 ou même une trentaine d'années c'était vraiment remarquable.

Par contre, être la seule professionnelle expérimentée dans le domaine de la santé mentale n'était pas du tout facile. Pour soigner des malades, je faisais la coordination d'une équipe de 7 personnes sans aucune formation en santé mentale. Au-delà des heures présentes, j'avais un portable qui restait allumé 24 heures sur 24 (y compris le samedi, le dimanche, et les jours fériés) et, si j'étais appelée (dans les cas où les soignants n'arrivaient pas à régler une situation de conflit), je devais y aller toute de suite. Je suis presque tombée malade. La charge de travail était incroyable et la proximité extrême avec la folie, sans conditions minimales de travail, rendaient donc la tâche insurmontable.

- Arriver à faire une thèse et adopter la psychodynamique du travail comme cadre théorique :

Donc, pour clore cette partie, à la fin de 2009 j'ai passé un concours pour devenir assistante de professeur à l'Université de São Paulo. En février 2010 j'ai commencé à travailler avec Selma Lancman. En fait, travailler dans un laboratoire dans le domaine de la santé au travail n'était pas mon premier choix. Ma première option était de travailler dans un laboratoire dans le domaine de la santé mentale. Mais, la candidate qui a obtenu la première place au concours a pris ce poste-là.

Du coup, avant que je puisse prendre ma place, Selma qui me connaissait déjà (elle était au jury de mon master) a fixé un rendez-vous avec moi, et c'est à cette occasion qu'elle m'a invitée à travailler avec elle. Nos parcours professionnels se ressemblaient et elle, avant moi, a vu la possibilité d'un rapprochement entre moi et le domaine de la santé mentale et le travail.

En 2011 (1 an après que je suis entrée au laboratoire) j'ai participé à ma première enquête en psychodynamique du travail et, je dis toujours que cela a été un coup de cœur. Certaines situations que j'avais vécues et certains aspects de la santé mentale que j'avais étudiés commençaient à prendre sens. Et j'ai même pu commencer à comprendre des situations qui étaient arrivées chez moi, comme lorsque mon père s'est retrouvé au chômage.

Donc, après tout cela, j'ai décidé d'envisager le doctorat comme une opportunité d'approfondir mes connaissances dans une théorie qui me semblait avoir une résonance importante avec ma vie professionnelle et ma vie personnelle.

Aujourd'hui, au sein du laboratoire au Brésil, je suis fonctionnaire et je travaille 30 heures par semaine. Là-bas, je me charge des activités de recherche et de la supervision des stages (c'est-à-dire que je passe au moins 4 heures toutes les semaines avec les élèves en ergothérapie qui sont en stage dans le domaine de la santé au travail). J'ai quelques cours aussi (dans une discipline du domaine de l'ergothérapie, la santé et le travail, coordonné par Selma) et, je joue également un rôle de praticienne (en donnant des consultations en ergothérapie dans le service de santé au travail de l'Université de São Paulo pour enseigner aux étudiants en ergothérapie).

3 - Le parcours doctoral au Brésil :

Selon le Conseil National de Santé du Brésil, il faut soumettre tous les projets de recherche dans lesquels l'être humain est au centre d'investigation, à un organisme qu'on appelle de « Comité d'éthique pour les analyses de projet de recherche ». Donc, la majorité des facultés de médecine et des institutions hospitalières ont leur propre comité d'éthique. Les évaluateurs qui s'y trouvent sont des professeurs et des chercheurs qui appartiennent à l'institution concernée. Dans cet organisme, l'accent des évaluations est mis sur les aspects méthodologiques du projet de recherche

Cette mesure sert à protéger l'intégrité, la santé et l'identité des personnes qui acceptent d'être sujets de recherche. Du coup, les chercheurs sont obligés, après l'approbation du projet par le comité d'éthique à notifier verbalement et par écrit tous qui vont participer de la recherche en tant que sujet de recherche.

À mon avis, une telle mesure protège les gens de chercheurs qui sont plutôt au service des industries pharmaceutiques ou même de recherches génétiques. Par contre, cela empêche d'autres chercheurs d'utiliser les informations de cas cliniques qui ont déjà été accompagnés, par exemple, pour faire une recherche ou même pour publier et partager la connaissance, dans une revue considérée comme « bonne » pour la communauté scientifique.

Donc, quand on commence une thèse au Brésil dans le cadre d'une faculté de médecine, comme c'est mon cas, nous sommes d'abord presque obligés d'avoir un projet de thèse même sans être certain si la demande de recherche existe ou pas. Le sujet de recherche est toujours là, c'est-à-dire mes idées mes envies et tout qui me mobilise à faire une recherche. Mais, quand même, on n'est pas sûre s'il pourra ou pas devenir un objet de recherche, dans un cadre scientifique.

Au moment où l'on commence le processus doctoral, le plus important est de faire les heures de cours (il y a un nombre minimum que chaque doctorant doit faire) et améliorer le projet pour qu'il puisse passer sans aucun problème par le comité d'éthique.

