

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Setor de Emergência:
modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar

Nair Monteiro da Silva

Orientador: Helder Pordeus Muniz

**NITERÓI
2008**

NAIR MONTEIRO DA SILVA

Setor de Emergência:
modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Helder Pordeus Muniz

Niterói
2008

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S586 Silva, Nair Monteiro da.

Setor de emergência: modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar / Nair Monteiro da Silva. – 2008.

173 f.

Orientador: Helder Pordeus Muniz.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2008.

Bibliografia: f. 168-173.

1. Saúde do trabalhador. 2. Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP. 3. Trabalho Aspecto psicológico. 4. Gestão em saúde. I. Muniz, Helder Pordeus. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 616.1

Nair Monteiro da Silva

Setor de Emergência:
modos de trabalhar nas interfaces de um cotidiano hospitalar.

Aprovado em ____ de ____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Helder Pordeus Muniz – UFF
Orientador

Dr. Milton Raimundo Cidreira de Athayde – UERJ

Dra. Cláudia Osório da Silva – UFF

Niterói
2008

O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra.
Aristóteles

AGRADECIMENTOS

A todos os trabalhadores que participaram da pesquisa, incluindo aqueles que não participaram diretamente ou que o fizeram em parte, mas conosco cruzaram em algum momento no Setor de Emergências.

À direção do hospital que autorizou a pesquisa, ao comitê de ética e ao chefe da enfermagem da Emergência por viabilizar espaço para entrarmos em campo e investigar a relação dos trabalhadores com seu ofício.

A meu orientador por acreditar em meu trabalho, ter acolhido minhas dúvidas e angústias e, acima de tudo, ter-me ensinado a conduzir esse processo tão complexo de análise de um coletivo.

Aos professores Claudia Osório e Milton Athayde pelas críticas ao projeto, ampliando minha visão sobre o processo científico de uma pesquisa.

Às pesquisadoras Amanda Ribeiro e Júlia Carvalho, sem as quais eu não poderia ter conduzido o processo dessa forma.

Aos amigos do grupo de estudo sobre saúde do trabalhador pelo auxílio e motivação a minha pesquisa.

Aos amigos e professores do mestrado pelo feliz encontro nesses dois anos de jornada. Estaremos juntos e misturados pelas estradas científicas da vida acadêmica.

Aos meus pais pelo amor incondicional e por acreditarem em mim. Aos familiares pela paciência, pelo apoio e carinho dedicados em momentos em que eu nem sequer poderia retribuir.

A Deus não só pelo objetivo alcançado, mas por ter colocado em meu caminho todas essas pessoas. De alguma maneira, o cruzamento permitiu um devir-encontro.

A todos,

muito obrigada.

RESUMO

A pesquisa desenvolvida no Hospital Universitário Antonio Pedro – Huap, em Niterói - RJ, teve por objetivo verificar através da relação entre saúde e atividade, como os trabalhadores do Setor de Emergências vivenciavam suas experiências de trabalho.

As contribuições teórico-metodológicas da ergonomia da atividade situada, da psicodinâmica do trabalho e da clínica da atividade orientadas segundo a perspectiva epistemológica e ética da ergologia, foram utilizadas na construção de um dispositivo de pesquisa que incluiu os profissionais de enfermagem e do serviço social do setor de emergências como sujeitos da produção de conhecimento.

Concluiu-se que as ações desse grupo específico de trabalhadores evidenciavam uma gestão individual e coletiva do trabalho, mas às custas de um uso exacerbado de si frente aos limites e dificuldades impostos pela precarização do setor de emergências do Huap. Havia um grande esforço para amenizar os efeitos dos problemas organizacionais. O coletivo aparecia muito fragilizado pela vivência de uma situação de trabalho onde os contratos temporários predominavam e com condições de trabalho inadequadas que afetavam tanto a saúde dos trabalhadores quanto a qualidade da assistência ao usuário. Por fim, este estudo permite, ainda, uma visualização dos movimentos que atravessavam aquela unidade de pronto-socorro durante o período da pesquisa e que, articulados entre si, desencadeavam a fragmentação do processo de trabalho e dificultavam as ações coletivas.

Palavras-chave: atividade; gestão; coletivo de trabalho; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The research developed at Hospital Universitário Antonio Pedro - HUAP in Niterói/RJ, aims to verify how the workers of the Emergency Department live their experience of working by observing the relationship between health and activity.

The theoretical and methodological contributions of the Activity Ergonomy, Psychodynamics of Work and Clinic of Activity positioned according to the epistemological perspective and ethics of Ergology, were used in the construction of a searching device that included the nursing and social work staff of the Emergency Department as subjects of the production of knowledge.

It was concluded that the actions of this specific group of professionals showed an individual and collective management of work, but at the expense of an exacerbated use of oneself facing the limits imposed by insecurity and difficulties of the HUAP Emergencies. There was a great effort to alleviate the effects of organizational problems. The group appeared much weakened by the experience of a specific work situation where temporary work contracts were dominant and the inadequate working conditions that affected both the health of employees and the quality of the user's assistance.

Finally, this study allows a visualization of the actions that happened in that Department during the period of research and that, articulated among themselves, triggered the fragmentation of the work process and made the collective actions difficult.

Keywords: activity - management - collective work - the worker's health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – A ATIVIDADE DE TRABALHO “HUMANA”	16
1.1. Partindo de outros referenciais: de Oddone à Ergonomia da Atividade Situada.....	16
1.2. A perspectiva ergológica e o enigmático da atividade	22
1.3. Abordagens clínicas do trabalho	34
1.3.1. A psicodinâmica do trabalho	34
1.3.2. A clínica da atividade	44
CAPÍTULO 2 – CAIXA DE PANDORA: BUSCANDO UM MÉTODO PARA INVESTIGAR UMA CLÍNICA DO TRABALHO	54
2.1. Como chegamos ao método?.....	54
2.2. A comunidade ampliada de pesquisa – CAP.....	55
2.3. Os encontros sobre o trabalho	57
2.3.1. Local e participantes da pesquisa	58
2.3.2. Discussões preliminares e procedimentos	59
2.3.3. A primeira conversa: definindo um protocolo de pesquisa	60
2.3.4. Observando as atividades	62
2.3.5. Dos encontros: ouvindo os trabalhadores.....	66
CAPÍTULO 3 – O CAMPO EMPÍRICO	73
3.1. Antecedentes históricos	73
3.2. No campo empírico: o que vimos por lá?.....	76
3.3. Os setores dentro de um setor.....	80
3.3.1. Como o paciente entra e sai da emergência?.....	81
3.3.2. Trauma e acolhimento	83
3.3.3. Repouso: por que fechou?	85
3.4. A crise de recursos e infra-estrutura	87
CAPÍTULO 4 – O QUE SE PRODUZIU NOS ENCONTROS COM OS TRABALHADORES?	97
4.1. Os desafios da situação de trabalho.....	97
4.2. A aceleração	101
4.3. As vivências de sofrimento no trabalho	104
4.4. As estratégias de defesas	112
4.5. As vivências de prazer no trabalho.....	117
4.6. Os modos de fazer	127
4.7. As controvérsias	134
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

INTRODUÇÃO

*Les jours sont peut-être égaux pour une horloge,
mais pas pour un homme.*

Marcel Proust¹

A visão agonizante do hospital público nos noticiários brasileiros motivou a escolha desta dissertação de mestrado, a partir da seguinte pergunta: nesse contexto de precarização e abandono, como esses trabalhadores vivenciam suas experiências de trabalho?

Para dar curso a essa investigação, elegemos como campo de pesquisa o Setor de Emergências do Hospital Universitário Antonio Pedro – Huap, em Niterói/RJ, respondendo à demanda expressa ao meu orientador pela chefia da enfermagem da Emergência para que fosse realizada uma pesquisa sobre a saúde do trabalhador naquela unidade.

O objetivo de nossa pesquisa é analisar a relação existente entre saúde e gestão pessoal e coletiva no ofício desses trabalhadores. Assim, nos aproximamos daquela realidade para compreender como os trabalhadores fazem seu trabalho, buscando dar visibilidade às soluções que eles encontram para os impasses que se lhes apresentam.

Segundo Daniellou (apud SCHWARTZ et al., 2007), aquele que se interroga sobre o trabalho se encontra efetivamente num cruzamento: de um lado a trama (contexto global) e do outro a urdidura (os investimentos subjetivos nas situações de trabalho). Essa dialética entre o singular e o geral possibilita ler os processos globais nas situações de trabalho a partir do sentido que ganham as práticas laborais na configuração social, política e econômica em que se apresentam (ATHAYDE, 1996).

Esta pesquisa, então, parte da concepção do trabalho como atividade situada num processo histórico que determina um modo de trabalhar e, conseqüentemente, um padrão de desgaste e de morbimortalidade (LAURELL et al., 1989), trazendo perspectiva de análise dos ambientes laborativos a partir das exigências conjunturais do capitalismo contemporâneo, em cujo cenário tanto as práticas profissionais quanto a

¹ *Os dias talvez sejam iguais para um relógio, mas não para um homem (Proust).*

saúde do trabalhador se vêem desafiadas cotidianamente por novas demandas organizacionais.

Embora esta pesquisa não se concentre especificamente numa axiomática capitalista, ela não se constrói fora da dimensão social e histórica que se faz presente de alguma forma naquele setor e possibilita analisar as situações de trabalho sem minimizar as repercussões neoliberais no campo da produtividade e da organização.

É nesse sentido que o Setor de Emergências do Huap se configura no recorte de um objeto particular numa realidade complexa; é um recorte do micro no macro. Contextualizá-lo assim é colocá-lo em meio a elementos mais gerais, sem confundir nem separar o contexto da vida particular que ali se apresenta, fugindo, assim, ao risco de empreender a pesquisa numa lógica unicamente descendente, ignorando o que na realidade une a maneira como as coisas são por ali construídas (SCHWARTZ et al., 2007).

Essa dialética é necessária para entender o processo de precarização e degradação que vem marcando o ambiente dos hospitais públicos brasileiros, atingindo profundamente não só os usuários, mas também os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que se encontram na linha de frente do sistema. O Setor de Emergências, como porta de entrada do hospital, parece afirmar essa complexidade ao dar visibilidade tanto para quem lá trabalha, como para os usuários de seus serviços, oferecendo-nos amplo cenário para investigações.

E, se os noticiários geralmente dão destaque aos usuários desses serviços, nesta pesquisa o foco se desloca para os trabalhadores que lá atuam, a fim de observar a gestão pessoal e coletiva das atividades que desenvolvem em meio ao que hoje se coloca como indicador dos novos contornos que o mundo do trabalho exhibe e que, conseqüentemente, faz novas solicitações aos trabalhadores: comprometimento, velocidade, qualidade dos serviços, adaptação, manuseio de novas tecnologias, redesenho dos postos de trabalho, etc. A consideração dessa perspectiva ganha importância posto que as rápidas transformações contemporâneas implicam intensificação do trabalho que precariza de forma evidente e incontestável suas condições (MORGAN, 1996). Assim, a aproximação dessa situação de trabalho possibilita observar, nas atividades em curso, as injunções paradoxais estabelecidas pelos trabalhadores em seu cotidiano e às vezes invisíveis em suas manifestações.

Não só por aí, entretanto, se encaminha nossa pesquisa. Considerando os desafios emergentes da crise econômica capitalista (desemprego estrutural e

tecnológico) e das transformações tecnológico-organizacionais (ATHAYDE, 1996), entendemos que nos cabe ampliar nesta pesquisa as perspectivas de análise desse campo do trabalho, afirmando sua complexidade como terreno em que se manifestam as contradições e invenções laborativas.

Assim, buscamos uma análise do trabalho que fugisse ao discurso formatado por teorias cujas técnicas simplificam a complexidade do ofício e das questões humanas nele envolvidas (CLOT, 2006), porque essa previsibilidade que se busca no trabalho foge a uma lógica da vida, desprovida da desejável previsibilidade de que se gostaria. Com efeito, o trabalho nunca é só pura execução porque “*o meio é sempre infiel. Isso faz com que nunca se possa pretender listar totalmente, de maneira exaustiva, tudo aquilo que constitui um meio de trabalho*” (SCHWARTZ, 1997, p. 191). Há uma dinâmica que põe em movimento o ofício, exigindo do trabalhador a criação de novas normas para dar conta de sua tarefa. Portanto, entre o que se prescreve numa tarefa e a forma de sua realização, existe uma história de luta.

Essa defasagem entre prescrito e realizado serve de suporte à presente pesquisa, a partir do pressuposto de que os trabalhadores não são meros executores de tarefas prescritas, mas agentes transformadores das situações de trabalho (WISNER, 1987). Assim, para compreender o ofício desses trabalhadores em meio à complexidade que envolve a dinâmica de um setor de emergências, utilizamos como aportes teórico-metodológicos os referenciais da clínica da atividade, da psicodinâmica do trabalho e da ergonomia da atividade situada visando observar, ouvir e analisar a experiência coletiva desse grupo específico que, como outros, tem muito a ensinar concretamente sobre as situações de trabalho. Nesta dissertação, todos esses aportes são organizados pela perspectiva epistemológica e ética da ergologia. O objetivo é dar visibilidade ao que aponta para uma forma viva e criativa de construção cotidiana de uma atividade.

Esse caminho teórico para pensar as questões nesse campo empírico possibilitou analisar o trabalho no Setor de Emergências não a partir do pressuposto de que fossem profissionais sujeitados ao que é prescrito pelos especialistas, mas como protagonistas ativos de seu trabalho². É perspectiva que põe a atividade no centro do debate, dando

² As ferramentas de análise teórico-metodológicas escolhidas têm por proposta evidenciar as ações do trabalhador para além da prescrição, verificando se elas possibilitam a gestão de si e também coletiva do trabalho. Trata-se de perspectiva de análise do trabalho que busca dar visibilidade a essa gestão.

visibilidade à construção de gestão³ singular e coletiva de saberes, valores e regras, com a qual esse trabalhador⁴ compõe seu trabalho dia após dia (DANIELLOU, 2004).

Nesse sentido, a proposta de investigação do problema que move esta dissertação se encaminhou no sentido de construir com esses trabalhadores um dispositivo metodológico que provocasse falas sobre o trabalho, possibilitando nossa análise da relação entre saúde e gestão pessoal e coletiva no desenvolvimento desses ofícios. Segundo Schwartz et al. (2007, p. 36), *“para compreender o trabalho, os saberes disciplinares são necessários, mas é com aqueles que trabalham que se validará conjuntamente o que podemos dizer da situação que eles vivem”*.

Por isso escolhemos operar por um dispositivo que privilegiasse o ponto de vista da atividade de trabalho para compreender a relação desses trabalhadores com seu ofício.

É importante destacar que escolhi pesquisar esse assunto porque sou parte desses enfrentamentos, seja como cidadã que precisa desses serviços de saúde como qualquer usuário, seja como profissional de saúde implicada em oferecê-los ao usuário, bem como nas questões relacionadas às construções coletivas engendradas na dinâmica do trabalho.

Meu primeiro contato com o tema vem da época em que me graduava em administração de empresas e tive oportunidade de observar a dinâmica do trabalhador nas empresas em que estagiei, desde o processo de recrutamento e seleção até a inserção no processo produtivo. Posteriormente, pós-graduei-me em gestão empresarial e, em seguida, em marketing, buscando em meus estágios entender a posição do trabalhador na complexidade do trabalho, por ter sempre considerado o ato de trabalhar mais complexo do que sua mera conceituação teórica. Nas empresas em que estagiei, questionava a relação dos trabalhadores com aquilo que realizavam, bem como competências e obstáculos. As formas de produção, é preciso reconhecer, são sempre atividades novas, novas maneiras de fazer o que aparentemente tem direção única. Como destaca Schwartz et al., (2007, p. 266), *“tudo isso supõe que se reconheça, enfim*

³ A gestão, nessa perspectiva, é abordada por um ângulo em que se consideram a variabilidade e a história que perpassam qualquer ambiente laborativo, impelindo o trabalhador a buscar meios próprios para dar conta das situações que se apresentam em sua atividade, sem recorrer a procedimentos estereotipados (SCHWARTZ et al., 2007).

⁴ Individual e coletivo.

que se tenha um olhar sobre nosso semelhante, que o entenda como caldeirão ou matriz de ‘dramáticas de uso de si’ e que o respeite neste sentido”.

Alguns anos depois, já graduada em psicologia e estudando psicossomática, fui estagiar no Hospital Municipal Raul Sertã de Nova Friburgo/RJ, cidade em que residia, e lá fiquei dois anos. Numa de minhas andanças pelo hospital, fui fazer observação no Setor de Emergências e pude perceber a complexidade da assistência ao paciente em situação emergencial e observar que a atividade resulta da dinâmica entre a variabilidade organizacional⁵ e as regulações que os profissionais desenvolvem para dar conta de suas metas⁶. O tema, então, motivou-me.

Chegar ao referencial teórico que norteia esta pesquisa foi processo decorrente da observação desses estágios, que me possibilitaram mais contato com profissionais de diferentes níveis de atenção e me despertaram a necessidade de conhecer melhor o trabalho do profissional de saúde, tanto na prática quanto na dimensão conceitual.

Atualmente trabalho no Instituto Fluminense de Saúde Mental – IFSM, em Niterói/RJ, instituição psiquiátrica em que atuo como profissional de saúde na linha de frente em atenção aos usuários, mantendo-me sempre, entretanto, como pesquisadora da atividade dos profissionais em situação.

Esse tema possibilita discutir o trabalhador na coletividade, sendo ponto de partida para compreender como vivenciam os desafios impostos pela organização. O trabalho no Setor de Emergências, como, aliás, qualquer atividade hospitalar, demanda gestão pessoal e coletiva para a assistência, em que diferentes categorias profissionais tentam regular tanto as dificuldades organizacionais oriundas do próprio hospital como os problemas advindos do Sistema Único de Saúde - SUS para garantir a continuidade da assistência. Um mergulho na atividade desses trabalhadores, portanto, nada mais é do que uma tentativa de mostrar como a gestão pessoal e coletiva é construída de diferentes maneiras, segundo a posição em que esse coletivo se coloca frente ao hospital. Esperamos que este estudo sirva explicitamente para que essas diferentes vozes que dialogaram sobre o tema (BAKHTIN, 1995) tenham revelado as dimensões que devem ser consideradas.