L'écart temporel entre l'entrée au doctorat et le passage du projet au comité d'éthique « doit être » le plus court possible, parce que c'est seulement après l'approbation par le comité d'éthique qu'on peut vraiment déclencher le travail sur le terrain. Et en plus, il est dit « qu'il ne faut pas prendre trop de temps pour réaliser une thèse ». C'est-à-dire, si le doctorant fait une thèse dans une période courte de temps (plus ou moins 3 ans) le programme doctoral sera mieux classé nationalement et il sera plus compétitif par rapport aux autres programmes doctoraux. Malheureusement cela a également beaucoup d'influence dans les trajectoires de thèse.

Donc, dans le cadre d'une thèse plutôt qualitative dans le domaine de la santé, nous sommes souvent plus proches d'une démarche ethnographique en sachant qu'il n'existe parfois pas de demande d'un groupe spécifique.

On sait que faire une recherche en clinique du travail exige du temps pour la construction d'une demande. Il faut mettre du temps pour rendre la demande claire et explicite. Il s'agit là, du coup, d'un des principaux moments pour

démarrer une action en clinique du travail et pour trouver ensuite les vraies expressions du vécu subjectif au travail.

Même en prenant le risque de ne pas avoir accès à la souffrance, au plaisir et aux stratégies collectives de défense à cause de l'absence d'une demande claire, on démarre la recherche. À mi-chemin, on « triche » pour surmonter ces contraintes initiales. Mais malheureusement, je pense que je ne peux pas « classifier » ma recherche, personnellement, comme une recherche clinique classique, mais comme quelque chose « intermédiaire », c'est-à-dire, comme une recherche qui se trouve entre une démarche ethnographique et une démarche clinique.

4 – La recherche de doctorat :

Il faut préciser qu'aujourd'hui je ne vais pas présenter l'ensemble de ma thèse. Pour la discuter avec vous j'ai préféré mettre l'accent sur les données que j'ai trouvées sur le terrain et sur mes interprétations par rapport à celles-ci. Je vais vous raconter aussi le chemin méthodologique que j'ai parcouru pour développer ma recherche.

D'abord, il faut savoir que la psychodynamique du travail est mon seul cadre théorique de référence jusqu'à maintenant. Peut-être qu'il faudra que j'en ajoute d'autres après notre discussion ... mais on va le découvrir ensemble.

Lors des derniers mois, je me suis surtout penchée sur trois œuvres : le tome II du « Travail vivant » ; une sélection de textes de C. Dejours qui est sortie au Brésil avec le nom de « De la psychopathologie à la psychodynamique du travail » et « Souffrance en France ».

- **Le contexte dans lequel j'ai mis en place le travail sur le terrain :**

Il y a plus de 10 ans que le laboratoire où je me trouve au Brésil met en place des recherches par rapport à la santé mentale des professionnels de santé : médecins, infirmières, aides-soignants, etc. Au-delà du fait que je suis aussi une professionnelle de santé et comprendre mieux le travail dans ce domaine m'intéresse, ce fait-là m'a beaucoup influencé lors du choix du mon contexte de recherche.

On a un partenariat de travail de plus de 15 ans avec l'Hôpital Universitaire (HU) qui dépend administrativement à l'Université de São Paulo. C'est un hôpital situé à l'université de São Paulo et qui s'occupe de la santé de la population qui habite autour autant que de ses travailleurs et de ses élèves. Pour ceux qui ne connaissent pas, le principal campus de l'Université de São Paulo est situé à l'ouest de la ville. Il couvre une superficie de 6.83 kilomètres carrés.

C'est un hôpital de taille moyenne. On y trouve à peu près 300 médecins (sans compter les élèves de la fac de médecine, les médecins résidents et tous les autres personnels : infirmières, professionnels au domaine de la réhabilitation, le personnel administratif, les équipes de ménage et de sécurité, etc.). Comme tous les autres professionnels, ces médecins-là tiennent leur poste pendant beaucoup de temps : ils sont tous ou, pour la plupart, fonctionnaires. Ces médecins y restent généralement pour une durée moyenne de 16 ans.

Une autre chose importante à dire c'est qu'ils ont la possibilité d'ajouter à leur travail en tant que cliniciens des activités de recherches et d'enseignement. Leur formation, faite en majorité à l'Université de São Paulo, est diversifiée : on y trouve des chirurgiens, des pédiatres, des généralistes, etc. Le service d'urgence de cet hôpital-là est ouvert 7 jours sur 7 et il reçoit, par jour, entre 800 et 1000 personnes.

- La méthode :

Initialement j'avais pensé que le fait d'être dans un hôpital universitaire pouvait faciliter mon approche de la population sur laquelle je voulais développer ma recherche : les médecins-urgentistes. Je souhaitais comprendre comment la dialectique entre les aspects de l'intelligence pratique, de la rationalité subjective et de la rationalité instrumentale se posaient dans un métier qui a comme but celui de sauver la vie des gens et qui implique donc, à chaque instant de prendre des décisions sur le futur des autres. Et, bien sûr que l'idéal serait de faire cela avec un groupe de médecins volontaires qui avaient des questions par rapport à la souffrance au travail.