⁵ Tais como as dificuldades para a realização de exames, falta de vagas no hospital, variabilidade presente no próprio SUS, etc.

⁶ Cujo conjunto compõe a assistência ao paciente, envolvendo seu estado clínico, seu modo de viver a internação, suas condições de vida e trabalho, sua família ou acompanhante, etc.

Além disso, essa imersão na complexidade do Setor de Emergência em hospital público pode auxiliar na produção de conhecimentos sobre as atividades desses trabalhadores, ainda pouco conhecidas, principalmente para quem se voltava mais para estudos no meio industrial.

Entendemos que, ao discutir as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores da Emergência, trabalhamos também com as questões enfrentadas de maneira geral pelos profissionais de saúde do SUS, já que esses profissionais podem revelar os limites da organização do trabalho no atendimento às necessidades não só dos usuários, mas também dos trabalhadores. Um exemplo poderia ser a variabilidade provocada pelos problemas do SUS na articulação com os problemas organizacionais do hospital, situações em que os trabalhadores encontravam dificuldades para referenciar o paciente para outros serviços de saúde, causando desgaste profissional. Por aí encaminhou-se a nossa pesquisa, e a dissertação desenvolveu-se em quatro capítulos e conclusão.

No primeiro capítulo apresentamos as ferramentas teóricas e metodológicas utilizadas para a abordagem do problema, buscando explorar pontos comuns nas teorias que possibilitem articulação com nossos objetivos.

No segundo capítulo desenvolvemos discussão metodológica a partir da apresentação dos procedimentos utilizados na pesquisa.

O terceiro capítulo apresenta seu campo empírico, evidenciando toda a estrutura do Setor de Emergências do Hospital Universitário Antonio Pedro – Huap, a organização de trabalho e as funções dos profissionais que participaram da pesquisa.

O quarto capítulo descreve os resultados obtidos, viabilizando tanto a compreensão dos materiais gerados, quanto a análise das formas como o coletivo pesquisado faz a gestão de seu trabalho.

Nas considerações finais destacamos as contribuições e limitações desta dissertação.

CAPÍTULO 1 – A ATIVIDADE DE TRABALHO “HUMANA”

Vês como cada um maneja a picareta e a foice no seu ritmo e à sua maneira.

Yves Schwartz

Neste capítulo apresentaremos a caixa de ferramentas utilizada no desenvolvimento da pesquisa. A escolha dos instrumentos teóricos que a norteiam relaciona-se à concepção de trabalho como processo coletivo e singular de criação e recriação da história de um ofício, e é nesse sentido que utilizamos a perspectiva ética e epistemológica da ergologia para nos orientar na mobilização dos conceitos que sustentam as assertivas disparadoras do estudo.

1.1. Partindo de outros referenciais: de Oddone à Ergonomia da Atividade Situada

A ergologia surgiu na França em 1983, na Universidade de Provence, com a proposta de conhecer as situações de trabalho a partir da perspectiva desenvolvida pela equipe coordenada pelo médico e psicólogo italiano Ivar Oddone por meio do Modelo Operário Italiano – MOI⁷ (ODDONE et al., 1986), criado para se pensar coletivamente o trabalho. Dessa corrente é incorporada a idéia de conhecer de perto as situações de trabalho com a perspectiva de intervenções que visem transformar e melhorar as situações laborativas em que estão inseridos os trabalhadores.

O conceito de atividade destacou-se como objeto de pesquisa nos estudos ergonômicos a partir de suas características próprias e originais de ser uma instância da transformação do trabalho prescrito naquele efetivamente realizado. A atividade, estando submetida a uma dinâmica em curso, não é um objeto dado, mas construído e/ou reconstituído no trabalho, apreendido no diálogo e na confrontação das situações, configurando-se como processo e não como objeto estabilizado. A análise do trabalho pela ergonomia busca, assim, dar conta dessa dinâmica e de suas regras de funcionamento no curso do tempo.

Inicialmente, para compreender como a ergologia entende a atividade concreta de quem trabalha, é necessário refazer o percurso de Schwartz pelos estudos de Oddone

⁷ Tema desenvolvido no segundo capítulo.

et al. (1986) e pela ergonomia da atividade situada (WISNER, 1994; GUÉRIN et al., 1991), utilizando as contribuições dessas abordagens para desenvolver instrumento próprio de análise do trabalho.

A obra de Ivar Oddone foi inspiradora e determinante para Schwartz pensar o regime de produção de conhecimento sobre o trabalho, abrindo nova perspectiva de fazer atuarem em conjunto os especialistas da prevenção, os médicos e os militantes.

Esse modelo emergiu de modo autônomo na Itália ao longo da década de 1960, por influência do pensamento marxista e gramsciano, realizando análise das condições de trabalho e de luta pela saúde dos trabalhadores, expandindo-se posteriormente para outros países, entre eles o Brasil.

Sua concepção básica é a de que o trabalhador deve ser o protagonista da atividade laboral por ser capaz de desenvolver a competência de identificar e avaliar os efeitos nocivos dos riscos do trabalho sobre sua saúde, tomando suas próprias decisões sem precisar delegá-las. Mediante o conhecimento de sua realidade, pode mobilizar-se coletivamente para a transformação das condições de trabalho via reivindicação operária, contratação coletiva e luta sindical.

É a partir dessa perspectiva que o médico e psicólogo italiano Ivar Oddone (ODDONE et al., 1986) se propõe a pensar métodos indiretos de investigação dos ambientes de trabalho por meio de dispositivo denominado de *comunidade científica ampliada*, tentativa de viabilizar o encontro de trabalhadores e pesquisadores para a construção conjunta de novas possibilidades de saber sobre as situações de trabalho e, a partir daí, intervir nas questões de saúde do trabalhador em locais de trabalho.

Segundo Oddone et al. (1986) a competência profissional não é apenas técnica, pois está animada em seu interior por todo um patrimônio de experiências coletivas; nesse sentido, o conceito de *comunidade científica ampliada* permite uma visão não mutilante do trabalho, possibilitando acesso ao patrimônio vivo das atividades laborais.

Um regime de produção de conhecimentos sobre a realidade das situações de trabalho deve dar-se, de acordo com Oddone et al. (1986), num diálogo crítico entre os saberes fundados na experiência prática dos trabalhadores (saberes informais) e o conhecimento científico (saberes formais) de pesquisadores e profissionais de saúde.

Essa forma de investigação colabora para a construção de uma nova disciplina denominada ergologia, voltada para a investigação das atividades humanas sem neutralizar seus aspectos históricos na produção de saberes e conceitos. Tal como o médico italiano, Schwartz (2000) se dispôs à tarefa de ir o mais perto possível dos

locais de trabalho, buscando articulação entre esses dois universos, como veremos ao longo deste capítulo.

A ergonomia diferencia-se em duas principais correntes e respectivas abordagens: uma tem caráter acentuadamente experimental, voltada para a eficiência da relação homem/máquina, através da incorporação de conhecimentos sobre o ser humano. É também conhecida como *human factors* ou *human Engineerin*, mais disseminada nos Estados Unidos e países de língua anglo-saxônica. A outra, mais conhecida na Europa, especialmente na França, denomina-se Ergonomia Situada e rompe com a abordagem experimental em ergonomia por meio de intervenção mais calcada na análise das situações reais de trabalho e não simuladas, como acontece no experimentalismo e impossibilita aos ergonomistas contato mais direto com a realidade social do trabalho (OLIVEIRA, 2001).

A ergonomia situada é contribuição teórica fundamental para a análise do trabalho. Desenvolvida inicialmente na França, busca analisar o trabalho no momento em que se processa para transformá-lo no contexto de suas situações (GUÉRIN et al., 1991). Nessa perspectiva, prioriza não só a compreensão da atividade, mas também a organização formal e informal dos trabalhadores para a realização das tarefas, situação em que eles recorrem a seu patrimônio coletivo de experiências a fim de se antecipar tanto às variabilidades que surgem no momento de realização das atividades e que não foram previstas ou catalogadas pela elaboração teórica, quanto aos possíveis equívocos da prescrição do trabalho (DANIELLOU et al., 1989).

A situação de trabalho, portanto, não se refere apenas à tarefa e a seu ambiente físico, mas também à dimensão histórica em que a atividade se processa (MONTMOLLIN, 1995). Assim, vale salientar que segundo esses autores há distinção entre tarefa e atividade. Enquanto o conceito de tarefa⁸ enfoca o modo como o trabalho deve ser feito, e o de atividade como ele realmente se efetivou, segundo Leplat (1997), em situação de trabalho a atividade está diretamente relacionada ao ajustamento entre a tarefa e o operador, que a modifica segundo suas características pessoais e os fins que necessita atingir. Tal dinâmica resulta na atividade que, quando se realiza, pode

⁸ A tarefa prescrita refere-se às ordens de serviço, ao trabalho previamente planejado pela gerência, às normas técnicas de produção, enfim, a tudo o que aparece como prescrição externa para o operador. Constitui-se do acúmulo histórico das mudanças tecnológicas e organizacionais do trabalho. Todo operador transforma a tarefa prescrita em outra tarefa a partir de sua experiência no trabalho, que é a tarefa efetiva, ou seja, como efetivamente a realiza.

modificar também a tarefa e o operador, em relação de causalidade circular (Guérin et al., 1991). Assim, analisar o sentido que o trabalhador atribui à sua atividade, em determinada situação, é objetivo da ergonomia da atividade situada.

Se o meio é sempre infiel (CANGUILHEM, 1995), no trabalho não poderia ser diferente, posto que existe a variabilidade. O prescrito é sempre redefinido, e a atividade é sempre diferente da tarefa, existindo tanto a variabilidade técnica quanto imprevistos que se apresentam na tecnologia. Por esse motivo, as diferentes formas de gestão do trabalho são tentativas de regular essa variabilidade, relacionada tanto ao contexto social e ambiental mais amplo quanto às características intrínsecas da organização, que tenta controlar as variáveis pela prescrição, sempre insuficiente (VIDAL, 2001).

O trabalho prescrito não é o único elemento que antecede o trabalho efetivamente realizado, pois a distância significativa entre o que se pede que o trabalhador faça e o que ele de fato faz, manifestam-se as contradições do ato de trabalhar, exigindo engajamento do sujeito para as superações de desafios decorrentes da variabilidade do meio. Essa perspectiva da ergonomia situada em relação ao irreduzível hiato entre a tarefa (prescrita) e a atividade do trabalho, mesmo naquelas consideradas de fácil execução, operou no deslocamento da ênfase em organização formal e informal do trabalho para uma perspectiva técnica (DANIELLOU et al., 1989).

Nesse gradativo deslocamento de um experimentalismo de laboratório para as situações analisadas na realidade dos ambientes de trabalho, as operações inteligentes presentes em qualquer atividade passam então a ter visibilidade pelas pesquisas da ergonomia situada. Desse modo é concebido um paradigma de formação em análise do trabalho, em que as ações dos analistas passam a ser orientadas também pelas representações e pelos conhecimentos dos trabalhadores acerca de seu contexto laboral (LEPLAT, 1997).

As questões recusadas por Taylor passaram a ser contempladas pela ergonomia situada, contraposta principalmente ao modelo taylorista,⁹ que deposita nas prescrições a garantia da regularidade produtiva, ignorando as variabilidades presentes no desenvolvimento da atividade. Esse modelo estabelece uma relação ritmada da atividade humana, reduz o trabalho à gestualidade física e desconsidera, por exemplo, o conjunto das atividades mentais e psíquicas e suas interferências no desenvolvimento da

⁹ O taylorismo nasceu das idéias do engenheiro americano Taylor, no início do século XX nos Estados Unidos, e proliferou nos países europeus até seu apogeu.

atividade. Trata-se do operário, sua máquina e uma tentativa de simplificar a atividade humana no sentido de executá-la sem precisar pensar.

Se o modelo taylorista tenta isolar o sujeito, ao se aproximar do trabalho humano em situações reais, a ergonomia situada tem mostrado que o processo laborativo não corresponde apenas ao que é fixado por regras, e orientado por objetivos determinados, uma vez que, ao realizar a tarefa, o trabalhador se encontra diante de variabilidades que lhe exige meios próprios para cumprir o prescrito. Analisar as estratégias pessoais e coletivas utilizadas pelo trabalhador para gerir esta distância é o que nos mobiliza na presente pesquisa.

A prescrição tem por função oferecer ao trabalhador um roteiro (os *scripts*) a ser seguido de modo que a tarefa possa ser realizada, portanto, sua importância está em nortear a ação do trabalhador. Os suportes escritos, no entanto, não conseguem essa função de prescrição absoluta. Representam no máximo um ponto de partida em dado momento, de antemão ultrapassado, uma vez que são incessantemente adaptados pelo trabalhador a fim de viabilizar a realização da tarefa. Essa adaptação ocorre porque a prescrição não consegue antecipar tudo para o trabalhador que, frente às variabilidades que atravessam as situações de trabalho, terá que mobilizar recursos próprios, cognitivos e afetivos, para dar conta da produção (LEPLAT, 1997).

Assim, a prescrição irá balizar a ação do trabalhador, mas não o suficiente. E é nesse sentido que o modelo taylorista-fordista vai ser tão criticado, pois justamente quando se julga desnecessária qualquer iniciativa é que ela se faz obrigatória, dada a solicitação sistemática de uma mobilização pessoal e coletiva do trabalhador para a realização da tarefa.¹⁰ Nesse modelo produtivo clássico, as coisas são “relativamente simples”. O setor de métodos define o produto a ser realizado e os passos que os operadores devem seguir para fazê-lo de maneira ótima. Admite-se estreita margem de liberdade, pois o peso do prescrito deixa pouco espaço para a autonomia. Por outro lado, no modelo produtivo pós-tayloriano, as características tanto do produto quanto do modo operatório são cada vez menos definidas pelo setor de métodos, os operadores devem prever e gerir o modo operatório. E, nesse sentido, a questão, ao invés de se esgotar, mantém-se, pois, nesse modelo, a não-prescrição é uma prescrição “disfarçada”, que recai, aliás, mais sobre a execução do que sobre a tarefa, tornando-se uma prescrição “disfarçada” do tempo do operador.

¹⁰ A tarefa não é o trabalho, mas o que é prescrito ao operador.

Assim, independente do fato de essa prescrição estar explícita ou implícita, ela configura modelos que submetem os trabalhadores a *scripts* muito precisos e a constante controle de uniformização de seus procedimentos.

É dessa forma que a regulação dos incidentes e imprevistos da produção, feita pelos operadores, ganha destaque na história da análise laboral. Diante de meios de trabalho extremamente complexos, cabe aos operadores criar as competências necessárias para a sua regulação, aumentando a demanda quanto a essa ergonomia situada. Além disso, evidencia a necessidade de analisar, também, a atividade coletiva, realização efetiva de uma tarefa por um grupo de trabalho que opera de forma interdependente (LEPLAT, 1997).

O fato de as pessoas estarem trabalhando no mesmo local não significa que estejam fazendo uma atividade coletiva, que se configura quando uma tarefa é compartilhada por um grupo. Nessa dimensão estão imbricadas a cooperação e a comunicação, partilhadas pelos operadores do sistema técnico visando regular os incidentes (GAILARD, 1995). A degradação de uma e outra pode causar incidentes. Assim, o ergonomista pode auxiliar na tarefa de facilitar as condições de comunicação¹¹ e de informação, para que os operadores possam obter mútua compreensão do problema e trabalhar coletivamente em sua resolução.

É quando um processo contínuo da produção toma forma que a abordagem ergonômica pode encontrar seu locus privilegiado de análise, constituindo-se como modelo num sistema complexo. Toda a conceituação produzida surge dessa necessidade de transformar situações de trabalho a partir de demandas. Nesse modelo, a competência humana necessária para a execução de toda a atividade é apreendida por um instrumento analítico denominado análise ergonômica do trabalho – AET, que possibilita verificar as estratégias postas em prática nas situações de trabalho (WISNER, 1987).

Essa metodologia de análise do trabalho tem por característica essencial realizar uma abordagem das situações de trabalho sem modelo estabelecido *a priori*. A especificidade de cada contexto e do problema enfrentado pela ação ergonômica é que vai definir a escolha dos métodos e técnicas apropriados (GUÉRIN et al., 1991; WISNER, 1994).

¹¹ As comunicações verbais (oral e escrita) e não verbais (ligadas ao corpo) são essenciais para a cooperação (LACOSTE, 1995).

Essa questão da incerteza e imprevisibilidade que acompanha toda relação de serviço supõe a necessidade de se estabelecer diálogo com os trabalhadores para acessar esse saber que ali está se construindo. Foi preciso, então, ir ao Setor de Emergências do Huap para ver de perto e compreender como se entrelaçam gestão do trabalho e saúde, como fizeram os ergonomistas após constatar que onde a gestão do trabalho era mais rígida havia, sempre, gestão – invisível – dos operadores. É nessa busca de novas tentativas de avaliar o trabalho que a ergonomia situada vai ampliando a idéia do que é pensar o trabalho como gestão, pois gerir não é administrar, aplicando mecanicamente regras e ordens. A gestão do trabalho está mais ligada à existência de confronto do trabalhador com um meio infiel, de dimensões históricas e vivências singulares que precisam ser tratadas.

A ergonomia da atividade situada contribui, assim, com sua relevância do ponto de vista da atividade, servindo de referência à ergologia para pensar novas perspectivas de produção de conhecimento e de transformação das situações de trabalho.

1.2. A perspectiva ergológica e o enigmático da atividade

Sim, é certo, o trabalho se modifica. Mas penso que o trabalho foi sempre apreendido na mudança. O que é, na minha opinião, consubstancial à natureza do trabalho humano: ele se modifica sempre.