Mon plan de travail ne s'est pas passé comme prévu... peut-être parce que n'il y avait pas de demande de la part des urgentistes. Même si leur directeur m'avait autorisé à mettre en place la recherche, cela n'était pas suffisant. Du

coup, j'avais déjà un projet approuvé par le comité d'éthique, j'avais déjà fait toutes les cours qu'il fallait... Et le temps était toujours là, pour me rappeler qu'il fallait avancer. Je me trouvais, donc, totalement bouleversée par rapport à ce que je devais faire pour poursuivre la recherche.

Après avoir parcouru un immense chemin en parlant avec plusieurs directeurs de l'hôpital, j'ai découvert qu'il y avait un groupe formé par à peu près 16 personnes qui, peut-être, pouvait m'intéresser. Ce groupe de professionnels-là était connu comme « **Les chefs de garde** ».

En gros, j'avais entendu dire que les activités de travail prévues pour le poste de chef de garde étaient un peu mélangées : c'était en fait, un poste de cadre administratif, mais, malgré cela les médecins qui s'y trouvaient devaient tout de même prendre des décisions en tant que cliniciens.

En essayant à comprendre quel était vraiment le travail de ces médecins et en sachant qu'ils n'étaient pas nombreux, j'ai pris leurs contacts et, je les ai invité à participer à une réunion pour que je puisse les connaître, leur présenter mes idées et aussi, pour savoir s'il existait une demande de recherche.

J'ai échoué. Ni en groupe ni individuellement, personne ne m'a répondu après trois semaines de tentatives. Après cela, j'ai donc choisi de commercer à créer des contacts individuels et, de cette façon, j'ai réussi à m'approcher de quelques-uns d'entre eux. J'ai réussi à faire 7 entretiens individuels.

Au début de chaque entretien, je leur ai expliqué qui j'étais et quels étaient mes objectifs. En plus, je leur ai présenté l'autorisation du comité d'éthique parce qu'il fallait prendre leurs signatures, et je leur ai demandé aussi si je pouvais enregistrer les entretiens. Pour moi c'était plus facile d'être là avec eux, en interaction directe, sans prendre énormément de notes. À la fin de chaque entretien, j'ai rédigé des notes (les choses qui avaient attiré mon attention, mes impressions, etc.).

J'avoue que certains entretiens ont été un peu plus difficiles parce que je n'étais pas sûre moi-même de pouvoir prendre une place de clinicienne ou pas... parce que, quand on fait de la recherche qualitative pure, c'est-à-dire, quand d'abord la recherche est structurée sans une demande et donc, la posture est plus près de l'ethnographie, c'est vraiment compliqué de se positionner. Dans

une recherche purement qualitative, ce n'est pas permis de se prononcer et prendre le risque d'influencer la parole des autres.

J'ai développé une grille des questions de façon à m'orienter au cours des entretiens. Au-delà des données d'identification (l'âge, leur formation, leur temps de formation, leur temps dans cet hôpital-là et dans le poste de chef de garde, etc.), je leur ai posé les questions suivantes :

- Quelle est votre mission en tant que chef de service à l'HU — USP ? (Le travail effectué, dans quelle sorte de situations ils étaient appelés et par qui, etc.).
 - Avez-vous choisi de jouer ce rôle ? Dans le cas contraire, comment êtes-vous arrivés à occuper ce poste ?
 - Travaillez-vous seul ? Quels sont les ressources (humaines et matérielles) sur lesquelles vous pouvez compter dans le développement de votre travail ?
 - Pouvez-vous me raconter certains cas, ou des expériences vécues dans ce contexte de travail en étant chef de garde qui vous ont fait « perdre le sommeil » ?
 - Vous pouvez me signaler certains cas/expériences vécues dans ce contexte de travail en étant chef de garde que vous considérez comme une « réussite » ?
- Les résultats :

Je vais vous présenter des extraits de mes résultats ou plutôt, ceux qui me semblaient les plus importants et qui j'espère, vont m'aider à soutenir mes analyses.

- La population étudiée : Qui est-elle ? Dans quoi travaille-t-elle ? Concrètement, quel est son métier ?

Tous les chefs de garde qui ont participé aux entretiens ont déjà fini leurs formations en médecine depuis, au minimum, 18 ans. Ils sont cliniciens dans plusieurs spécialités (chirurgie, gynécologie, oncologie, etc.). Quelques-uns

d'entre eux ont une formation en gestion de santé. Ils avaient l'âge entre 43 et 59 ans. Ils étaient dans ce milieu de travail depuis au minimum 11 ans.

Tous les chefs de garde occupent ce poste 1 fois par semaine, c'est-à-dire, 1 jour ou 1 nuit par semaine, pendant 12 heures consécutives. Pour les week-ends et les jours fériés, un planning est prévu.

Ils ont une charge horaire hebdomadaire de 24 heures et ils font toujours des heures supplémentaires dans leurs spécialités. Donc, s'ils occupent la moitié de leur charge horaire en tant que chefs de garde, et pendant le temps qui reste, ils font des consultations à l'hôpital.