Schwartz et al., 2007, p. 139

A ergologia inicia sua história científica e institucional em um projeto intitulado Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho – APST, cujos objetivos são:

pensar as mudanças no trabalho, através das trocas entre os conceitos e as experiências; assumir como parceiros desse projeto os próprios protagonistas das situações de trabalho em análise; e, ao mesmo tempo, ter como objeto o ato eminentemente problemático de conceitualizar a atividade dos outros (SCHWARTZ, 1997, p. 7).

Essa proposta de análise do trabalho em contexto pluridisciplinar tem como elemento operador, sintético e transdisciplinar o conceito de atividade humana no trabalho. (TELLES et al., 2004).

A ergologia visa à compreensão e à transformação das situações de trabalho pela confrontação dos conhecimentos produzidos pelos operadores no exercício da atividade e os saberes disciplinares. Para isso estuda o trabalho em suas dimensões micro e macro/singular e universal¹² pela relação dialética que une em permanente vaivém essas duas dimensões nas situações de trabalho. Essa dialética amplia as possibilidades de análises de uma determinada situação laborativa.

Tanto Daniellou et al. (1989) quanto Schwartz (2000), seu maior representante, a consideram perspectiva que contribui para repensar as práticas e as questões que se destacam nas situações de trabalho a partir das demandas colocadas pelas modulações do capitalismo contemporâneo, voltando-se para estudos acerca da concepção dos meios laborais a fim de que sejam consideradas as características humanas e a atividade dos trabalhadores.

Assim, para estudar o processo humano de trabalho, a abordagem ergológica vai utilizar pressupostos da noção de atividade; reconhecimento da existência de um campo de debate de valores nas atividades realizadas por humanos; presença de dialética universal/singular ou macro/micro nas situações de trabalho; existência de regime de produção de saberes como dispositivo em três pólos.

No modo de trabalho taylorizado, pensa-se a execução, não a atividade. Pensa-se o *“a priori, o que é anterior à atividade da pessoa. É o desenho, o esquema teórico... concebido de boa fé pelo setor de métodos, com uma preocupação de eficácia e racionalidade”* (SCHWARTZ et al., 2007, p. 41). Portanto acreditar que esse indivíduo se restrinja a esses padrões de procedimentos é desconsiderar as alternativas imanentes a toda situação humana de atividade, destacam os autores.

Sobre esse modelo taylorista, Schwartz et al. (2007, p. 37) acrescentam que nele os trabalhadores *“não têm que pensar seu uso de si mesmos no trabalho, pois isto já teria sido pensado por outros antes, nos menores detalhes”*. Há ali um esforço para reduzir a variabilidade do ambiente laborativo mediante operações sofisticadas de

¹² Uma situação de trabalho contém as questões da sociedade. Segundo Schwartz et al., (2007), *“dentro do infinitamente pequeno do trabalho, encontram-se os maiores problemas do político (...) A perspectiva ergológica obriga (...) colar permanentemente o micro e o macro”* (p. 33). E ainda: *“(…) encontramos as questões e os debates de escala macro no mais simples dos atos de trabalho e inversamente – o mais simples dos atos de trabalho pesará nas mudanças mais globais”* (p. 33). O trabalho é assim perpassado por fatos que lhe são subjacentes: a mundialização, o consumo, as desigualdades, a cidadania, etc... Níveis microscópico e macroscópico que se interpenetram.

previsão, antecipação, prevenção, com o intuito de manter estáveis as condições ambientais para a regulação da produção. “*Esta maneira racional de pensar o trabalho se concretiza numa seqüência que se desenvolve, em princípio, linear (...) pensaram que era a melhor maneira de seqüenciar (...) para que houvesse a menor perda de tempo possível*” (SCHWARTZ et al., 2007, p. 40). Não é portanto a atividade que é pensada, mas sua execução, “*na medida em que o trabalho era incluído no registro do mecânico, da execução e do assujeitamento*” (SCHWARTZ et al., 2007, p.191).

Se as situações laborais exigem organização própria dos trabalhadores para realizar o que lhes foi prescrito, compreender as regras fixadas é tão importante quanto conhecer o trabalho que eles desenvolvem, uma vez que o “*elemento não técnico tem pertinência direta sobre o técnico*” (Schwartz, 2000, p.38).

É por esse motivo que a ergologia não aborda o trabalho prescrito tão colado a essa dimensão crítica ao taylorismo. Pois, se não há dúvidas na perspectiva positivista¹³ que atravessa a construção desse modelo, não se pode negar por outro lado o aspecto positivo de uma tarefa prescrita. É preciso, sugerem Schwartz et al. (2007, p. 70), evitar diabolizar a norma, pois “*não há trabalho sem o prescrito*”. O trabalhador necessita do prescrito para trabalhar. Por outro lado, a questão se instala na tendência a só ver o prescrito em razão de ele se encontrar formalizado, visível, e poder ser verbalizado. A dimensão real da atividade fica esquecida porque o trabalhador nem sempre consegue verbalizar sua maneira de fazer. Daí a atividade ser um enigma a se decifrar.

Assim, a ergologia vai considerar o prescrito próprio de toda atividade humana, algo que orienta o trabalhador no tempo/espço, lhe serve de norte, pelo qual parte sem saber onde irá chegar. É próprio do humano buscar a constância, por isso o prescrito contém tanto sua “positividade” quanto seu aspecto positivo. Saber diferenciá-los é fundamental nesse processo.

Seguindo essa perspectiva, verifica-se por que não é possível ao trabalhador ser mero executor de prescrições, pois no ambiente de trabalho¹⁴ existe toda espécie de infidelidades, que se combinam e se reforçam. Nada acontece da mesma forma em dois dias seguidos ou duas situações de trabalho distintas. É nesse sentido que o meio – tal

¹³ O positivismo, em linhas gerais, tem por característica a separação entre sujeito (pesquisador) e objeto de estudo, valorizando o instrumentalismo do método e atribuindo menor valor à teoria e à interpretação. Acredita-se no empreendimento científico como algo neutro e objetivo. Os objetivos da ciência dariam a descrição imparcial, a predição e o controle sobre a realidade (GONZÁLES, 1997).

¹⁴ Ambiente técnico, humano, cultural e social.

como o trabalho – é infiel. Segundo Schwartz (2000), enfrentar essa necessidade de gerir as variabilidades é também tornar vivível o trabalho.

Schwartz (2000) aponta para o fato de que essa infidelidade é gerida como “*uso de si*” e não como mera execução. Reduzir a atividade de trabalho à mera execução é acreditar que a prescrição é perfeita, que o meio é fiel e que não há variabilidades contínuas e constantes – algo que é impensável na ordem do humano.

Se, de fato, porém, a prescrição oficial não tem mais seu papel clássico, então o que ela significa exatamente? Qual a sua importância? E o seu custo? Como já destacamos no corpo deste capítulo, em toda atividade de trabalho a prescrição será necessária para nortear o trabalhador e facilitar o cumprimento da tarefa. E ela é, entretanto, muito mais do que isso, destaca Schwartz (2000); é sempre constituída de normas antecedentes que integram ao trabalho realizado toda a história do operador, seu saber fazer e sua concepção do trabalho. Assim, aspectos relativos à prescrição funcionam muito mais do que suportes escritos e devem ser investigados para além desse modelo clássico.

As disfunções encontradas na produção de uma empresa e que acarretam consequências negativas para a saúde do trabalhador estariam, assim, tão relacionadas ao desconhecimento dessa diferença entre o prescrito e o realizado, ignorando-se o trabalho tal como executado pelo trabalhador, quanto ao desconhecimento dessa “máquina humana” que se apropria de um saber e estratégias próprias para validar suas atividades. As dificuldades encontradas na execução de uma tarefa e em seu ajustamento estariam relacionadas a esse desconhecimento. Assim, se de um lado temos a empresa com suas regras de funcionamento no contexto de realização do trabalho, de outro lado, o trabalhador¹⁵ comparece empregando formas singulares de realizar as tarefas e fazer valerem seus objetivos. Assim, Schwartz (2000) pensando uma perspectiva ergológica direcionada para a produção de saberes sobre o trabalho vai expandir a idéia de trabalho prescrito para os conceitos de normas antecedentes e renormatizações.

¹⁵ Nesse sentido, Schwartz (2000, p. 48) destaca que “*cada momento de uma confrontação entre os saberes, o ideal de saúde de um indivíduo e as coerções micro e macroscópicas são, portanto, singulares e ninguém pode substituir aquele que faz a experiência, para julgar de seus limites e seus horizontes*”.

Schwartz (2000) refere-se às normas antecedentes¹⁶ para designar o caráter híbrido do trabalho com o qual o trabalhador se defronta para realizar a tarefa. Esse alargamento do conceito de prescrição foi desenvolvido pelo autor para evidenciar de forma mais ampliada elementos que não são contemplados pela ergonomia da atividade situada quando se refere a trabalho prescrito.

Essas normas abrangem os “*saberes científicos e técnicos que se constituem em instalações, procedimentos, normas de utilização e também codificações organizacionais, ligadas às formas sociais do trabalho, às redes de poder e autoridade*” (ALVAREZ et al., 2001, p.18).

Pois é em contexto de trabalho e no confronto com determinados constrangimentos e imprevistos, que as normas antecedentes, mais ou menos codificadas, são renormatizadas, porque a própria gestão das variabilidades o exige (SCHWARTZ, 2002). Isso sugere que os trabalhadores não assumem de forma mais ou menos fiel as normas definidas em sua atividade; pelo contrário, eles participam do debate sobre sua atividade.

Esses conceitos serão desenvolvidos a partir da obra de Georges Canguilhem (1995), para quem o meio não se impõe, mas é sempre reapropriado e modificado pelo homem. A saúde, que não se reduziria a mero equilíbrio ou capacidade adaptativa, seria então pensada por esse teórico como a abertura aos riscos e às infidelidades desse meio a partir da capacidade humana de instaurar novas normas em situações adversas ou nocivas. Se as infidelidades do meio fazem parte de história do sujeito e uma vez que o mundo (incluindo os mundos do trabalho) é constituído por imprevistos, a saúde não pode ser pensada senão como a capacidade de enfrentar, mediante a renormatização,¹⁷ os riscos, as adversidades e nocividades que se apresentam. Adoecer, por outro lado, é adequar-se a um único meio restrito e limitado, da ordem da normalização.

A ergologia vai incorporar essa concepção de saúde para desenvolver os conceitos de normas antecedentes e renormatização (SCHWARTZ, 2000). Viver em

¹⁶ Nesse sentido, podemos entender que as normas antecedentes são também normas renormatizadas. As renormatizações de hoje serão amanhã normatizações a ser parcialmente ultrapassadas, indicando, portanto, que resta sempre na normatização algo do estado anterior que se mantém.

¹⁷ Seguindo o referencial de Canguilhem, Schwartz (2000) utiliza o conceito de normatização, em vez de normalização, em razão de esta se referir ao restabelecimento de uma situação em direção ao seu modo normal de funcionamento, enquanto aquela introduz novas normas de funcionamento.

saúde no trabalho será sempre gerir essa infidelidade que o meio apresenta e que causa desconforto ao trabalhador, pois, se boa parte da operação está consagrada à antecipação de normas antecedentes, por outro lado, não se sabe *a priori* como a atividade se desenvolverá. O plano de trabalho prescrito permite ao trabalhador um ponto de partida, mas o resultado da operação será um compromisso entre as exigências da cadência de trabalho e os múltiplos incidentes a serem resolvidos. E a existência de um debate de normas atravessando essas seqüências padronizadas não impede certo desconhecimento por parte dos trabalhadores acerca desse retrabalho permanente de sua atividade, seja ele individual e/ou coletivo. Esse debate de normas se dá entre as normas antecedentes e as normas recentradas, gerando renormatizações, que são reinvenções locais dos trabalhadores.

Assim, outro pressuposto da abordagem ergológica traz a questão dos valores: se o trabalho mobiliza o tempo todo aspectos subjetivos do trabalhador, então ele é, também o tempo todo, um debate de valores. A variabilidade de todas as situações vai colocar à prova normas e valores antecedentes em uma situação histórica sempre em parte singular, levando o trabalhador, ao se deparar com a prescrição, a executá-la de acordo com seus valores e com sua história individual e coletiva, agindo diante das lacunas ou das deficiências do prescrito fora de uma padronização. Assim, renormatizar o meio a seu jeito para dar conta do que não está prescrito vai sempre envolver um debate: de normas, de valores, de histórias. Pois antes de tudo, o trabalho é um fato subjetivo e social.

Segundo Schwartz (2000, p.38), cada situação de trabalho é sempre uma experiência que coloca à prova normas e valores antecedentes em uma situação histórica sempre em parte singular. Nunca é o retorno do mesmo. Nessa perspectiva, uma das importantes contribuições da ergologia ao estudo do trabalho é esse olhar sobre o sujeito da atividade como alguém atravessado por escolhas e valores, uma vez que a ergologia não separa a produção das demais instâncias da vida.

Os valores não são imutáveis e seu significado nos reporta sempre a determinado meio histórico, do que decorre o fato de só os podermos apreender em seu contexto de origem (SCHWARTZ, 1997). As opções que cada um integra na gestão de sua atividade têm sempre, subjacentes, determinados valores, por meio dos quais cada um concebe transformações em sua atividade e a renormatiza (SCHWARTZ, 2000). As tentativas de renormatizações possibilitam o acesso do trabalhador a um sistema de

mobilidade coerente com suas necessidades e, assim, utilização mais assídua em seu ofício.

É momento, então, de trazermos o conceito de atividade desenvolvido pela ergologia, uma vez que esse conhecimento será importante para avançarmos em nossa análise das situações de trabalho no Setor de Emergências no Huap.

A perspectiva de estudos da atividade da abordagem ergológica é eminentemente enigmática, arbitrária e, portanto, imersa num mundo de saberes, opções, normas e valores (SCHWARTZ, 2000).

Para compreender a atividade é preciso analisar o vivido em situação de trabalho, o que exige a apreensão conjunta do geral e do particular. Segundo Schwartz et al. (2007), uma situação de trabalho contém sempre desafios da sociedade e, cada um participa desses debates pela maneira própria de trabalhar.

A atividade é processo engendrado pelo operador frente às situações de trabalho que o constroem na realização da tarefa. Sua construção é empreendida nesse confronto que se manifesta na interação entre o sujeito que trabalha e seu entorno laborativo. Assim, é no diálogo com os trabalhadores e no confronto com seus pontos de vista que a ergologia vai explicitando, pouco a pouco, conhecimento sobre a atividade, seus processos subjacentes e as conseqüências sobre a saúde do trabalhador. Os problemas que os operadores têm de resolver em sua atividade nunca estão definidos de maneira completa no enunciado formal das tarefas a realizar, nem estão previstas formas de os resolver, que deverão, aliás, ser construídas.

Assim, a perspectiva ergológica propõe lidar com o trabalho a partir do ponto de vista da atividade concreta de quem trabalha. O trabalho concreto envolve sempre atividades complexas e enigmáticas, razão pela qual o conceito-chave na perspectiva ergológica é o conceito de atividade, que propõe a compreensão das situações de trabalho pela ótica da atividade humana.

Se a execução do trabalho envolve sempre atividade humana, só existe trabalho se existe um sujeito que trabalha. Atividade, portanto, é um termo que designa aquilo que o trabalho tem de humano, é o que, no trabalho, distingue homem de máquina. É o que há de mais especificamente humano no trabalho. A atividade tem finalidade, um objetivo para alcançar, um fim; e a construção dessa finalidade compete ao trabalhador.

Os problemas a serem administrados em determinada situação só nela podem ser identificados, não podendo ser antecipados. A compreensão da estrutura interna da atividade é o que permite compreender a natureza dos problemas, tal como são pensados

pelos trabalhadores. Nesse sentido, identificar a atividade significa identificar o trabalho para além do prescrito e teórico.

Para Schwartz et al. (2007), trabalhar inclui sempre uma dramática do uso de si; é sempre um drama posto que envolve o trabalhador por inteiro num espaço de tensas negociações entre normas e valores. Assim, para o autor, quando vemos alguém trabalhar é preciso reconstituir, em parte, suas “*dramáticas de uso de si*”, pois a atividade é o lugar em que converge a tensão entre o uso de si por si mesmo e pelos outros.

A expressão “*uso de si*” chama a atenção para a complexidade humana e remete ao fato de que não há apenas execução nessa dramática, mas também uso. É o trabalhador sendo convocado em sua subjetividade, em mobilização que qualquer abordagem taylorista jamais pode alcançar. Explica o autor o uso de si por si mesmo, aquele que cada um faz de si próprio na renormatização singular para a realização de sua atividade, e pelo outro, a partir das condições históricas que lhe são dadas e que são produtoras de subjetividade, envolvendo dimensões microgestionárias. Não estabelecer essa tensão contraditória entre esses dois usos é considerar o trabalhador ser humano passivo, reprodutor, que meramente sofre os impactos dos determinismos históricos, econômicos e sociais.

Segundo Schwartz (2000), o trabalho efetivamente realizado (assim como a vida) nunca é apenas isso; pois o humano não só varia, mas produz variações. Nesse sentido, as pessoas praticam o tempo todo a gestão de si nas atividades laborativas, por meio de escolhas, valores, arbitragens. Essa gestão é da ordem da vida; independe do trabalho. Assim, para o autor, a gestão de si sempre esteve presente, mesmo quando o taylorismo afirmava o contrário. As atuais mudanças nos mundos do trabalho, portanto, não inventam essa dimensão; apenas começam a assumir sua existência. Os trabalhadores transmitem uns aos outros procedimentos não ensinados e que são por eles inventados, formando um patrimônio no cotidiano das histórias laborais. Esse saber é fonte não só de criação, mas de produção de resistências para outras formas de gestão de si, pois no hiato entre o prescrito e o efetivamente realizado não é possível anteciper a atividade e, assim, padronizá-la, como supunham as convicções tayloristas. Uma vez que essa antecipação é impossível, a atividade torna-se enigmática por ser complexa, exigindo engajamento tanto de diversas disciplinas científicas quanto dos protagonistas do trabalho para a compreensão dessa realidade.