Par rapport à leur travail, ils m'ont dit qu'ils étaient les représentants de la direction générale de l'hôpital pendant la période de garde. Selon eux (je cite), *« en gros, on essaye de faire que le service d'urgence et tous les autres secteurs de l'hôpital fonctionnent de façon régulière et continue, avec le but d'améliorer l'efficacité de l'attention en santé offerte ici. On doit évaluer s'ils existent les conditions matérielles et humaines pour que tout le monde réussisse à travailler. Ce n'est pas notre intention d'arriver vers d'un cas clinique et évaluer si le médecin qui s'en occupe a fait un bon boulot. J'y suis pour assurer que sa conduite se passe comme elle était prévue » (fin de la citation).*

En général, leur travail consiste à : libérer l'utilisation, louer ou acheter des matériaux et des outils très coûteux au cas où (un médicament, un examen, etc.) ; régler l'occupation des lits d'hôpitaux ; faire la médiation des conflits des équipes ; écouter les patients et leurs familles qui veulent se plaindre ou faire des compliments ; résoudre, le plus rapidement possible, des problèmes de maintenance, par exemple, une panne d'électricité, de l'arrivée d'eau, etc.

Ensuite, un des exemples de leur travail vivant qu'ils m'ont raconté (je cite) : *« Si j'ai juste un lit dans le service de réanimation et s'il y a plus qu'un patient qui en a besoin, c'est mon boulot d'évaluer qui va occuper le lit en réanimation. S'il y a juste une salle d'opération et plusieurs patients ont besoin d'être opérés, c'est moi, tout seul, qui m'occupe de cette décision. Du coup, je dois chercher toutes les équipes médicales afin de découvrir les informations sur la gravité clinique de chaque cas ; je dois centraliser les informations, évaluer à distance les pronostics, et prendre une décision par rapport à qui aura la priorité d'intervention chirurgicale ou de l'occupation d'un lit en réanimation. Du coup,*

c'est celle-là la tâche numéro 1 du chef de garde : chercher toutes les équipes et centraliser des informations » (fin de la citation).

- Les chemins qu'ils ont parcourus pour arriver à ce poste :

C'est un poste qui a été créé par la direction générale de l'hôpital, il y a, à peu près, 10 ans. Tous les gens qui l'occupent ont été invités directement par la direction de l'hôpital. Ils m'ont dit qu'il y avait peut-être un profil spécifique qui a guidé le « choix » de la direction.

Un des chefs de garde m'a dit : *« La première chose c'est de connaître les normes administratives. Je pense ainsi qu'avoir la connaissance par rapport au fonctionnement du système de santé et avoir l'expérience ailleurs comme directeur est souhaitable. En plus, j' imagine qu'il fallait avoir toujours envie de régler les problèmes, de jouer un rôle d'intégration, d'être un facteur d'agrégation et pas quelqu'un qui déclenche le souci. Le chef de garde doit s'engager à résoudre le problème et ne pas l'augmenter ».*

L'autre médecin a ajouté : *« Il faut avoir une posture diplomatique, c'est à dire, pouvoir interférer sans créer trop de résistances. Du coup, on ne peut pas dire à un jeune médecin que son patient qui a du diabète, de l'hypertension, et des problèmes vasculaires, qu'il ne va pas être pris en charge par le service de réanimation, parce que ce lit-là, on va l'offrir à un autre. Il faut expliquer pourquoi, il faut convaincre toutes les équipes. C'est la posture diplomatique qui fait la différence. Il faut qu'on soit en mesure d'interagir et de défendre la position de l'institution et ce qui est le mieux pour tous, sans voir seulement localement pour chaque individu, parce que c'est une décision qui doit aller au-delà ».*

- Les ressources qui les aidaient à tenir dans leur travail :

D'abord ils ont parlé des ressources considérées plutôt comme stratégiques : ils se sont rappelés juste d'une secrétaire, de l'augmentation salariale, d'un téléphone portable, d'un bip et d'un petit bureau. Tout de suite, ils ont mené l'idée d'avoir de bonnes « semelles de chaussures » pour pouvoir parcourir plusieurs fois tout l'hôpital, en cherchant des situations de problèmes potentiel où en essayant de faire une action préventive.

Petit à petit, dans leurs paroles, eux-mêmes, ils se sont rendu compte que tout le personnel de l'hôpital était presque à leur service. Ils également se sont rendu compte que, sans les autres salariés, ils ne pourraient pas tenir.

Selon un des médecins interrogés : « *En tant que chef de garde, on reçoit beaucoup de coups de main des collègues, de toutes les autres équipes. Donc, on demande au personnel de l'accueil et de la sécurité, "bah écoute, j'ai besoin de plus de surveillance là-bas", ou si j'ai besoin de régler un souci de manque d'énergie, j'appelle le secteur de maintenance et tout le monde me soutient rapidement... En fait, tout le personnel clinicien et non-clinicien est ma "machine de travail"... ils me soutiennent vraiment bien... je n'ai aucun problème avec qui que ce soit* ».

- Les expériences de plaisir et de souffrance au travail.

En posant les questions concernant les situations qui leur ont fait « perdre le sommeil » et celles qui leur apportaient une « réussite », l'idée c'était de faire apparaître les expériences de plaisir et de souffrance au travail. Même en occupant un poste de cadre et face à des contraintes administratives et organisationnelles, apparemment, toutes les expériences qui les ont vraiment touchées c'étaient celles qui concernaient la gestion des cas cliniques.