A complexidade de uma situação concreta de trabalho exige, mais do que mera execução, o “*uso de si*”. Bem distante de corresponder à ficção taylorista de mera execução, trabalhar é sempre um drama, por envolver um espaço de tensões que exigem negociação de normas e valores. É o trabalhador sendo convocado e mobilizado nessa dramática. Schwartz et al. (2007) destacam que drama não significa necessariamente tragédia. Essa dramática exige arbitragens que se situam no domínio do “corpo-si”. Em vez da idéia de subjetividade e na falta de termo melhor, o autor prefere a idéia de “corpo-si”. Sem querer contestar a dimensão subjetiva no trabalho, não é o trabalhador a verdadeira entidade pertinente do debate entre normas antecedentes e (re)normatização do meio, mas uma entidade enigmática que opera na articulação do biológico, do neurofisiológico, do psiquismo e do histórico-social, sem que seja possível explicar como se opera essa articulação. O “corpo-si” é uma fonte de alternativas.

Que estranha cooperação, porém, torna viável essa competência industriosa, questiona-se Schwartz et al. (2007)? A atividade aparece então como debate de normas. É confrontação!

Se apenas o prescrito nunca é suficiente, pois que é da ordem maquinal e só desumaniza o processo, então para o conhecimento da atividade, com suas variabilidades presentes na dinâmica produtiva, é fundamental não só compreender a tarefa predefinida, mas também a organização singular do trabalhador visando aos resultados a ser obtidos. Então, avançar nos métodos e recursos científicos da análise do trabalho, incluindo o saber produzido na atividade concreta de quem trabalha, tem por objetivo identificar mecanismos implicados na relação homem/máquina que possam propor transformações em suas práticas. Nesse contexto, a interface do corpo teórico e metodológico da ergologia permite a visualização das situações laborativas fora de um contexto reducionista, contribuindo para a melhoria da relação saúde e trabalho (SCHWARTZ et al., 2007).

Trabalhar é produzir uma história original, que deve articular e recompor na ação um vasto conjunto de determinantes, muitas vezes contraditórios. A atividade é integradora. Os determinantes em jogo são extremamente numerosos e integram dimensões tais como a história do trabalhador, as relações fora do trabalho, etc. A atividade, portanto, acopla tarefa e aquele que trabalha. Da atividade humana originam-se problemas teóricos e práticos de extrema complexidade, cujo estudo requer a colaboração de ciências e técnicas bem variadas.

Nesse sentido a ergologia vai pensar o trabalho sob o ponto de vista da atividade, o que implica não categorizar antecipadamente as mudanças que se encontram em curso e não utilizar modelo único de análise.

O conceito de atividade é, assim, dialético, não pertence exclusivamente ao patrimônio de nenhuma disciplina específica, mas convoca para o debate algumas delas, bem como diferentes abordagens; dialoga com todas, atravessando suas fronteiras permeáveis. É conceito de mediação, um ir-e-vir dinâmico entre os diferentes campos. Sendo a atividade motor de um regime de produção transdisciplinar, não é conceito acabado, ao contrário, está em permanente construção dada a dinâmica de circulação permanente entre os campos global/local, macro/micro presentes no mundo do trabalho e que exigem retrabalho parcial e constante das normas prescritas. Esse ir-e-vir aparentemente invisível da atividade demanda olhar de outro modo para a maneira como o trabalho acontece efetivamente. Pois ali, no espaço entre o prescrito e o efetivamente realizado, há uma exigência de microgestões da situação e trocas coletivas em constante vaivém. É espaço de contradição permanente, sendo então pertinente agregar nesse debate outros saberes: os da prática, da experiência e os acadêmicos

A atividade constitui contexto favorável à promoção de evoluções, e os trabalhadores, por suas escolhas e pelos valores que elegem para definir sua orientação, podem ser considerados seus protagonistas. Segundo Schwartz et al. (2007) não há um modelo único de interpretação da mudança porque não há mudança, mas mudanças. Assim, a mudança passa a uma perspectiva de duplo movimento: o que é definido num nível macro de análise é debatido num nível micro de análise, em que as alterações são organizadas, estruturadas, enfim, transformadas segundo as prioridades e a orientação que os trabalhadores atribuem a sua atividade.

A partir dos limites apresentados pela comunidade científica ampliada,¹⁸ Schwartz (2000) propõe outro instrumento epistemológico/metodológico e conceitual, para dar uma dimensão mais ampla do que a explorada por Oddone et al. (1986) na análise das situações de trabalho: o dispositivo de três pólos e a produção de renormatizações.

Para Schwartz (2000), a idéia de *comunidade científica ampliada*, utilizada como modelo de investigação pelo MOI, revelaria alguns limites a partir do declínio do

¹⁸ A comunidade ampliada de pesquisa é proposta brasileira e diferente da comunidade científica ampliada, já considerando a possibilidade de um dispositivo a três pólos.

trabalho imediato e da fragmentação dos coletivos de trabalho, o que exigia tomar distância do contexto de Oddone nos anos 60/70 para trabalhar em comum com todos os interlocutores. Esse cenário leva Schwartz (2000) a propor a passagem do trabalho operário para concepção mais geral da atividade humana como tentativa de compreender as transformações do trabalho. Outro limite estaria na concepção de que o conhecimento das atividades pertenceria ao domínio científico, ocultando as competências de cada um dos parceiros dessa comunidade, assim como as dificuldades impostas pelo trabalho coletivo.

Uma vez detectadas as limitações, Schwartz (2000) propõe, em vez do conceito de *comunidade científica ampliada*, o de *dispositivo dinâmico de três pólos* – DD3P, conseqüência direta da idéia de renormatização na atividade, por entender que deva existir um terceiro pólo (o das exigências éticas e epistemológicas) que regule a colaboração e o confronto entre os saberes das disciplinas e os saberes gerados nas atividades.

Esse regime de produção de saberes em três pólos propõe a articulação dos materiais gerados pelas diferentes disciplinas científicas (pólo dos conceitos, do conhecimento sistematizado), com os saberes e valores gerados pelas experiências dos trabalhadores nas atividades (pólo das forças de convocação e de reconvocação); e o pólo das exigências éticas e epistemológicas (que pressupõe o compromisso de compartilhamento de saberes) faz a ligação entre os dois¹⁹ (SCHWARTZ, 2000).

O autor delimita o terceiro pólo a partir do chamado “desconforto intelectual” gerado pela renormatização que se produz nas atividades, invalidando em parte os saberes disciplinares que, por definição, tendem a neutralizar a história atual e local dos homens e das próprias atividades. Esse dispositivo é uma conseqüência direta da idéia de renormatização da atividade.²⁰ O primeiro e o segundo pólos encontram-se em dinâmica constante e contínua, e esse encontro só se produz na presença do terceiro pólo, que impõe certa humildade para reconhecer que ambos os saberes (científico e da experiência) não explicam a realidade em sua totalidade, sendo complementares e não excludentes. O objetivo é a parceria de pesquisadores e trabalhadores que reverta na possibilidade de transformações nas situações de trabalho.

¹⁹ A combinação dessas três dimensões revela sua utilidade como dispositivo para detectar e resolver problemas no mundo da produção.

²⁰ Ressaltando-se, porém, que essa forma de produção de conhecimento sobre o trabalho é marcada pelas idéias difundidas pelo modelo operário na obra do médico e psicólogo do trabalho Ivar Oddone.

O que Schwartz (2000) busca através desse dispositivo de três pólos é a função e o sentido de um conceito, não se contentando apenas em produzir um conhecimento sobre o trabalho humano. Se para a ergologia um conceito é um mediador, sua eficácia supõe que seja criado e posto em movimento em meios singulares aos quais está destinado, servindo de recurso aos protagonistas da atividade. É esse movimento que vai provocar tensão entre as normas antecedentes, por um lado, e o trabalho de renormatização, por outro, criando-se, assim, de maneira indissociável, o desenvolvimento das atividades individuais e coletivas e dos conceitos, dado que ambos os pólos evoluíram conjuntamente. É essa análise da atividade realizada com os atores, em perspectiva de co-produção com os pesquisadores, que vai produzir a validação dos conceitos. Essa confrontação transforma os atores e os pesquisadores em co-autores da pesquisa, como portadores de seus saberes específicos.

Nesse novo regime de produção de saberes, portanto, o conhecimento sobre as situações de trabalho é sempre provisório, e é nesse sentido que o modelo de investigação utilizado pelo MOI será reavaliado pela perspectiva ergológica, que vai propor, em contrapartida, esse outro dispositivo, trazendo a exigência de que o saber da experiência e o saber conceitual sejam mediados.

Atualmente, com conceitos próprios para compreender a atividade de trabalho, a ergologia busca interfaces com os diversos campos disciplinares relacionados ao mundo do trabalho, em particular a saúde do trabalhador e a ergonomia, afirmando assim o diálogo entre saberes de diferentes disciplinas e os saberes advindos da experiência do trabalho. Segundo Schwartz (2000) não só os trabalhadores têm necessidade dos conhecimentos produzidos pelas diversas disciplinas para valorizar seus saberes específicos e transformar sua situação de trabalho, como essas disciplinas só se podem desenvolver a partir das questões trazidas pelo mundo do trabalho.

Schwartz et al. (2007) afirmam que os avanços na compreensão da dimensão real do trabalho necessitam de ampliação na concepção do que é o trabalho, da busca de uma dimensão mais ampla de análise da atividade humana, pois a forma como o trabalho é concebido interfere na compreensão do modo de analisá-lo.

As contribuições dessa perspectiva em nossa pesquisa estão relacionadas, assim, ao nosso objetivo de compreender os sentidos que os trabalhadores do Setor de Emergências do Huap vão atribuindo às mudanças que se apresentam em seu cotidiano laborativo e em que medida está posta em causa a construção de si e da saúde no trabalho.

1.3. Abordagens clínicas do trabalho

O tema da pesquisa nos coloca em diálogo também com as contribuições oriundas da psicodinâmica do trabalho e da clínica da atividade, especialmente no que convergem para o desenvolvimento da noção de atividade.

Partiremos então dos pressupostos da psicodinâmica do trabalho, por meio das formulações de saúde e doença desenvolvidas por Christopher Dejours, e das assertivas de Yves Clot, na clínica da atividade, acerca da mobilização pessoal e coletiva no desenvolvimento dos ofícios, buscando a possível articulação com a finalidade de contribuir para essa caixa de ferramentas teórico-metodológica. Todas essas contribuições foram orientadas segundo a perspectiva ergológica.

1.3.1. A psicodinâmica do trabalho

O homem são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio que ele alcança na ruptura...
Canguilhem, 1995, p. 261

Também de origem francesa, a psicodinâmica do trabalho contribui nas investigações acerca da maneira como os humanos se envolvem no cumprimento dos objetivos do trabalho. Seu principal autor, Christophe Dejours (1997), ao problematizar a relação trabalho/saúde, defende a idéia de que o trabalho é operador tanto de saúde e prazer quanto de doença e, nessa articulação, destaca o homem como construtor de seu campo laborativo, recriador de normas e capaz de elaborar defesas pessoais e coletivas para lutar contra o sofrimento que o acomete.

Inicialmente, Dejours (2004) e seu então grupo de pesquisas²¹ tinham como objeto de estudo investigações em torno de uma psicopatologia do trabalho, entendendo a organização do trabalho como um conjunto de pressões inabaláveis no encontro dos humanos com seu labor. Essa visão, no entanto, foi gradativamente sendo modificada com o desenvolvimento das práticas de pesquisa-intervenção que levaram o psiquiatra

²¹ Aocip – Associação pela abertura do campo de investigação em psicopatologia do trabalho (ATHAYDE, 1996).

francês a compreender a organização do trabalho como uma relação que se produz no encontro de homem e trabalho, envolvendo uma negociação em algum nível.

O diálogo com a ergonomia da atividade nos anos 70 foi fundamental para um novo caminho de análise, contribuindo decisivamente para novas percepções sobre o trabalho, mediante a defasagem entre os trabalhos prescrito e realizado, e os trabalhadores, que não são meros executores de tarefas prescritas, transformando as situações de trabalho (WISNER, 1987).

Assim, a partir do final da década de 1980, ter-se-ia operado uma espécie de corte epistemológico, indo de uma análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho para uma análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho (DEJOURS, 2004). Essa mudança na concepção e denominação do campo tem sido decisiva para a compreensão das possibilidades do trabalho como estruturante psíquico e dos possíveis encaminhamentos do sofrimento em direção ao prazer e à saúde. Assim, se num primeiro momento entendem-se as relações do homem com seu trabalho a partir de uma perspectiva da psicopatologia, posteriormente esses estudos vão desdobrar-se para uma abordagem psicodinâmica do trabalho. O foco não estará mais centrado nas relações intersubjetivas com o único objetivo de compreender o sofrimento psíquico no trabalho. Isso se amplia para uma visão do sofrimento como possibilidade e detonador da criatividade. Essa análise psicodinâmica das relações intersubjetivas que são mobilizadas nas situações de trabalho nos auxilia na compreensão do fato de que os trabalhadores são capazes de se proteger ante os constrangimentos da organização do trabalho.

No curso das práticas de pesquisa-intervenção em psicodinâmica do trabalho, realizadas na França, verificou-se que os trabalhadores não se mostravam inteiramente passivos diante das pressões organizacionais; pelo contrário, eram capazes de detectar e interpretar os eventuais efeitos nocivos sobre sua economia psíquica e, com frequência, a eles reagir. Mesmo em condições precarizadas e em formas de organização de trabalho deterioradas, de uma maneira geral eles são capazes de compreender sua situação, reagir e defender-se, apesar da nocividade eventualmente presente (DEJOURS, 1994).

Essa percepção de que o trabalho também poderia ser fonte e meio de prazer leva à reformulação do conceito de sofrimento, considerando-o inerente ao humano, mas podendo descambar em adoecimento ou, por outro lado, tomar o rumo do prazer. A

psicodinâmica do trabalho passa então a investigar a função do trabalho – que se constitui em fator estruturante – na vida do trabalhador e, em particular, de sua saúde em suas vivências no trabalho. Por outro lado, a saúde no trabalho não pode se definir como ausência de risco e sofrimento, mas como capacidade de o trabalhador gerir e ultrapassar as dificuldades ligadas ao risco.

Sobre essa relação trabalho/saúde, Dejours (1993) destaca que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, podendo favorecê-la ou comprometê-la. Assim, o autor enfoca a saúde como objetivo a ser atingido, conduzindo o ser humano à busca constante no sentido da construção de possibilidades para realizar seus desejos. Essa concepção da psicodinâmica do trabalho aponta as relações intersubjetivas como lugar central de análise, sendo a organização do trabalho não mais percebida como bloco monolítico que se impõe, mas sim como algo decorrente desse constante movimento (da defasagem) entre o trabalho prescrito e o efetivamente realizado.

Os estudos desenvolvidos por Cru (1987) em parceria com Dejours, sobre coletivos de trabalho, foram de grande importância para a reviravolta epistemológica no cerne da então psicopatologia do trabalho, favorecendo seu desdobramento na psicodinâmica do trabalho, que passa a se definir como análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho (DEJOURS, 1992), e cuja proposta é analisar, a partir da organização do trabalho, como se dá a interação do trabalhador com seu grupo de trabalho, como nessa relação surge o sofrimento ou o prazer, como são estruturados sistemas coletivos de defesa e de compromisso ético, diferenciados de acordo com a organização de cada local de trabalho.

Pode-se observar, assim, que pelo trabalho as pessoas acabam por defender amplamente seu equilíbrio psicofisiológico e social, construindo sua saúde. Isso aproxima a psicodinâmica do trabalho de nossa pesquisa, direcionando nossa investigação para a compreensão das estratégias defensivas construídas pelos trabalhadores a fim de evitar oscilar na descompensação psicopatológica.²²

Como critério de análise, a psicodinâmica do trabalho leva em conta os aspectos relativos à organização e às condições de trabalho, mas apontando para as possibilidades de conquista de prazer mesmo em ambientes nocivos e adoecimento

²² Na passagem de uma abordagem psicopatológica do trabalho para uma psicodinâmica do trabalho, Dejours (1992) troca a questão do sofrimento para uma análise dinâmica dos processos intersubjetivos presentes nas situações laborais. Nosso objetivo é trabalhar com esse segundo momento, utilizando o seu referencial teórico.

mesmo em ambientes com pouca nocividade. A rigidez²³ da organização não impede o exercício de certo grau de liberdade que possibilita a construção de sistemas defensivos²⁴ individuais e/ou coletivos para assegurar seu equilíbrio psíquico.

A psicodinâmica considera a organização do trabalho o principal responsável pelo surgimento de experiências danosas à integridade psíquica do trabalhador. Na luta contra o sofrimento, o trabalhador, segundo Dejours (1992), elabora sistemas defensivos a fim de lidar com o sofrimento psíquico decorrente da falta de sentido das tarefas e do perigo provocado pela organização do trabalho. Percebe-se então que o homem não é necessariamente passivo diante da rigidez e/ou das falhas das regras e da relação hierárquica, sendo capaz de detectar o que lhe faz mal, interpretar tais sinais, reagindo e investindo sentido em sua relação com o trabalho (DEJOURS et al., 1990).

A relação saúde/doença, aponta Dejours (1993), é produção complexa e relacionada à capacidade de construção de sistemas defensivos. Isso significa que no curso da ação, ao mesmo tempo em que o trabalhador elabora modos operatórios para dar conta das variabilidades, vai maquinando sistemas defensivos a fim de suportar a atividade, sem a interromper.

Nem sempre, porém, o trabalhador consegue ultrapassar os obstáculos que se apresentam na organização do trabalho e dificultam esse exercício, podendo ocorrer o aparecimento ou agravamento crônico de doenças.