Pourtant, une chose que les rassuraient c'était le fait de faire partie d'une équipe relativement homogène par rapport à la conduite des chefs de garde. Ils savaient tous que leurs travaux, à la fin de la garde, auraient une continuité. Je vais vous montrer des exemples des situations qui, à mon avis, apportent leurs expériences vécues par rapport au plaisir et à la souffrance au travail :

« *Au début de mes gardes en tant que chef, un cas frappant c'était celui d'une fille de 8 ans qui est arrivée avec un saignement vaginal. Une des hypothèses avant l'examen clinique c'était celle de l'abus sexuel. J'ai été appelé immédiatement parce que le climat autour de l'affaire était très tendu. J'ai mis en place mes habiletés en tant que clinicien : j'ai examiné l'enfant et, à la fin, j'ai découvert qu'elle avait pris les pilules de sa maman... immédiatement toute l'équipe s'est sentie soulagée*».

« Une fois ce poste créé, personne ne savait ce qu'il fallait faire. Nous ne connaissions même pas tout le personnel de l'hôpital. Lors d'une de mes premières gardes un monsieur dans une situation de sevrage alcoolique a brisé la porte en verre de l'hôpital, s'est enfui et est revenu accompagné par la police. Au retour, il presque a étranglé sa femme qui était avec lui... Après cet épisode, nous avons développé un protocole qui fournit une référence pour toutes les actions avec ce type de cas ».

« Une autre fois, il y avait un patient avec une infection rare dans le service de réanimation. Il avait besoin d'un médicament spécifique et à coût très élevé. En plus, nous n'en avions pas à l'hôpital. Le médicament devait être acheté, mais comme c'était un dimanche, on ne pouvait pas le faire. J'ai commencé à téléphoner à certains hôpitaux pour demander à emprunter le médicament. J'ai réussi. Mes collègues m'ont demandé, « mais comment l'avez-vous obtenu ? » J'ai rigolé en disant que c'était Dieu qui nous avait aidé. En fait, quelqu'un qui n'est pas directement lié à la situation peut avoir des idées en plus... »

« Une autre fois, un autre hôpital avait demandé un lit en réanimation pédiatrique. En ce qui concerne les enfants, notre politique d'accueil est super libérale. L'enfant est venu, nous avions un lit... mais le lendemain, elle est morte... Ce même lit, pour la même petite, avait été demandé la veille de ma garde, mais l'hôpital était vraiment plein. On regarde en arrière en se demandant ce qui se serait passé si cet enfant était venu la veille.... »

- Les analyses / les hypothèses :

Les chefs de garde occupent une position de convergence et de tension entre la pratique administrative hospitalière et la pratique clinique. Ce sont eux qui arbitrent les conflits, qui ont une connaissance administrative, mais qui sont également dans l'arène clinique. À partir des normes de l'hôpital et de la disponibilité des ressources, ils doivent s'occuper de la gestion des soins de santé des patients et du bien-être des équipes.

Même s'il existe des contraintes de travail et même si les chefs de garde s'occupent d'activités bien différentes, je me trouve apparemment face à un système qui fonctionne plutôt bien. Les chefs de garde sont en bonne santé :

personne ne s'est plaint et les congés maladie de cette population sont peu nombreux. En plus, ils me semblaient complètement engagés dans leurs activités de travail et énormément créatifs par rapport à celles-ci. Donc, la question qui se pose est celle-ci : comment l'apparente normalité de ces professionnelles est-elle possible ?

Je suis totalement d'accord avec la proposition de C. Dejours qui consiste à dire que la souffrance n'est pas accessible de façon directe et que quelquefois l'utilisation de la parole, la seule forme qu'on peut avoir pour l'exprimer, se bloque face aux mécanismes de défenses individuels. De plus, comme il n'y a pas eu de demande d'intervention directe des chefs de garde, l'expression de leurs expériences vécues a peut-être été guidée par leurs propres intérêts stratégiques.

Mais par contre, moi, personnellement, je ne trouve pas que 7 individus le feraient de la même manière. Donc, même face au doute de l'authenticité de la parole entendue en sachant que la question de la demande initiale est problématique, j'ai décidé de mettre en lumière l'état de normalité apparente qu'ils m'ont montré.

Je comprends la normalité comme un concept qui est construit dans la dialectique entre la déstabilisation qui s'impose à tous face à la réalité du travail et aux stratégies que chacun ou que chaque groupe développe pour y faire face. Ladite normalité consiste donc en un équilibre toujours dynamique.

Dès l'amplification du champ de la psychopathologie du travail, la psychodynamique du travail ouvre des perspectives pour les recherches qui portent également la notion de plaisir au travail. J'y ajoute aussi la possibilité des investigations sur l'homme en situation de travail et, par conséquent, l'étude de la dynamique interne des situations de travail.

Dans ma recherche, personnellement, je n'ai pas eu accès ni aux mécanismes individuels ni aux stratégies collectives de défense qui soutiennent cette normalité apparente. Toujours à cause de l'absence d'une demande explicite, les recherches révèlent que ce genre d'information n'y apparaît pas. Mais, quand même, dans mon cas, j'ai choisi d'essayer de comprendre quelles sont les conditions qui maintiennent ces travailleurs en bonne santé dans leur milieu de travail.