Nesse sentido, um aspecto dos estudos desenvolvidos pela psicodinâmica do trabalho se refere aos saberes de prudência, regras de ofício e coletivo de trabalho. Dejours, junto com Cru (1987), avança seus estudos ao abrir um novo campo de reflexão em torno das relações paradoxais entre o homem e o perigo do trabalho, mediante o conceito de “*saberes-fazer de prudência*”, que são compostos de hábitos, comportamentos e atitudes construídos pelo coletivo de trabalho a partir de suas experiências. Esses saberes estão intrincados e indissociáveis dos “saberes-fazer” profissionais, aprendidos pelos usos e costumes que o ofício implicitamente comporta. É comum a gerência de segurança do trabalho ter dificuldades de compreender as resistências dos trabalhadores a respeitar e adotar as regras de segurança prescritas pela

²³Como nas organizações de tipo tayloristas, que oferecem pouca ou nenhuma margem de mobilidade e possibilidades de criatividade.

²⁴ Não se trata, aqui, de mecanismos de defesa conforme assinalados por Freud e sim de sistemas de defesa engendrados fundamentalmente por ação dos coletivos de trabalho.

empresa. O que parece inicialmente paradoxal revela um sistema coerente de construção coletiva visando ao controle do medo do trabalhador frente aos perigos do trabalho.

A partir dessas premissas, são formuladas hipóteses opostas aos discursos tradicionais, destacando que os trabalhadores conhecem os perigos de seu trabalho e deles se defendem de forma concreta, recorrendo a procedimentos desenvolvidos no decurso do próprio trabalho. Dejours (1997) considera essencial para o processo de construção de prevenção real e eficaz do trabalho, compreender os “*saberes-fazer de prudência*” daquele ofício de forma a trazer as experiências dos trabalhadores para a discussão sobre o problema da prevenção ou promoção de saúde em face dos riscos do trabalho. Os entrelaçamentos construídos pelo coletivo frente aos riscos da profissão devem ser considerados quando se discute a segurança do trabalho, não negligenciando o papel do coletivo no contexto em que o trabalhador constrói sua experiência, pois são esses laços que prevenirão que o trabalhador esteja ou se sinta isolado nos dissabores de sua profissão. Essa arte do ofício nem sempre é considerada pela organização do trabalho que, ao contrário, por vezes sanciona e amordaça esses saberes do trabalhador. Precisamente por esse motivo, é crucial em nossa pesquisa estarmos atentos a essa construção coletiva no Setor de Emergências.

As investigações no campo da psicodinâmica do trabalho destacam que os trabalhadores constroem estratégias coletivas de defesa para os desafios que o ofício lhes impõe, como os saberes de prudência, regras e linguagem de ofício, que têm a função não apenas de auxiliar na realização do trabalho como também de auxiliar a dominar determinados sofrimentos como o medo. A produção de macetes possibilita que os trabalhadores se sintam um pouco mais capazes de se proteger dos riscos no trabalho. Porém, em situações de trabalho em que esses saberes se mostram impotentes frente a gravidade dos riscos ocupacionais presentes, as defesas coletivas se tornam ideológicas. E sua função passa a ser unicamente proteger o coletivo do sofrimento, à custa da negação coletiva dos riscos e até da atuação concreta, trabalhando como se não houvesse nenhum risco e as ele se expondo perigosamente. As pesquisas de Damien Cru e Dejours na construção civil demonstraram que, para se defender do medo, os trabalhadores elaboravam procedimentos que consistiam em inverter simbolicamente a relação com o risco, inventando rituais coletivos²⁵ contra aquilo que lembra a fonte do

²⁵ O trabalhador, para controlar o medo, adota atitude indisciplinada através de exhibições de coragem e destreza, dispensando a utilização de equipamentos de segurança.

medo, procedimentos que visam enfatizar a força, a invulnerabilidade, a virilidade. Quem se recusa a participar não é aceito no grupo,²⁶ que não pode aceitar aquele que questiona a negação do perigo, necessária para o enfrentamento das condições de trabalho em um canteiro de obras (DEJOURS, 1997).

Segundo Dejours (1994), os sistemas defensivos funcionam como regras quando em consenso ou acordo compartilhado com o grupo. Esse acordo normativo permite que esses sistemas se sustentem e transmitam. A negação da percepção da realidade é operada, segundo o autor, de forma coletiva e, assim, se constrói uma nova realidade que é validada pelo coletivo, demonstrando que os sistemas coletivos de defesa têm papel fundamental na estruturação, coesão e na estabilização dos coletivos de trabalho. Esse sistema defensivo que se configura na modalidade denominada “*ideologia defensiva*” pela psicodinâmica do trabalho só funciona porque é coletivamente elaborado, nutrido e preservado; daí seu caráter ativo e estratégico, em última instância.²⁷ A diferença fundamental que o autor assinala entre um mecanismo individual e um sistema coletivo de defesa é que este último não se sustenta a não ser que seja por consenso.

Assim, configura-se risco quando os sistemas de defesa coletivos se transformam em “*ideologia defensiva*”, alimentando resistência à mudança do que pode estar sendo a fonte da nocividade. No momento em que os trabalhadores conseguem construir essas defesas, delas precisando para se manter a qualquer custo trabalhando, passam a hesitar em questioná-las, pois são elas que estão garantindo a continuidade de seu trabalho. Desse modo, a abordagem psicodinâmica do trabalho contribui para detectar esses sistemas defensivos ideológicos visando transformá-los em estratégicos e não apenas os desqualificar e/ou eliminar.

Para falar a respeito de defesa há que falar também em sofrimento. O sofrimento gera ansiedades, e uma das mais frequentes é provocado pelo medo; e só é possível trabalhar se superar o medo. Esse sofrimento, então, pode tomar destino patogênico ou rumo criador, transformando-se em prazer e em experiência estruturante, reforçando a perspectiva da saúde.

²⁶ É classificado como medroso, repreendido e excluído do convívio grupal.

²⁷ É evidente que os sistemas defensivos coletivos criam uma percepção irrealista da realidade, ainda mais no caso das ideologias defensivas, mas não se trata de delírios, uma vez que essa nova realidade é validada coletivamente.

Temos assim um campo dinâmico de forças, de tensão e luta, no trabalho, muitas vezes implicando cooperação (defensiva) e regras defensivas. Lembra Dejours (1994) que em sua dinâmica o coletivo de trabalho é ao mesmo tempo coletivo de regras e de defesa; assinala também que as condições que permitem “*anestésiar*” o sofrimento, conjugando o esforço de todos, são asseguradas pela cooperação defensiva que, entretanto, não modifica o risco objetivo; é sua percepção que é transformada. Trata-se, portanto, da construção de um universo simbólico comum, cuja coerência se apóia em seu negativo, ou seja, é um mecanismo que busca reduzir a força da percepção de realidades suscetíveis de gerar sofrimento. Antes de mais nada, trata-se de um domínio simbólico dos riscos possíveis. Todo sistema defensivo, entretanto, como aliás todo processo psíquico, é frágil, neste caso exigindo a participação coletiva. Sua consistência vem do fato de ser organizado por quem nele crê, interessado em reduzir a força da percepção de realidades suscetíveis de gerar sofrimento.

Dejours (1994) enfatiza que qualquer defesa assinala, mesmo que em nível medíocre, o caráter ativo dos trabalhadores. E qualquer defesa mesmo a do tipo ideológico, em última instância, é sempre estratégica. Então, a ação da psicodinâmica do trabalho é partir desse elemento ativo da defesa para transformar a forma ideologizada em estratégica *stricto sensu* – essa seria a meta de um profissional de prevenção, pontua o autor.

Estaremos, assim, explorando as possibilidades contidas na psicodinâmica do trabalho, principalmente em sua ênfase nas estratégias defensivas desenvolvidas pelo trabalhador e muito estudadas por Dejours (1993), segundo as quais o sofrimento pode resultar em lógica tanto defensiva e patogênica quanto criativa. Se a primeira paralisa e adoece, a outra subverte o sofrimento em favor da criatividade e remete à possibilidade de exercício da atividade e concepção do trabalho. O desenvolvimento de uma ou outra está relacionado ao sentido do trabalho para cada trabalhador.

A psicodinâmica do trabalho vai desenvolver uma reflexão sobre a inteligência criadora no trabalho, ligada a uma mobilização subjetiva que difere radicalmente das teorias clássicas sobre motivação. A partir do modelo japonês,²⁸ Dejours (1993) vai

²⁸ Esse modelo é conhecido pelo sucesso em matéria de produtividade e qualidade a partir da formidável participação dos trabalhadores e seus esforços e dedicação em favor da causa da empresa. A contrapartida estaria nos benefícios econômicos ou materiais recebidos (estabilidade, carreira gratificante, taxa salarial elevada, adicionais de todo tipo...). Esses fatores, porém, seriam suficientes para se compreender as condutas dos trabalhadores nesse regime de produção?

analisar a relação subjetiva do trabalhador com a tarefa. Observando de longe, o modelo japonês faz supor que “*a vivência subjetiva dos trabalhadores alinha-se docilmente com as normas econômicas e as relações mercantis onde se enquadra*” (DEJOURS, 1993, p. 283). Segundo o autor, no entanto, nas situações concretas os artifícios são engendrados pelos trabalhadores para prevenir certos incidentes e otimizar o funcionamento do processo: “*os próprios operários inventam, elaboram e transmitem uns aos outros os procedimentos mediante os quais eles evitam certos acidentes de trabalho, procedimentos estes que não lhes haviam sido ensinados*”. (DEJOURS, 1993, p. 284). Trata-se dos “*saberes-fazer de prudência*” (CRU, 1987), que já destacamos, e que implicam o coletivo na sua construção.

É a partir do legado trazido pela ergonomia, que a psicodinâmica do trabalho passa a explorar a inteligência que é mobilizada para dar conta dessa defasagem entre trabalho prescrito e realizado, revolucionando ao demonstrar que é o trabalho que produz essa inteligência e não o contrário. O trabalho, passando a ser considerado desvio, criação do novo e do inédito, mobiliza a participação de certa inventividade, de criatividade, de forma específica de inteligência que Dejours (1993) chamou de “*inteligência da prática*” (ou astuciosa, do corpo), um processo que envolve aspectos psíquicos e coletivos.

Dejours (1993) assinala o quanto é comum os especialistas considerarem o “*fator humano*” a partir de um olhar negativo, destacando-o sempre como causador de problemas e suscetível a falhas e negligências, em vez de considerar as criações engendradas para evitar a ocorrência de acidentes e otimizar o processo produtivo. Mas, ao contrário, as pesquisas demonstraram que os próprios trabalhadores elaboram e difundem em meio a seus pares os procedimentos que não foram objeto de ensino anterior, durante sua formação.

Nesse sentido, há investimento intelectual em qualquer atividade – incluídas aquelas ditas manuais, braçais, da “*inteligência da prática*” (DEJOURS, 1993) – e que implica a assunção do corpo e, principalmente, da percepção na execução da tarefa. É importante considerar essa dimensão corpórea da inteligência da prática, uma vez que ela desencadeia funcionamento fundamentalmente distinto do raciocínio lógico, devido aos recursos psíquicos em jogo:

é a desestabilização do corpo total, em sua relação com a situação, que desencadeia e acompanha o exercício desta inteligência prática.

Por isso, esta inteligência é fundamentalmente uma inteligência do corpo (p. 286)

A formação dessa inteligência passa pela relação prolongada e persistente do corpo com uma série de procedimentos de familiarização com a tarefa, de intimidade com as ferramentas e os objetos tecnológicos. Para desenvolver habilidade com uma máquina ou uma ferramenta é preciso colocar-se em “simbiose” com ela, como se fosse a extensão do próprio corpo, estabelecer um diálogo com a máquina a partir de suas vibrações, seus ruídos, seus cheiros. Apesar de enraizada no corpo, nem sempre essa “inteligência” é percebida conscientemente.

Dejours (1993) aponta ainda para outra característica da inteligência da prática, como a que atribui mais importância aos resultados da ação do que ao caminho percorrido. A justificativa, a explicação e a elucidação do ato só ocorrem posteriormente. Nesse sentido, a experiência é pioneira e antecede o saber. Predominam, então, a astúcia e o artil. A inteligência da prática é então, segundo esse autor, uma inteligência artilosa e que se faz presente em todas as tarefas e atividades laborais, não cabendo aqui diferenciação entre trabalho manual e “intelectual”.

Esse modo de saber que é conjuntural, decorrente do encontro de circunstâncias, é saber por definição múltiplo, que se fabrica ou se inventa instantaneamente, embora referido à infinitude de um tempo contínuo e criador, que representa as formas de conhecer a intuição: perspicácia, sagacidade, previsão e vivacidade.

Uma terceira característica da inteligência da prática (ou artilosa) apontada por Dejours (1993) é o fato de ela ser ativa. O corpo alimenta e desencadeia a inteligência, coloca o sujeito em estado de alerta; porém um corpo por demais fatigado, muito doente ou esgotado, enfraquece a inteligência artilosa e a criatividade. É isso, segundo ele, que faz com que a maioria das pessoas saudáveis experimente uma verdadeira necessidade de exercer sua inteligência. Contrapartida dessa propriedade, a subutilização desse potencial de criatividade constitui uma das principais fontes de sofrimento, de desestabilização da economia psicossomática e mesmo de descompensação e doença; sua subutilização é patogênica.

É dessa riqueza do saber experiencial dos trabalhadores que se aproxima Dejours e, de quebra das formas encontradas pelos trabalhadores para ultrapassar os impasses laborativos, mediante estratégias individuais e coletivas que lhes possibilitam a capacidade de recuperar o sentido de sua atividade.

A ênfase maior de Dejours (1993) é no aspecto criador da inteligência prática, destacando algumas condições para essa mobilização criativa. Primeiro: é preciso inicialmente ter uma organização do trabalho prescrita que funciona como mola propulsora para desencadear o processo de subversão das regras, em que transgredir as instruções e as medidas regulamentares é necessário para cumprir a tarefa. Nesse sentido, o respeito obstinado às regras prescritas implica a paralisia. Segundo: quebrar regras implica assumir riscos no trabalho e colocar-se em posição delicada. Isso demanda certa transparência para que haja o compartilhamento coletivo desses riscos. O coletivo é então convocado a desenvolver estratégias coletivas de defesa para viabilizar o desempenho, a produtividade, a qualidade e a segurança no trabalho. Entra em pauta, então, a confiabilidade humana nesse processo de emprego da engenhosidade para realizar a tarefa. Há um misto de necessidade de privacidade e transparência. O coletivo é convidado a julgar, a debater os riscos. Terceiro: é necessário o reconhecimento desses riscos assumidos pelo trabalhador para atingir os objetivos. Esse reconhecimento vem não só dos pares, mas também da hierarquia, dos clientes, via julgamentos, e está encadeado ao processo de reconhecimento da originalidade implicada nessa quebra de prescrições.

Exposição mais precisa e minuciosa dos requisitos para a inteligência astuciosa constará do capítulo de análise. Neste momento, cabe destacar que há requisitos sociais e individuais para a mobilização subjetiva no trabalho e a necessidade de uma dinâmica de contribuição e reconhecimento.

Ainda sobre a questão do sofrimento, Dejours (1994) chama a atenção para a existência desse chamado sofrimento criativo, um tipo de sofrimento que, diferente do que se imaginava, não necessariamente apresenta caráter patógeno, negativo, mas que consiste na elaboração de soluções criativas e originais por parte do trabalhador e geralmente favoráveis tanto à sua saúde quanto à produção.

Nesse contexto e diante dessa concepção mostra-se fundamental o papel da dinâmica do reconhecimento para a saúde do trabalhador. Ela se constitui em espaço em que o trabalhador, ao contribuir para o sucesso do trabalho, espera encontrar também retribuição por sua atividade. O reconhecimento se dá mediante julgamentos acerca do trabalho efetivamente realizado, ou seja, é mediatizado pelo trabalho. Apesar de o reconhecimento ser direcionado ao fazer, reflete-se no ser.

Quando a dinâmica do reconhecimento flui, quando o trabalhador se mobiliza e se identifica com o trabalho, desenvolvem-se, para lidar com o sofrimento, sistemas

defensivos estratégicos mais eficientes e eficazes. No entendimento que se vai desenvolvendo na abordagem psicodinâmica do trabalho, assim como na vida, também no trabalho há sofrimento. A diferença é que, se há reconhecimento, o trabalhador vai poder extrair prazer e construir o sentido do trabalho.

Segundo Dejours (1993, p. 290), “*a subutilização desse potencial de criatividade é uma das principais fontes de sofrimento, de desestabilização da economia psicossomática, e mesmo de descompensação e doença*”. Assim, se essa inteligência prática está no cerne do ofício, sua subutilização pode ser fator de adoecimento – e diante de um setor hospitalar de alta complexidade, como a Emergência, que se encontra muito precarizado e com falta de recursos para viabilizar a tarefa? Ao contrário de subutilização criativa, poderia haver nesse espaço a necessidade de uso exacerbado desses recursos, excessivo investimento desencadeado pela falta de suporte. Essa criação, então, seria prazerosa? Como pensar a dinâmica intersubjetiva onde há muita contribuição, mas não há reconhecimento da hierarquia e essa contribuição fica limitada ao operacional do trabalho, não se permitindo que esses trabalhadores contribuam com importantes decisões organizacionais no que diz respeito a seu trabalho? Essa investigação é de muito interesse em nossa pesquisa.

A psicodinâmica do trabalho, através do uso interessante e original de suas pesquisas muito auxilia a entender o processo de saúde/doença no trabalho, bem como os movimentos dos trabalhadores a fim de suportar e até sentir prazer em suas vivências laborativas.

1.3.2. A clínica da atividade

O trabalho é a atividade mais humana que existe.
Yves Clot, 2006, p. 78

A clínica da atividade surgiu como linha da psicologia do trabalho, na década de 1990, na França, com perspectiva histórico-psicológica que assume sua filiação à escola russa de psicologia fundada por L. Vigotski. Seu principal autor, Yves Clot, segue diretriz baseada no modelo italiano desenvolvido por Oddone nas fábricas italianas, segundo o qual as iniciativas de pesquisa nos ambientes de trabalho surgem a partir da tentativa de mapeamento do quadro dos riscos daqueles operários. A inovação dessa metodologia de Oddone está na valorização das percepções subjetivas dos operários em relação ao microcosmo no qual estão inseridos durante a maior parte do dia. A tentativa,

portanto, era a de estabelecer relação com a construção de conhecimento de forma totalmente diversa das teorias que privilegiavam apenas um modelo psicológico do trabalho. As contribuições trazidas pela experiência italiana (ODDONE et al., 1986) possibilitaram importantes conclusões, tais como: 1) nenhum trabalho está desprovido de inteligência, embora a concepção esteja em muitos momentos separada da execução; 2) o trabalhador constrói um saber prático através de códigos e sistemas de comunicação desenvolvidos com outros trabalhadores; 3) mesmo sob condições precárias os operários não perdem de vista as implicações do processo de trabalho em relação aos possíveis agravos a sua saúde. A partir dessas considerações iniciadas por Oddone, a Clínica da Atividade passa a desenvolver sua metodologia de investigação.