En tenant compte des informations que j'ai, trois aspects ont d'abord attiré mon attention de façon à soutenir l'entretien d'une situation d'apparente normalité autant que de plaisir au travail par les chefs de garde : la reconnaissance d'une figure d'autorité ; l'existence de la coopération au travail et, finalement, la possibilité de sublimation et d'accomplissement de soi par le travail.

En essayant de comprendre et d'expliquer tout cela, je commence par mettre l'accent sur la question de l'autorité et de l'arbitrage dans le cas des chefs de garde.

Selon C. Dejours, l'autorité fondée sur les compétences professionnelles constitue une ressource importante pour augmenter l'harmonie et la capacité d'action d'un collectif de travail. En gros, l'autorité établie par la coopération dans la réalisation de l'ouvrage collectif a la particularité de se reposer sur l'expérience réelle partagée, traversée par le travail vivant. Pour occuper la place d'arbitre, il faut que le chef ait une argumentation riche et une connaissance vraiment remarquable du métier de ses subordonnés, c'est aussi cela qui lui donne la place d'autorité.

L'autorité, sous la loupe de la clinique du travail, apparaît comme le résultat de négociations dans lesquelles l'argumentation, la persuasion, la discussion, la soutenance de points de vue de tous ont toujours, ou souvent, leur place garantie. Autrement dit, lorsque les contributions des subordonnés dans l'organisation du travail sont assurées, l'autorité atteint sa validation et son inscription au niveau institutionnel dans l'organisation. Sa capacité est aussi celle de diriger et de traduire la doctrine de l'entreprise en termes intelligibles à ses subordonnés et vice-versa : de mener vers la direction de l'entreprise les soucis rencontrés par les salariés dans leur quotidien de travail.

Dans le cas étudié, même si les chefs de garde ont été d'abord choisis par la direction de l'hôpital, ils mentionnent eux-mêmes lors des entretiens une sorte de profil professionnel. Cela consiste pour eux, en priorité, à avoir une capacité à comprendre les autres et de s'engager dans les situations de façon à résoudre le conflit. Ils connaissent tous, les métiers des collègues médecins et petit à petit ils ont commencé à connaître les métiers des autres équipes.

Je pense qu'aujourd'hui ils maîtrisent les domaines dans lesquels leurs subordonnés opèrent ou ils savent quand même qui ils peuvent appeler au cas où. Donc, même s'ils ont été choisis par la hiérarchie, leurs habilités techniques, intellectuelles où même humaines ont été considérées lors de leur sélection par la direction générale de l'hôpital. La hiérarchie a détecté le besoin d'une équipe pour conduire le quotidien du grand orchestre qu'est celui de l'hôpital, et il me semble ils ont vraiment pensé à des personnes représentatives d'une capacité particulière et, grâce à cela, celles-ci ont été progressivement validées par les autres salariés.

Le fait que le personnel ait accepté les chefs de garde ne signifie pas qu'ils sont tous soumis. Par la parole des chefs de garde il est évident pour moi qu'il existe un échange d'idées, d'argumentation et une écoute très attentive entre eux et les autres salariés. Même si la décision finale appartient au chef de garde, tous ont l'opportunité de participer de leur processus.

Les chefs de garde ont aussi la capacité de coordonner les exigences émises par la haute hiérarchie et par les subordonnés. Il existe, apparemment, une coopération verticale entre les chefs et les autres travailleurs de l'hôpital. Donc même si l'autorité était d'abord attribuée à un groupe par la haute hiérarchie, ensuite, par le résultat de leur travail, ce groupe a pu être validé par tous les niveaux inférieurs de la hiérarchie. Du coup, on se rend compte que l'autorité se fonde réellement sur la compétence.

Cependant, les règles de travail et de métier sur lesquels les chefs de garde s'appuient pour pouvoir prendre leurs décisions dans les contextes de garde doivent se construire par le collectif/par l'ensemble de travailleurs. Selon C. Dejours, pour qu'on puisse construire des règles de travail ou de métier, il faut que les travailleurs se mettent d'accord. Dans les situations de chefs de garde, l'arbitrage ou la prise de décision devraient être conduites selon la délibération collective et, seulement pour ça, le personnel respecterait leur autorité et collaborerait avec leur travail.

En revanche, dans le cas étudié, il me semble que ce chemin, considéré comme essentiel pour que l'autorité soit respectée, se fait autrement. Si on comprend que l'existence de la coopération entre les paires repose sur une activité déontique, la coopération verticale comprendra également une activité

déontique. Mais dans le cas étudié, comment cette coopération, est-elle construite ?

On sait que la coopération est le moyen par lequel le travail collectif se met en place. Parler d'un travail collectif signifie, donc, parler de la coopération. Par contre, la coopération, contrairement à la coordination, ne peut jamais être prescrite. Il faut donc réfléchir aux conditions qui permettent la mise en place de la coopération.

Selon C. Dejours, pour travailler ensemble et pour que la coopération des uns avec les autres existe, il faut que les travailleurs se parlent. Il faut rendre visible les modes opératoires individuels pour qu'il soit ensuite possible de choisir ceux considérés comme les « meilleurs » en tenant compte de ce qui va être meilleur pour les résultats du travail collectif.