Yves Clot, orientado em sua tese de doutorado por Yves Schwartz, integrou posteriormente a equipe do Laboratório de Psicologia do Trabalho, dirigido por Christophe Dejours, onde formou um grupo de pesquisa (seguindo desde o início outra linha teórica). A escolha da clínica da atividade como ferramenta teórico-metodológica está relacionada aos objetivos dessa corrente, que têm como foco produzir dispositivos de intervenção no cotidiano dos ambientes laborativos, de modo a ampliar o poder de ação dos trabalhadores para atuar como protagonistas da análise da atividade no desenvolvimento de seus ofícios. Como, porém, Clot concebe a clínica da atividade? Por que uma clínica da atividade? Qual sua importância no plano social? E qual sua relevância em nossa pesquisa?

A clínica da atividade se constitui como linha teórica dentro da psicologia do trabalho, mas não se restringe às questões psíquicas do trabalhador em razão de o campo do trabalho estar inserido em contexto mais amplo e, por isso, mais complexo. O foco é mais centrado na atividade, pois interessa a Clot et al., (2001) desenvolver um método de investigação para analisar as questões do real da atividade, que é definido como aquilo que não se faz, o que se procura fazer sem lograr êxito – o drama dos fracassos – aquilo que se pensa poder fazer em outras situações, aquilo que se faz para não fazer o que está por fazer – paradoxo freqüente. Fazer é, muito freqüentemente, refazer ou desfazer.

Clot (1999) considera a atividade na sua complexidade, uma vez que o trabalho não se constitui em atividade simples, nem o trabalhador está indissociável do coletivo e do social. Daí a necessidade de desenvolver recurso metodológico que auxilie nas análises complexas das situações de trabalho.

A clínica da atividade volta-se então para a pesquisa dos recursos que os próprios trabalhadores possuem e de que podem lançar mão para promoção e proteção de sua própria saúde.²⁹ Essa ferramenta contribui para ampliar o dispositivo de análise do trabalho, iniciado por Oddone et al. (1986), a partir do movimento operário italiano em sua luta pela saúde.

Em crítica ao taylorismo, Clot (2007) argumenta que, paradoxalmente, por trás do gesto maquinal tão defendido por esse modelo está o sujeito; então, transferir o gesto humano ao maquinal é transferir só o gesto, não a atividade. A máquina não tem atividade, mas o gesto simples de um operário requer máquina muito complexa. E aí se coloca o problema, porque, se uma máquina é complexa, constitui-se em sistema técnico muito frágil, carregado de acasos, de sistemas que entram e saem de panes e exigem cooperação justamente no ponto interdito pelo taylorismo: entre o pessoal que concebe a máquina, quem a usa e quem faz a sua manutenção. É a máquina que produz o acontecimento e impede que o sistema funcione em rigidez porque requer cooperação e iniciativas, mobilizando a subjetividade.³⁰ Trata-se, porém, de subjetividade encarcerada se a organização rejeita o pensamento sobre o trabalho e tenta amputar o poder de agir dos trabalhadores para que não se torne um instrumento do poder de agir do coletivo. Tenta, então, impedir que o coletivo desenvolva poder de agir próprio. Na busca de resultados, entretanto, a atividade é desenvolvida em complexidade que exige pensar sobre a ação, causando seu desenvolvimento. A necessidade da arbitragem mobiliza, assim, a subjetividade. E a eficiência vai depender do sentido que a atividade tiver para o trabalhador (CLOT, 2007).

O trabalho complexo incide menos sobre o objeto e mais sobre a iniciativa, o gesto e a cooperação. Onde a iniciativa era, antes, inibida, agora ela é prescrita, e, paradoxalmente, hoje, nos sistemas mais complexos de trabalho há menos prescrição

²⁹ Em relação à saúde do trabalhador, a clínica da atividade também segue a vertente dos estudos de Canguilhem (1995; 2001), para quem a ameaça da doença é um dos constitutivos da saúde. É no desejo de criar suas próprias normas que os humanos inventam e renormatizam. Para o autor, saúde diz respeito à capacidade do ser vivo de estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as “infidelidades” do meio, o que é mais do que se adaptar.

³⁰ Clot (2006) não entende subjetividade como estado nem substância que se possa descrever, mas como relação entre atividades, ligação entre essas dimensões.

sobre os gestos em si e mais tirania sobre os resultados em razão dos lucros esperados pelas empresas. O pensamento sobre a ação é cada vez mais solicitado. Essa transição da organização formal do trabalho para a informal camufla o sentido da atividade para o trabalhador em razão de essa busca de resultados desencadear uma potencialização da prescrição do tempo, maior exigência do coletivo e menor intensidade de sentido da atividade para o trabalhador. Há menos prescrição sobre o gesto e mais prescrição sobre o tempo. E, se o trabalho coletivo é hoje convocado em decorrência desses sistemas tecnológicos mais complexos, simultaneamente as organizações de trabalho o rejeitam. O poder de agir é convocado e ao mesmo tempo rejeitado, e isso provoca conflitos. Esses paradoxos devem ser analisados a partir dessa exigência atual de intensificação do trabalho e não estarão amortecidos em nossa pesquisa. Principalmente porque o Setor de Emergências apresenta alta complexidade.

Segundo Clot (2006, p. 100), “*na atividade dirigida, o outro pode estar ausente sem contudo deixar de estar nela implicado*”. Para o autor a atividade se destaca do trabalho em si a partir do reinventar cotidiano da forma de se fazer. Voltada para si e para os outros, a atividade de trabalho é triplamente dirigida na situação vivenciada: pela conduta do trabalhador, através do objeto da tarefa e para os outros.

Não se pode, então, abordar a atividade de trabalho sem colocar a questão do lugar que os outros ocupam na atividade profissional, uma vez que toda atividade é endereçada, seja a um ou vários destinatários. E, nesse sentido, toda atividade profissional é considerada co-atividade por ser resposta à atividade dos outros; não no sentido de oposição, mas de construção que se define e organiza sempre no universo da atividade dos outros. Clot (2006) explica esse quadro conceitual em estudo desenvolvido no setor da condução de trens nos subúrbios parisienses. De fato, cada maquinista não está sozinho na linha; quando se atrasa ou recupera o tempo de algum atraso não está realizando apenas sua atividade, mas agindo sobre a atividade dos demais condutores. Assim, tanto a atividade de um condutor resulta do que os outros fazem quanto, e de forma simultânea, essa mesma atividade vai agir sobre as atividades dos outros. Assim, apesar de o maquinista se encontrar isolado e impedido de desenvolver diálogo com os demais, existe um coletivo cujas atividades invadem a cabina de condução: os demais maquinistas, os passageiros, o regulador, o agulheiro, etc. Portanto, conduzir um trem não é simplesmente entrar em monólogo técnico: é, forçosamente, entrar em diálogo no seio de uma atividade múltipla.

Quais são, então, as conseqüências dessa situação? Clot (2006) observa que os condutores de trem relatavam que a rotina imposta fazia com que o espírito partisse e vagabundeasse. O espírito vagabundo se dá como saída para a manobra, enquanto a astúcia das estratégias para fixar o espírito são as chamadas catacreses. O espírito vagabundo possibilita que o operador alcance outros vãos e se defenda do agravo da situação que o impossibilita de gerir sua tarefa.

Às ocupações nas quais cada um dos condutores estava implicado, juntavam-se suas pré-ocupações, através das quais o ‘espírito’ do condutor partia. Então Clot (2006) pensa: o que se pode fazer para «fixar o espírito»? Para melhor compreender essa questão, recorre ainda aos condutores de trem e observa que eles desenvolviam estratégia que os mantinham concentrados na tarefa, impedindo que o espírito vagabundeasse: apesar do sistema de velocidade automática imposto aos trens (que tem como função lhe permitir ultrapassar a velocidade previamente fixada pelo maquinista), eles mantinham o sistema manual de condução dos trens. Se, por um lado, confiavam a gestão da velocidade ao automatismo, por outro continuavam a conduzir manualmente. O que significa que eles ‘faziam um bom comboio’ se não ultrapassassem nenhuma vez a velocidade inserida no automatismo. Conduziam fazendo uma espécie de jogo com aquele dispositivo, que assume, então, novas funções (catacrese): manter na cabina o espírito do maquinista já que a atividade exige que ele se mantenha sempre atento. Dá-se aí a transformação de um instrumento técnico em instrumento psicológico – no sentido proposto por Vigotski – tornando-se instrumento de gestão do próprio sujeito da ação. Essa espécie de utilização não prevista da ferramenta não pode ser considerada mero desvio por parte dos trabalhadores, correspondendo, antes, ao enriquecimento de funções desse instrumento, ou seja, o que em termos teóricos se costuma designar por catacrese.

Essa peculiaridade da clínica da atividade nos auxilia a entender o poder de ação dos coletivos de trabalhadores do Setor de Emergências do Huap. Nessa linha da psicologia do trabalho francesa são formuladas metodologias de intervenção numa concepção vigotskiana do desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, o trabalhador guarda sempre algo de sua capacidade de ação que possibilita novas formas de criar e recriar suas próprias relações com o mundo (CLOT, 2006).

Vale, pois, situar brevemente a abordagem de Vigotsky, ainda que esse autor não se tenha debruçado especificamente sobre a questão do ofício. Podemos, entretanto, a partir de sua teoria, destacar alguns aspectos de interesse para nosso objeto. Desde logo,

a questão da possibilidade de desenvolvimento ao longo da vida. O próprio conceito de zona de desenvolvimento proximal, criado por Vigotsky no início do século XX, não pressupõe a existência de uma natureza inata. Ao contrário, não considera o desenvolvimento como o término de um processo, pois continuamos a atuar sobre os objetos, mesmo sem perceber como o fazemos. É uma recusa, assim, a idéia da existência de estruturas inatas preexistentes, salientando que a natureza histórico-cultural de cada um corresponde à história de seu desenvolvimento³¹ (CLOT, 2006).

Há sempre possibilidade de desenvolvimento, por isso Vigotsky (1998) não considera a adolescência o término de um processo, mas momento que se caracteriza pela forma como passamos a utilizar a linguagem com certa funcionalidade em um meio desafiador que proporciona experiências relevantes e nos leva ao pensamento conceitual.

É nessa perspectiva que o conceito de zona de desenvolvimento proximal assume papel preponderante para a clínica da atividade. Segundo Clot (2006), muitos dos “saberes-fazer” técnicos mobilizados na atividade de trabalho nem sempre promovem o desenvolvimento. São passíveis de aprendizagem, mas é fato que alguns trabalhadores realizam suas atividades laborais de modo quase automático. Aprendem no cotidiano a observar, a ensaiar, sabem que realizam, mas não sabem como o fazem. Um desafio para a clínica da atividade, então, é criar uma situação em que seja possível explicitar verbalmente um conflito gerado esperando-se que o debate suscitado seja resolvido pelos trabalhadores. Nessas condições, unindo uma forma de pensamento não verbal à linguagem, passa-se para o domínio do pensamento verbal, conceitual, refletido, consciente e, então, promotor de desenvolvimento. A ferramenta da clínica da atividade visa, assim, possibilitar “pôr em palavras” a atividade cotidiana, a resolução dos conflitos gerados e a interiorização do resultado desses debates, permitindo o desenvolvimento. Quando há esse espaço, independente da idade ou da forma de pensar dominante, pode-se intervir num processo, pode-se intervir num percurso histórico. Assim, a clínica da atividade visa ao desenvolvimento do ofício, promovendo situações de aprendizagem em que a mediação do outro, dos instrumentos e signos próprios atuem na zona de desenvolvimento proximal, de forma que os conflitos aí gerados

³¹ Vigotsky (1999) rompe com o conceito de desenvolvimento genético e biológico defendido por Piaget. No meio reside uma imprevisibilidade. Para Clot (2006), a lógica de Piaget é cronológica, assim, “*não é preciso insistir no fato de o nosso ponto de partida ser o oposto*” (p. 117).

sejam verbalizados e seus resultados interiorizados. Essa seria uma via possível para que os conceitos científicos adquiridos se concretizassem, e os conceitos espontâneos se elevassem, generalizassem, sistematizassem³² (CLOT, 2007).

Na prática, todos os dias, no confronto com o real da atividade, há possibilidade de se conhecerem novas potencialidades, de aprender algo novo.

A existência de conflito implica a utilização de novas ferramentas ante a impossibilidade de resolução da situação-problema. A contradição entre aprender algo novo e manter os saberes prévios acaba por impedir ou impelir sua resolução. Exige novos esquemas de ação a fim de lidar com as situações para as quais os instrumentos até então utilizados não se mostram mais úteis em face dos resultados da ação.

Assim, um alargamento do conceito de zona de desenvolvimento proximal proposto por Vigotsky (1999) foi abraçado também por Clot (2006) acerca da idéia de uma chamada zona de desenvolvimento potencial para garantir enfoque na potencialidade superior ao da proximidade: a mediação do outro permite desenvolver o que é potencial. Essa zona se justifica posto que nova atribuição de sentido à atividade pode ser suficiente para uma implicação diferente na ação. Segundo Clot (2006),

a ação não vem do nada; é uma irrupção simbólica. O sentido da ação remete essa ação a seu inverso, em outros termos, à cadeia das atividades que ela recorta. O sentido da ação imediata é aquilo que remete essa ação às atividades que a tecem... que convidam o sujeito a agir mesmo contra a sua vontade. (p. 132)

A questão parece ser não a utilização do artefato em si, mas a utilização para além das funções consideradas mais básicas. E, sugere Clot (2006), a possibilidade dessa ação, dessas potencialidades, se encontra na zona de desenvolvimento potencial.

No dispositivo da clínica da atividade, a linguagem é instrumento privilegiado porque permite a partilha das representações e os conhecimentos adquiridos em

³² O sentido não se dissolve nos conceitos científicos (em que a relação com o objeto é mediada pelo sistema de conceitos) nem nos espontâneos (conteúdos empíricos carregados de experiência singular), pois o conceito científico em situação não científica se mostra inconsistente, assim como o não científico numa situação científica. Para a clínica da atividade há que constituir uma zona de desenvolvimento proximal e/ou potencial para a mediação dos conceitos, possibilitando aberturas para o surgimento de sentido nas situações analisadas (CLOT, 2006).

determinado momento. É por mediação da linguagem que se torna possível a reorganização dos processos psicológicos. Assim, as relações são mediadas por instrumentos e ferramentas.

A originalidade de Vigotsky (1998) consiste justamente nesse alargamento conceitual da noção de ferramenta. Os instrumentos são meios auxiliares, mediadores na resolução de determinadas situações. Podemos dizer que eles estão para o trabalho como os signos estão para a atividade psicológica e ambos estão incluídos num conceito mais geral de atividade. Orientam o comportamento humano. Segundo Vigotsky (1998),

a função do instrumento é servir como um condutor da influência humana sobre o objeto da atividade; ele é orientado externamente; deve necessariamente levar a mudanças nos objetos... o signo, por outro lado, não modifica em nada o objeto da operação psicológica. Constitui um meio da atividade interna dirigida para o controle do próprio indivíduo; o signo é orientado internamente. (p. 72 e 73)

É a apropriação dessas ferramentas e instrumentos que possibilita o desenvolvimento do ofício. O uso da linguagem viabiliza a apropriação de ferramentas e signos que permitem a ação sobre o objeto e a regulação de si. O artefato refere-se ao invólucro, à aparência do instrumento, podendo ser material ou simbólico. O instrumento refere-se ao uso que as pessoas lhe dão, à apropriação e adaptação do artefato quando realizam uma tarefa, a qual pode não coincidir com o uso formal previsto pelos conceptores (CLOT, 2007).

O desenvolvimento de um ofício não termina. Ele se dá na trajetória profissional, lócus constante de tensões que exigem do trabalhador novas possibilidades de construção da experiência. Os conflitos ou controvérsias gerados nas relações de trabalho e aqueles provenientes de evoluções políticas e mudanças organizacionais são motor da atividade. Esse desenvolvimento passa pelas possibilidades de compartilhar uma atividade coletiva e de reelaborar regras coletivas, para gerar experiência e poder de ação sobre as situações de trabalho. Na perspectiva de Clot (2007), o ofício é nômade, está vivo e transita entre o prescrito e o real. Por isso o trabalho não está dado, ele se desenvolve.

Mas, o que é um ofício? Para Clot (2007), a palavra ofício porta uma história, o conteúdo de um trabalho coletivo. A construção de um ofício requer conhecimento do

trabalho, que se dá por mecanismos de transmissão do saber-fazer sobre as situações, nas trocas coletivas. Assim, se no desenvolvimento do ofício cria-se uma codificação e um modo de falar com o outro sobre o trabalho, a clínica da atividade vai então evidenciar a importância da linguagem³³ para compreender a atividade humana, o papel que ela desempenha na própria construção da atividade de trabalho. Tal como evidenciado por Clot (1999), a linguagem não é apenas um meio de expressão, mas uma atividade em si mesma.

Para Clot (2006), o real da atividade “*não faz parte das coisas que podemos observar diretamente. É necessária uma abordagem dialógica da situação*”. (p.133)

Mas essa linguagem pode se caracterizar como linguagem sem pensamento, como se fosse uma linguagem de gesto maquinal, um falar quase como máquina, quando a organização do trabalho impede uma reflexão crítica sobre o trabalho e dificulta o desenvolvimento de um sentido da atividade para o trabalhador. Para sair dessa armadilha, o trabalhador necessita que suas invenções individuais possam migrar e se estocar no coletivo, reorganizando seu trabalho a partir de uma reelaboração³⁴ das regras coletivas, o que significa não precisar transgredi-las e contribuir nas discussões do ofício para poder desenvolvê-lo.

O que é, porém, construir uma experiência de trabalho?

No ofício há quatro dimensões: pessoal (aquele que faz seu ofício), impessoal (é a prescrição, a definição oficial da tarefa), interpessoal (a troca entre os sujeitos que trabalham) e transpessoal (a memória coletiva, o que o coletivo estoca, o que se conserva no trabalho). O movimento do ofício se dá na relação entre essas dimensões num mecanismo de migração funcional. Esse movimento é lento e não se dá de forma direta, porque a própria organização do trabalho tenta impedi-lo. Assim, a experiência possível é um processo de produção de subjetividade por desterritorialização, porque o ofício muda de território, não está sempre no mesmo lugar, não é fixo. A subjetividade, em contrapartida, não é estado e nem substância que se possa descrever; é relação entre atividades, ligação dessas dimensões; inscrição de novas possibilidades de vida onde o

³³ A linguagem faz parte da situação laborativa, podendo mesmo ser sua parte mais essencial.

³⁴ Essa reelaboração laborativa possibilita que as regras possam ser discutidas coletivamente. Pois seguir regras coletivas podendo discuti-las coletivamente não é conformismo frente a essas regras, ao contrário, poder discuti-las é não precisar transgredi-las. É poder contribuir para as discussões do ofício e desenvolvê-lo.

vivido se torna meio para outra vida.³⁵ Segundo Clot (2006), “*como o observa Vigotsky, o desenvolvimento não se sustenta em nenhuma unidade substancial...*” (p. 162). Portanto, se essa fronteira de migração é fechada, fecha-se a possibilidade de transformação do objeto em meio, e o ofício é desvitalizado; além da experiência, também a experiência de investigação científica é desvitalizada. Por isso a principal crítica feita por Clot (2007) às organizações do trabalho como se apresentam hoje é que elas impedem essa migração funcional, impede o vivido. E, se isso é suprimido, a ciência não se torna objetiva, mas sim um fetiche.

Deve-se, portanto, considerar as quatro dimensões em suas relações e migrações no processo de experiência do trabalho. E deve-se provocar seu movimento. É isto o que a clínica da atividade busca fazer por meio de seus dispositivos de intervenção: desenvolver uma técnica que provoque esse movimento, pois se para Vigotsky (1998) é só no movimento que o corpo se mostra, para Clot (2007) é só em movimento que o ofício se mostra. A atividade é sempre luta, porque está endereçada e por isso mesmo em conflito de direção, e, nesse sentido, o conflito não é um drama, mas um motor que corta o objeto nesse real; o motor da atividade.

Nossa proposta, nesta pesquisa, é utilizar esse quadro referencial para analisar as situações de trabalho no Setor de Emergências, tentando entender o que se faz nas situações concretas de trabalho. As condições para a aprendizagem propostas por Vigotsky (1998) e apropriadas por Clot (2006) oferecem a possibilidade de confrontar esses trabalhadores com seu cotidiano. E este é o movimento que a clínica da atividade almeja: provocar sempre novas maneiras de o trabalhador se apropriar da atividade.

A clínica da atividade, entretanto, não se vem desenvolvendo isolada. Vem dialogando com os desmembramentos de outros estudos voltados para a compreensão da dimensão real do trabalho, como a psicodinâmica do trabalho, que já abordamos.

Passemos agora ao próximo capítulo, em que descrevemos os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa.

³⁵ Segundo Clot (2006) *para o sujeito, todos os objetos, as ferramentas, os signos e a atividade dos outros com relação a ele são primeiro fonte de seu desenvolvimento e só depois se tornam meios a serviço da sua atividade pessoal.* (p. 118).

CAPÍTULO 2 – CAIXA DE PANDORA: BUSCANDO UM MÉTODO PARA INVESTIGAR UMA CLÍNICA DO TRABALHO

Antes de descrevermos os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, apontaremos como chegamos a um dispositivo que nos permitisse verificar como os funcionários do Setor de Emergências do Huap vivenciam suas experiências de trabalho, pela observação da relação entre saúde e gestão pessoal e coletiva do ofício.

2.1. Como chegamos ao método?

A partir da perspectiva ergológica, escolhemos operar por uma abordagem (um dispositivo) que privilegiasse o ponto de vista da atividade de trabalho em sua dinâmica processual, em consistência epistemológica, teórica e metodológica. Dada a complexidade do trabalho, porém, que métodos, procedimentos e técnicas utilizar?

Para não correr o risco de utilizar método que limitasse o trabalhador a descrever meramente as tarefas prescritas (que poderíamos captar mediante acesso a fontes documentais e protocolos do setor) e não o que experimentou e engendrou no processo de sua transformação para o trabalho efetivamente realizado, optamos pela co-análise, associando pesquisadores e trabalhadores em comunidade de pesquisa, não para ali captar as leis do funcionamento do trabalho, mas para entender a dinâmica dos movimentos que ocorrem nas situações laborais, o que demanda a constituição de pesquisador e pesquisado num mesmo processo.

De acordo com Vigotski (1999), para analisar um fenômeno é preciso vê-lo em movimento, e isso exige um dispositivo de pesquisa que dê possibilidades não só de visualizar, mas de provocar esse movimento. Assim, não basta ao método intervir e interferir; precisa servir como ferramenta (DELEUZE, 1974). Dessa forma, a abordagem metodológica que utilizamos nesta pesquisa consistiu em diálogo com os trabalhadores do Setor de Emergências do Huap a partir de perspectiva ergológica que pudesse destacar a gestão pessoal e coletiva do trabalhador na atividade laboral, concentrando-se o objetivo em focalizar o “*como*”, e não somente o “*porquê*” da atividade de trabalho; seu “*desenvolvimento*” e não apenas seu “*funcionamento*”.

A busca da metodologia por que optamos supõe, portanto, aproximação das situações concretas de trabalho vividas pelos trabalhadores, inventando dispositivos que lhes permitissem não só falar sobre seu próprio trabalho, mas refletir sobre tais falas

numa perspectiva de desenvolvimento da ação, para compreensão tanto do trabalho como de si nesse contexto; bem como a inserção dos pesquisadores naquele ambiente de trabalho para um “fazer junto”, construindo com os trabalhadores diálogo que colocasse em movimento o patrimônio de difícil apreensão que se encontra nesse espaço dinâmico entre o prescrito e o real da atividade – que pudéssemos, mediante esse dispositivo, não produzir neutralidade ali, mas implicações.

Se, porém, o que nos interessa observar nesse espaço dinâmico entre o prescrito e o real nem sempre é facilmente acessível, os métodos indiretos nos possibilitam acesso às formas como esses trabalhadores se renormatizam e/ou renormatizam as normas prescritas, reinterpretando-as na tentativa de recompor as situações de trabalho que, assim, são sempre um espaço de confrontação entre as normas antecedentes e as renormatizações. É onde falha a prescrição que há possibilidade de desenvolvimento, pois o trabalhador precisa entrar em movimento para dar conta da tarefa, situação em que o fracasso da prescrição leva-o a fazer uso de si (SCHWARTZ et al., 2007).

É esse movimento que buscamos captar, pois é por meio dele que acreditamos poder acessar essa gestão pessoal e coletiva do trabalhador em sua atividade. Para captá-lo, precisamos, então, entrar nesse espaço; e para entender esse fenômeno, precisamos utilizar um dispositivo em perspectiva de pesquisa-intervenção em que os próprios pesquisadores se colocam em movimento junto aos trabalhadores, em relação, ambos em desenvolvimento nesse processo. E, para tanto, o pesquisador deve criar um dispositivo dialógico a fim de que o trabalhador se sinta provocado e se coloque em movimento.

Segundo Schwartz (2000) captar a dinâmica dos movimentos que ocorrem nas situações de trabalho é algo que só se pode fazer agregando diferentes abordagens e saberes. Nos propusemos então a realizar vários encontros com os trabalhadores, intitulados “Encontros sobre o Trabalho”, para pensar sobre o trabalho experimentando as possibilidades do que a perspectiva ergológica denomina dispositivo de três pólos (SCHWARTZ, 2000).

2.2. A comunidade ampliada de pesquisa – CAP

A partir da contribuição do MOI e da Ergologia criou-se uma versão brasileira denominada *comunidade ampliada de pesquisa*. Trata-se de modelo similar às *comunidades científicas ampliadas* constituídas pelo movimento italiano no qual, dada a

preocupação dos pesquisadores em evitar a supremacia do saber científico em relação a saberes advindos da prática, o termo “*científico*” é substituído por “*pesquisa*”, entendendo-se que ela sim deve ser ampliada, visto pretender-se a mobilização de saberes entre os diferentes pólos. O termo científico poderia sugerir certa limitação do conhecimento que aí se pudesse produzir.

Seguindo o modelo italiano, a *comunidade ampliada de pesquisa* é metodologia que se baseia no diálogo e no confronto entre os saberes dos trabalhadores (experiência) e dos pesquisadores (conhecimento científico). Assim, nesse dispositivo os trabalhadores assumem a posição de agentes ativos do processo de investigação e produção do conhecimento (ODDONE et al., 1986).

Conjugando no mesmo processo investigação e ação, visando dinamizar a relação entre o conhecimento científico e a experiência do trabalho, esse dispositivo aposta na polifonia presente na relação dialógica entre trabalhadores e pesquisadores, nas trocas e interações coletivas daí advindas. Por esse motivo, essa polifonia deve pautar-se na ética (ou “*desconforto intelectual*”, segundo Schwartz), seguindo o viés do dispositivo de três pólos proposto pela ergologia.

A fim de investigar o problema desta dissertação, exercitamos uma clínica do trabalho para desenvolvimento de uma comunidade ampliada de pesquisa, um dispositivo em que o diálogo com os trabalhadores se dá por influências de várias abordagens, numa bricolagem, mobilizando diferentes forças de convocação (convocação dos saberes) e reconvocação (validação).

Nesse dispositivo, tanto o saber do trabalhador quanto o acadêmico sofrem transformações porque são atravessados pela experiência desse encontro, e o confronto desses dois tipos de conhecimento gera a produção de mais saber.

Assim, o saber acadêmico, atravessado pela experiência, não volta o mesmo; desenvolve-se a partir desses encontros. A validação ocorre quando os conceitos vão para a caixa de ferramentas, depois de confrontados com os saberes dos trabalhadores com suas próprias controvérsias.

A proposta de nossa pesquisa é provocar essa polifonia por meio dos encontros com os trabalhadores. Decidimos, então, ir a campo buscar interlocução com os saberes do trabalho, dos quais os trabalhadores eram portadores.

Seguimos os princípios da luta dos trabalhadores, em especial da experiência do movimento operário italiano, que sustenta que: “*a socialização e a valorização...das conquistas científicas, somente é possível se a classe operária for protagonista da*

pesquisa para a construção de um ambiente de trabalho perfeitamente adaptado ao homem” (ODDONE et al., 1986). Construimos junto com o trabalhador essa experiência.

Na medida em que o dispositivo se sustenta na participação ativa dos próprios trabalhadores da Emergência e dos pesquisadores, poderíamos destacar essa polifonia como o aspecto mais significativo dessa trajetória, na construção coletiva para a investigação e produção de conhecimento das situações de trabalho. Nos encontros com os trabalhadores, cada um relatava sua experiência, e colocávamos em circulação os conceitos.

2.3. Os encontros sobre o trabalho

O dispositivo utilizado nesta pesquisa buscou configurar no Setor de Emergências um espaço de diálogo e debate para se falar sobre a atividade de trabalho a partir da perspectiva ergológica denominada por Schwartz (2000) dispositivo de três pólos: o das exigências éticas e epistemológicas; o dos conceitos; o da experiência dos trabalhadores.

Diante da complexidade que envolve a atividade e dos limites dos saberes presentes nos dois campos, elaboramos vários encontros com os trabalhadores visando provocar uma conversação sobre o trabalho e colocar em movimento diálogo polifônico em que diversas vozes pudessem verbalizar suas experiências.

Nos encontros articulamos os conceitos com a experiência dos protagonistas da atividade, podendo, tanto a produção científica quanto os trabalhadores, entrar em contato analítico com sua própria produção e desenvolvê-la. Em cada encontro se produziram debates a partir de acontecimentos vivenciados pelos trabalhadores em suas rotinas laborativas.

É importante destacar que nossa pesquisa não se configurou mediante formulação e prova de hipóteses ou controles de variáveis. Assim como Oddone em sua época, em vez de opor métodos qualitativos aos quantitativos, nossa preocupação foi integrá-los numa perspectiva de compreender nosso objeto em sua complexidade. Optamos por uma aproximação em campo que provocasse um movimento dialógico com aquele coletivo de trabalhadores capaz de desenvolvimento dos saberes, tanto científico quanto da experiência, numa perspectiva ético-epistemológica de compreender para transformar. Nesse sentido, os pesquisadores ocuparam, junto com os

trabalhadores, o lugar de participantes efetivos de uma comunidade ampliada de pesquisa em vez de meros observadores.

Nosso objetivo era ter condições de analisar o poder de agir pessoal e coletivo desses trabalhadores para o desenvolvimento do ofício. Nesse sentido o dispositivo que utilizamos possibilitou movimentos dialógicos nos quais os participantes puderam colocar em análise suas perspectivas ao se defrontar com a complexidade da atividade. Nesse momento os saberes formais e informais eram evocados pelos trabalhadores, nos possibilitando, em contrapartida, fazer circular um conjunto de conceitos a fim de ultrapassar nossa própria compreensão do sentido do trabalho para aqueles trabalhadores.

O dispositivo gerou debates ricos e acirrados, possibilitando a todos avançar na compreensão das situações de trabalho a partir da problematização da atividade. No entanto, colocar em prática esse movimento dialógico deve pautar-se em ética capaz de possibilitar a troca de experiências entre diferentes protagonistas e questionamentos e interrogações acerca dos próprios saberes investidos na atividade de trabalho. Esse é o pólo que medeia os dois outros.

Nas reuniões de grupo procuramos provocar verbalizações dos participantes acerca de sua atividade, deixando-os discutirem o tema entre si. Esse procedimento busca dar visibilidade ao desenvolvimento do trabalhador em seu ofício.

A pesquisa se moveu então para nossa participação com os profissionais do Setor de Emergências do Huap analisando-se, a partir dos materiais gerados, seu poder de ação na gestão pessoal de seu trabalho e os indícios e pistas para as possibilidades do desenvolvimento de gestão coletiva do trabalho. Essa proposta se encaminhava no sentido de construir com esses trabalhadores um dispositivo metodológico que despertasse falas sobre o trabalho, tendo como base a autoconfrontação do trabalhador com a atividade de trabalho.

2.3.1. Local e participantes da pesquisa

A partir do referencial teórico-metodológico descrito, a pesquisa se desenvolveu junto aos profissionais de enfermagem e serviço social do Setor de Emergências do Huap. A partir do que indicam as recomendações metodológicas dos autores citados, propusemos, inicialmente, uma pesquisa de campo com funcionários desse setor que

estivessem voluntariamente estimulados a participar de um processo de reflexão crítica sobre suas experiências de trabalho.

A seguir, serão detalhados os procedimentos utilizados para a realização dos encontros com os trabalhadores.

2.3.2. Discussões preliminares e procedimentos

Em conformidade com a definição epistemológica, teórica e metodológica e das possibilidades de acesso ao Setor de Emergências do Huap, buscamos organizar a pesquisa em coletivos *ad hoc* (DEJOURS, 2004), trabalhando simultaneamente um coletivo de pesquisa atuando em campo e outro atuando fora, num trabalho reflexivo ampliado sobre a totalidade da ação em curso.

O coletivo de pesquisa em campo se compôs da autora deste trabalho como pesquisadora principal e de duas acadêmicas do curso de psicologia da Universidade Federal Fluminense – UFF e estagiárias de iniciação científica. O outro coletivo incluiu o orientador desta dissertação, que acompanhou a pesquisa por transcrições e relatos (verbais e escritos) dos encontros; e os demais membros da banca examinadora. Essa estratégia de um coletivo que não vai a campo possibilita a autoconfrontação do pesquisador mediante trabalho reflexivo questionando constantemente sua ação em campo e aprofundando a análise do material extraído da pesquisa.

Assim, a comunidade ampliada de pesquisa ficou constituída por três coletivos: o de pesquisadores profissionais em campo, o de trabalhadores voluntários do Setor de Emergências do Huap e o de controle, atuando fora do campo de pesquisa.

A configuração desse grupo de pesquisadores em diferentes estágios de formação acadêmica (graduandos, mestrandos e doutores) produziu olhares diversos sobre o trabalho e a atividade de trabalho dos enfermeiros e assistentes sociais do Setor de Emergências do Huap, impedindo que as análises se fizessem de forma isolada, a partir de um único ponto de vista e contribuindo para que outras dimensões estivessem presentes, diminuindo o risco de condução dos trabalhos a partir de visão enviesada do assunto.

Serão indicados, a seguir, os passos para a efetivação da pesquisa, dividida em quatro partes:

- 1) análise da demanda, apresentação da pesquisa e formação do grupo interessado em participar;

- 2) observação das atividades;
- 3) encontros com os trabalhadores;
- 4) validação do relatório final e fechamento da pesquisa.

2.3.3. A primeira conversa: definindo um protocolo de pesquisa

Estratégia metodológica inicial para a análise da demanda, uma reunião com os trabalhadores apresentou-lhes o projeto de pesquisa, definiu seu protocolo, estimulou a constituição de um grupo voluntário, discutiu a forma de funcionamento dos encontros, e esclareceu questões éticas.

Os trabalhadores foram convidados pelo chefe da enfermagem a participar do primeiro encontro, cuja data, bem como o horário, foi escolhida em comum acordo com as pesquisadoras, levando em conta o fluxo de trabalho da unidade. Foi realizado no próprio local de trabalho, em sala disponibilizada para que os 10 trabalhadores que compareceram se sentassem em círculo.