Il faut donc délibérer. Il faut dédier le temps nécessaire à promouvoir la construction des règles du métier, les règles du travailler ensemble, les règles du vivre ensemble. Il faut obtenir la confiance des uns et des autres mêmes face à tous les risques que cela suppose : montrer les erreurs, les failles, le « non-savoir-faire » ; être dénoncé par une faille commise ou avoir le « savoir-faire » approprier par les collègues.

Ainsi, selon C. Dejours, l'espace de délibération nécessaire pour qu'on puisse avoir une vraie coopération s'est structuré comme un espace public de discussion. Il peut également être considéré comme un espace où la centralité est occupée par l'activité déontique, c'est-à-dire, l'activité de création des règles du métier.

Jusqu'à aujourd'hui, on ne connaît que deux possibilités de matérialisation des espaces de délibération : la délibération formelle (réunions d'équipe, par exemple) où les règles de travail sont présentées à l'ensemble de l'équipe ; et la délibération informelle, attachée aux espaces de convivialité parmi les travailleurs (le café partagé, les fêtes, etc.), où l'on peut trouver un ajustement des règles qui ont été explicitées dans l'espace formel.

J'ose désormais ajouter une autre possibilité pour l'espace de délibération : le moment du travail vivant partagé, le moment de l'action collective. Je l'envisage comme un espace formel pour l'évaluation des règles

déjà établies et pour délibérer des nouvelles, attachées à chaque situation nouvelle qui peut apparaître, surtout quand on parle du travail en santé.

Dans le cas étudié, il n'existe pas d'espace formel pour que les règles de travail soient délibérées. En plus, il me semble impossible d'avoir un espace formel avec tout le personnel de l'hôpital. J'ajoute aussi le fait qu'il n'existe pas de réunion régulière même entre les chefs de garde.

A mon avis, dans le cas étudié, le fait que le travail collectif soit partagé par la même équipe depuis des années et, que de leur travail dépende la vie d'autrui, il existe une relation de confiance qui a été construite au-delà de l'existence des espaces de délibération. Elle se passe dans le quotidien de travail, et s'appuie sur l'existence de moments de travail partagés.

Il est vrai que la majorité des décisions prises par les chefs de garde sont individuelles. Cependant, elles sont toutes basées sur des arguments techniques et éthiques construits au cours d'années de travail ensemble et aussi sur les règles générales du métier de médecin. Elles se constituent donc comme des règles du vivre ensemble dans le monde du travail.

Même si apparemment l'espace formel de délibération n'existe pas, la coopération elle, s'y trouve toujours. Les chefs de garde réussissent à obtenir et à promouvoir la coopération entre eux — même autant que parmi les divers collectifs de travail.

Apparemment la prise de décision de ces professionnels comporte des avantages pour le travail collectif, c'est-à-dire qu'il me semble qu'ils ont également une place stratégique pour que le travail collectif ait lieu et que c'est peut-être pour cela que tous les autres personnels soutiennent leur rôle. J'ajoute la qualité de leur délibération, parce qu'il semble que ce soit cette dernière qui favorise la confiance de l'équipe.

Ils m'ont raconté que leur principale tâche consiste à faciliter le travail des autres, mais, il me semble que les équipes facilitent leurs propres travaux en facilitant le travail des chefs de garde.

Il faut ajouter qu'au début du déroulement de leur travail ils ont également construit des règles tous seuls, en sachant que quand le poste de chef de garde a été créé, personne ne savait comment le travail marcherait. Petit à petit, ils ont créé des règles qui ont été élargies et, au fur et à mesure, elles ont servi à

l'ensemble des travailleurs de l'hôpital (comme l'a raconté la chef de garde sur le patient avec l'abstinence alcoolique).

Devant tout ce que je viens de vous présenter, je me pose et je vous pose aussi certaines questions : si les espaces informels de travail fonctionnent très bien, l'existence des espaces formels sont-ils indispensables ? Les relations de travail, dans le cas étudié, sont fondées sur l'expérience partagée par rapport à la réalité du travail. C'est à travers-cette expérience que l'on se rend compte que la naissance d'une certaine sensibilité commune permet, à posteriori, la formation d'une habilité collective. Puis-je donc considérer que l'habilité collective élimine ou diminue le besoin d'existence d'un espace de délibérations formel ?

Si, normalement les espaces de délibération sont fondés sur le langage, dans le cas étudié, il me semble qu'il est fondé sur le travail vivant qui se passe dans le quotidien de l'hôpital, dans l'espace et dans le temps de la convivialité et, bien sûr, du travail partagé. C'est selon moi, ce qui donne lieu à l'arbitrage autant que la reconnaissance de légitimité de la figure d'autorité occupée par les chefs de garde.

Il faut également ajouter que dans le cas du travail en santé, plus précisément dans les hôpitaux, lorsque des relations de coopération entre les professionnels n'existent pas, l'action a toutes les chances d'échouer. Ainsi, si les chefs de garde ne tentaient pas de promouvoir la coopération, le travail vivant ne pourrait jamais s'y dérouler.

Pour terminer cette partie, le travail de chefs de garde, pour tout ce qui m'a été présenté, me semble aller vers la sublimation, c'est-à-dire, qu'à partir du travail mis en place et avec sa valeur clairement attribuées au sein d'utilité et de beauté, son développement contribue au registre de la culture et du processus d'accomplissement de soi.

Je comprends la sublimation comme un processus fondamental qui peut transformer la souffrance liée aux contraintes du travail en plaisir. Dans le cas des chefs de garde, il me semble que les conditions nécessaires pour que le processus de transformation de la souffrance en plaisir soient réunies. Le caractère socialement utile ou socialement valorisé de ces professionnels n'a rien de spontané ni de naturel. Ils passent bien évidemment par un jugement qui n'est pas établi, a priori, et qui semble être attendu à chaque nouvelle décision.

Dans le cadre de ma recherche, je parle directement du jugement d'utilité qui se montre réel tant pour la direction de l'hôpital que pour les subordonnés qui valident la nécessité de l'existence de ce poste de travail et l'autorité de ces professionnels. Ainsi, une dernière question se pose à moi : lorsque les subordonnés reconnaissent comme utile et efficace le travail des chefs de garde, parlons-nous d'une nouvelle possibilité de jugement d'utilité, qui avant cela ne pouvait être attribué que par la hiérarchie supérieure ?

- Le plan pour terminer la recherche :

Dans le but de m'approcher un peu plus d'une démarche en clinique du travail, je compte, dès mon retour au Brésil, inviter tous ceux qui ont participé de la recherche pour leur présenter un rapport. Je ne sais pas s'ils vont accepter ou pas, mais il faut quand même essayer.

J'irai, donc, écrire un rapport dans lequel on pourra trouver les contenus que j'ai obtenus sur le terrain, parmi eux, ceux que je viens de vous présenter. Mais ils seront, du coup, un peu plus détaillés. Je vais y ajouter mes analyses et mes hypothèses qui seront ou non confirmées par les médecins chefs de garde. Plus d'une séance sera sûrement nécessaire surtout parce que sera la première fois qu'ils seront ensemble dans le cadre de la recherche. En plus, ce sera la première fois qu'ils auront une vue d'ensemble des données.

Je ne sais pas s'il serait pertinent de me faire accompagner sachant que personne ne connaît aussi bien que moi le processus complet.

Si j'échoue dans cette voie, je pourrais peut-être reprendre les entretiens individuels mais, désormais, avec une posture plutôt à côté de la clinique du travail. Je vais essayer d'approfondir mes connaissances dans certains aspects et en valider d'autres.

Je vais faire des efforts pour terminer la rédaction de la thèse en juillet 2015 et la rendre finalement en novembre pour avoir la possibilité de la soutenir en décembre 2015.

5 – Remerciements :

Comme je vous l'ai dit au début de ma présentation, j'ai saisi l'opportunité de faire une thèse de doctorat pour pouvoir maîtriser un peu plus la

psychodynamique du travail et ses concepts. Ensuite, j'espère avoir la possibilité de faire avancer ce domaine-là au Brésil. J'ai donc vraiment eu la chance de pouvoir être parmi vous pendant ces 6 derniers mois.

Si on tient compte juste du temps chronologique, on trouverait peut-être que ce séjour ne servirait à rien. Mais ce n'est pas du tout ça. C'est magnifique d'avoir du temps pour faire **le travail dit invisible**, c'est-à-dire, le travail de perlaboration, le travail intellectuel, le travail de la pensée, le travail d'observation, le travail d'écoute.

Être parmi vous m'a permis de connaître une nouvelle façon de produire la connaissance, de se mettre en relation avec les autres, d'intervenir autrement mais aussi bien évidemment de connaître un peu plus de la psychodynamique du travail. Mes intérêts d'étude et de recherche se sont également beaucoup diversifiés, surtout vers la psychanalyse et la psychosomatique.

J'ai trouvé l'espace du laboratoire extrêmement vivant, ce qui me donne envie de continuer parmi vous, même si ce sera désormais à distance. Malgré mes difficultés initiales d'adaptation en France (y compris aux choses les plus basiques — comme trouver une maison et ouvrir un compte bancaire, par exemple — et les plus complexes aussi — être seule, s'approcher du mode de vie et des habitudes français, connaître des gens, prendre la parole, surmonter la peur de parler-français, etc.), à mon avis, au laboratoire, chacun joue un rôle très important et, petit à petit, j'ai commencé aussi à trouver mon rôle et ma place.

Je vous remercie tous de m'avoir ouvert les portes pour me recevoir. Je remercie surtout C. Dejours de m'avoir fait confiance. Je remercie Virginie aussi, qui n'est pas là, mais qui mérite tous mes remerciements. Je ne pourrais pas oublier mes amis les plus proches : Marie, Patricio, Amanda, Antoine, Duarte, Frédérique, João de Deus.

J'ai déjà entendu dire que quand on déménage dans un nouveau pays, même en rentrant au pays d'origine, rien ne devient « normal » ou « naturel »... Pour conclure tout cela, je trouve que désormais la sensation d'être une étrangère sera toujours avec moi... D'abord, cela me gênait un peu... mais, maintenant, si être une étrangère m'apporte des inquiétudes, j'aimerais bien ne pas redevenir « normale »... Il est évident que ces inquiétudes ont, pour moi, une immense capacité à me faire avancer personnellement et professionnellement.