Nessa fase inicial foi apresentado ao grupo o cronograma para o desenvolvimento da pesquisa, a partir do qual se definiu com aqueles voluntários o horário, a duração dos encontros e das observações, enfatizando-se que deveriam ocorrer durante a jornada de trabalho e no Setor de Emergências. Foi discutida, ainda, a possibilidade de uso de gravador nos encontros e de diário de campo nas observações, ressaltando-se que tais registros seriam de uso exclusivo da pesquisa, preservando-se o anonimato dos voluntários.

A estratégia da reunião se baseou em breve apresentação dos objetivos da pesquisa e da metodologia, e no convite para discussão acerca da saúde do trabalhador. A maior parte do tempo da reunião foi destinada a ouvir e incentivar os trabalhadores a se expressar sobre a proposta apresentada. Essa reunião serviu para trabalhar aquela demanda e formar um grupo de voluntários desejosos de discutir as questões laborativas daquele setor. A entrada dos pesquisadores naquele local de trabalho, portanto, foi tranquila e aceita de forma voluntária. Nesse encontro, a pesquisadora procurou ir construindo e negociando a pesquisa no cotidiano daqueles profissionais. Depois de as pesquisadoras se apresentarem a todos os presentes, explicar-lhes a pesquisa e colher suas opiniões, começamos a negociação da segunda parte da pesquisa: as observações das atividades.

Negociamos com aquele coletivo a possibilidade de observar suas atividades, forma estratégica também de aproximação daquela situação de trabalho. A observação seria realizada individualmente com cada integrante do grupo em dia e horário agendados, momento em que estariam descrevendo suas atividades, expondo suas dificuldades e nos inserindo naquele universo das ações emergenciais. As observações seriam trazidas para os encontros, servindo de material de análise do grupo e detonadoras dos debates.

Em seguida, negociamos a terceira fase da pesquisa: os encontros com os trabalhadores. Propusemos um encontro mensal, totalizando cinco reuniões em dia e horário agendados pelos trabalhadores, adaptados à dinâmica do Setor de Emergências, e o grupo aceitou a proposta. A durabilidade desses encontros também foi discutida com o grupo, ressaltando-se que o tempo mínimo aceitável não deveria ser inferior a uma hora, nem o máximo superior a duas horas. Ficou acordado, também que após cada reunião seria gerado um relatório pela pesquisadora que serviria de base para o relatório final a ser apresentado ao grupo após o último encontro.

Nesse momento, definimos o protocolo desses encontros, tendo sido combinado com os voluntários da pesquisa que:

1) os pesquisadores se encarregariam de criar os recortes com assuntos a serem debatidos em cada encontro, deixando-se a escolha do tema por conta do grupo de trabalhadores; a cada encontro seria feita uma avaliação para planejar o próximo.

2) os temas seriam debatidos a partir dos relatos dos trabalhadores, que deveriam trazer questões de suas próprias atividades, assim como da atividade de outros trabalhadores do Setor de Emergências;

3) a forma de funcionamento dos encontros também deveria ser definida em comum acordo com o grupo, a cada encontro.

Também foram definidos:

- local: o próprio local de trabalho dos trabalhadores voluntários e durante a jornada de trabalho;

- periodicidade: cinco encontros mensais, durante os meses de abril a setembro de 2007;³⁶

- horário: das 10h às 12h;

³⁶ Esse cronograma, no entanto, sofreu alterações durante a pesquisa, estendendo-se até abril de 2008.

- recursos: utilização de gravador de voz durante os encontros e diário de campo durante as observações, com o objetivo de utilizar o material registrado apenas junto com a equipe.

Todos esses pontos foram aceitos pelos voluntários, havendo grande interesse no encaminhamento da pesquisa.

A seguir, negociamos com o grupo a última fase: a validação do relatório e o fechamento da pesquisa, acertado então para ocorrer um mês após o último encontro, em dia e horário a serem agendados.

O compromisso ético da pesquisa foi nesse momento firmado com os participantes, que têm garantida a liberdade de sair da pesquisa a qualquer tempo que desejar. A metodologia utilizada tem por princípio não expor os voluntários a situação de risco físico, moral e/ou psíquico e contribui para preservar a identidade dos participantes, uma vez que o foco da análise recai sobre o coletivo daquele Setor de Emergências.

Cabe destacar que a primeira meia hora da reunião foi destinada à apresentação do projeto de pesquisa, e o tempo restante, de uma hora, a tirar dúvidas e aprofundar questões, à construção coletiva do grupo voluntário e do protocolo de encaminhamento da pesquisa.

É interessante assinalar que alguns trabalhadores participaram de todos os encontros, outros o fizeram parcialmente (licenciando-se), e outros flutuaram. No entanto, essa variação do grupo nos encontros não prejudicou a pesquisa, já que queríamos estudar a dinâmica do coletivo e não dos indivíduos isoladamente.

A seguir serão descritos os procedimentos metodológicos utilizados nas observações realizadas na segunda fase da pesquisa.

2.3.4. Observando as atividades

A segunda fase da pesquisa consistiu na observação individual das atividades de cada trabalhador em seu ambiente de trabalho. Nessa fase, a estratégia metodológica foi observar as atividades dos trabalhadores individualmente, como forma de entrada das pesquisadoras naquele ambiente de trabalho. Negociamos com cada um a possibilidade de observação de seu trabalho, previamente agendada. Esse dispositivo possibilitou que as pesquisadoras estivessem presentes nos vários turnos de trabalho e estabelecessem contato individual com o trabalhador a partir de suas experiências de trabalho, o que

ajudou a traçar um primeiro panorama das questões relacionadas à demanda, e ao conhecimento da dinâmica dos serviços, bem como a estar atenta ao poder de ação pessoal e coletiva daquele trabalhador nas situações trabalho.

Todas as observações foram registradas em um diário de campo no momento em que a atividade era descrita pelo trabalhador.

Essa abordagem permite a percepção de singularidades nas situações de trabalho; como as atividades são desempenhadas, as situações em que se dão e como são vivenciadas. Foi etapa extremamente importante porque, ao ter de explicar sua atividade aos pesquisadores, o trabalhador vislumbra detalhes complexos em seu modo de fazer, o que possibilita o desenvolvimento de seu ofício.

As pesquisadoras, a partir do que é prescrito naquela atividade, puderam observar o modo singular de aquele sujeito completar suas atribuições, coletando dados acerca de suas possibilidades ou impossibilidades de ultrapassar não a tarefa prescrita, mas também a própria atividade realizada.

O objetivo das observações era ter a atividade descrita em seu desenvolvimento pelo trabalhador. Nesse sentido, buscamos sustentar com ele um diálogo acerca da sua atividade, estimulando-o a descrevê-la da forma como a executa. Nessa posição de ter de dizer alguma coisa, o trabalhador se olha com os olhos do ofício. E, para se sustentar, recorre ao coletivo³⁷ como instrumento para manter esse diálogo com as pesquisadoras.

Para Clot (2006), uma vez que o trabalhador consiga transmitir não só as regras prescritas daquela atividade, mas seu modo de fazê-la, há possibilidade de essa experiência se estar desenvolvendo, por estar sendo disponibilizada em história distinta daquela que a originou.³⁸

Assim, mais do que fazer a pesquisadora entender aquela atividade, o objetivo é que o trabalhador amplie seu patrimônio ao acionar recursos próprios para descrevê-la.

³⁷ O coletivo de trabalho pode ser convocado de duas formas: quando provoca o desenvolvimento do sujeito ou como defesa do trabalhador em relação à prova pela qual está passando ao se defrontar com uma situação difícil. O sujeito não está falando apenas em seu nome, mas por um coletivo de trabalho, que é seu suporte.

³⁸ Na técnica de autoconfrontação, Clot (2006) retoma a noção vigostkiana de que fala é pensamento ligado a palavras, criando a oportunidade de que o trabalhador possa desenvolver sua fala interior a partir da internalização das falas de um coletivo. Dessa forma, ele pode desenvolver seu poder de transformar os conhecimentos sobre sua atividade de trabalho.

Segundo Clot et al. (2000), esse movimento promove o encontro de atividade e discurso.

Segundo Faïta (2005) a produção discursiva dos trabalhadores é, ela própria, atividade *na* atividade, fornecendo pela linguagem via de acesso privilegiado do trabalhador a seu ofício. Se falar sobre o prescrito é fácil, há dificuldade em descrever o trabalho na forma como o executa. Enquanto o trabalho prescrito está em relação direta com o “linguageiro”, por meio de manuais, normas, regras escritas e faladas, etc., o trabalho realizado encontra grande dificuldade de ser colocado em palavras, uma vez que o trabalhador se depara com a complexidade do real, que as palavras não dão conta de dizer. E quando o trabalhador se depara com a complexidade envolvida no modo de fazer, vai ter de procurar palavras que dêem conta de dizer, provocando, assim, o desenvolvimento do ofício no interior de uma cadeia dialógica (BAKHTIN, 1981). Nesse sentido, o outro é motor de desenvolvimento uma vez que o trabalhador vai ter de recorrer ao coletivo para falar sobre sua atividade.

Esse método fornece, assim, excelente material de análise ao possibilitar informações sobre a relação do trabalhador com o seu trabalho, suas opiniões, crenças, maneiras de atuar e dificuldades nas situações de trabalho. Assim, a base desse dispositivo é a articulação entre subjetividade e objetividade na produção.

Realizamos cinco observações no Setor de Emergências durante o período da pesquisa. Poderíamos ter realizado mais? Sim, poderíamos, mas nosso objetivo não era estar presente maciçamente naquele ambiente laborativo e sim de estar presente em algumas situações estratégicas, tais como:

- a troca de plantões. Por isso agendamos uma observação para as 7h a fim de acompanhar o trabalhador executando sua atividade nesse processo, observando como se dá a comunicação entre quem chega e quem vai sair para garantir a continuidade da assistência ao paciente. Nossa observação ocorreu nos boxes feminino e masculino e se estendeu até o momento do processo de higienização e alimentação dos pacientes.

- o *tour* social pelo Setor de Emergências. Escolhemos observar então uma das assistentes sociais do grupo porque faz parte de sua atividade a “ronda” matinal, passando por todos os leitos para conversar com o paciente e/ou seu responsável. E essa ronda nos daria a oportunidade de percorrer com a assistente social todo o Setor de Emergências, conhecendo aquela dinâmica através dos olhos da trabalhadora, que atua

no Serviço Social do Setor de Emergências do Huap há dois anos e meio e como assistente social há 23 anos.

- a continuidade da assistência. Optamos por observar, então, plantonistas dos turnos noturno e diurno com o objetivo de estar acompanhando a atividade sendo executada no contexto da Emergência: dia e noite. Observamos uma diarista do dia e outra da noite na execução de suas atividades não com a finalidade de comparar execuções, mas para observar o trabalhador executando a mesma atividade e no mesmo setor, mas em contextos diferentes (noite/dia). As observações ocorreram nos boxes feminino e masculino.

- medicação. Observamos uma diarista executando suas atividades no setor de medicação, desde o momento em que recebe as prescrições médicas, vai ao setor de farmácia para buscar os medicamentos, os separa em gavetinhas para serem ministrados aos pacientes. O objetivo foi observar uma atividade que o grupo considera altamente estressante, sendo, aliás, referida como “setor do estresse”.

- exames. Observamos uma diarista executando a atividade de protocolo dos exames prescritos aos pacientes. O objetivo aqui é igual ao do tópico anterior, posto que uma diarista em um dos encontros apontou ser muito comum a ocorrência de “imprevistos” no esquema de preparação e execução dos exames na Emergência, inviabilizando a realização dos exames. Decidimos então, observar essa diarista na execução desses protocolos, buscando um diálogo que pudesse dar visibilidade à forma como a trabalhadora lida com esses imprevistos, numa relação prescrito/real.

- trauma. Observamos o trauma à noite em razão de a única enfermeira do grupo a trabalhar nesse setor ser do plantão noturno. O objetivo aqui foi observar a execução de uma atividade nesse movimento/tempo emergencial. No entanto, quando lá fomos não estava ocorrendo nenhum atendimento emergencial, embora todos os leitos estivessem ocupados por pacientes em estados muito graves. Tivemos a oportunidade então de acompanhar os procedimentos naquele setor, buscando manter com a enfermeira um diálogo que a levasse a falar de sua atividade com os olhos do desenvolvimento.

Gostaríamos de destacar que não foi possível a observação no Almoxarifado, em razão de a trabalhadora voluntária ter entrado em licença médica. Essa seria a nossa

sexta opção, em razão de o tema “recursos materiais” ter sido muito discutido nos encontros. Essas observações serão apresentadas no capítulo de análise dos materiais coletados na pesquisa.

A seguir descrevo os procedimentos metodológicos utilizados em cada um dos encontros com os trabalhadores.

2.3.5. Dos encontros: ouvindo os trabalhadores

A terceira etapa da pesquisa foi a dos encontros com o grupo voluntário, momento em que os trabalhadores estiveram reunidos para os debates.

Primeiro encontro: vínculo ou relacionamento?

Iniciamos a reunião propondo esclarecer eventuais dúvidas que ainda pudessem existir sobre a proposta da pesquisa. Foi uma forma de trazer para o grupo de antemão alguns temas que pudessem provocar o debate. Depois oferecemos espaço para que os participantes falassem sobre o trabalho na Emergência.

Seguindo os passos de uma *comunidade ampliada de pesquisa*, buscamos estabelecer uma relação dialógica com os trabalhadores sobre o que eles vivem em seu próprio trabalho. Propusemos, então, nesse encontro, que os trabalhadores trouxessem para o debate sua vivência. Nosso objetivo era provocar a fala deles para que o trabalho se tornasse objeto de análise tanto deles quanto nosso. Todo tempo procuramos operar com circulação discursiva em que todos se sentissem motivados a entrar no debate.

O grupo inicialmente procurou desabafar suas frustrações vivenciadas no cotidiano da Emergência, destacando o interesse na pesquisa para discutir e pensar procedimentos de segurança no hospital, debater os procedimentos técnicos limitados, pensar questões relativas à saúde do trabalhador e problemas que provocam o afastamento do trabalhador, licenciando-o, bem como a importância da subjetividade no trabalho.

Intercalando a fala dos trabalhadores, íamos introduzindo alguns conceitos que considerávamos pertinentes aos temas discutidos, forma de também colocar na roda o saber científico em debate. Nesse encontro, então, falamos sobre a defasagem entre o trabalho prescrito e o real, esclarecendo que o que eles entendem por subjetividade se refere àquela esfera na qual o trabalhador se singulariza, embora sua tarefa prescrita seja a mesma que a dos demais companheiros de trabalho, e cada um faça de um jeito

diferente, mesmo parecendo igual, bem como que eles estavam vivenciando isso ali ao ouvir a forma como cada um entende e resolve suas atribuições.

Foi esclarecido também que a proposta da pesquisa é que o debate promova uma apropriação crítica das situações de trabalho por parte dos trabalhadores e das pesquisadoras; desse modo, as pesquisadoras estariam operando nessa circularidade os conceitos que pudessem estar servindo de ferramentas à pesquisa.

Em meio ao debate, as pesquisadoras faziam intervenções pontuais, colocando perguntas, pedindo esclarecimentos ou esclarecendo eventuais dúvidas.

O tema central desse encontro, porém, foi a discussão sobre as dificuldades advindas da vinculação com o paciente, principalmente pelas divergências de opiniões sobre o assunto que imprimiram ao debate um aspecto importante sobre a atividade daquele coletivo.

Para finalizar os debates, a pesquisadora agenda o próximo encontro.

Segundo encontro: tem lençol ou não tem lençol?

Buscamos operar com a circulação discursiva para manter o trabalho em objeto de análise, atualizando-o na experiência. Esse recurso técnico de mobilizar a participação de todos foi utilizado para não comprometer o debate. Segundo Clot et al. (2000), colocar em análise a própria atividade *linguagreira* amplia o raio de ação dos profissionais sobre seu contexto de trabalho e sobre eles mesmos. E nos permite analisar a gestão e o coletivo.

No entanto, antes de entrarmos com uma proposta para o desenrolar daquele encontro, a enfermeira do setor de materiais começou a falar sobre sua angústia por não poder oferecer lençóis a todos os leitos da Emergência. O grupo se manifesta, trazendo a questão da falta de recursos para tratar o paciente.

Prosseguindo com a estratégia metodológica de facilitar o fluxo do diálogo e da circulação discursiva, propomos, então, que o tema para o debate fosse: “*tem lençol ou não tem lençol?*”

Pedimos então que a enfermeira do setor de materiais descrevesse para o grupo como executa suas atividades. Esse procedimento gerou um acirrado debate no grupo, buscando desresponsabilizar a enfermeira que, cheia de “culpas”, chegava a ponto de se sentir a responsável pelo atendimento precário do setor. Esse encontro destaca a questão do coletivo de trabalho: o fato de a trabalhadora se sentir só aponta para um coletivo fragilizado. Então, poder ouvir do grupo que ela não era a responsável pode indicar um

momento importante de chamada para si do coletivo. O que aponta para a seguinte questão: em condições de trabalho muito sucateadas, como fortalecer o coletivo?

Já no final desse encontro, a assistente social propõe pensar estratégias para diminuir a pressão de usuários e seus acompanhantes sobre os profissionais; para pensar a ampliação da comunicação com os pacientes, para que esses se tornem aliados em vez de opressores, garantindo mais calma para pacientes e equipe. Os demais trabalhadores, no entanto, questionam essa proposta, alegando que em outros hospitais essa tarefa pertence ao Serviço Social e não à Enfermagem. Isso aponta para a questão: dadas as dificuldades da equipe em lidar com as diferenças, como estabelecer parcerias?

As pesquisadoras procuraram circular conceitos sobre o coletivo de trabalho e, simultaneamente e estrategicamente, colocar o coletivo para dialogar a partir das questões levantadas.

Segundo Schwartz et al., (2007), *“estes conceitos oferecem elementos de abordagem, mas é preciso dar esses conceitos... às pessoas que os vivem, para que em conjunto se possa testar o grau relativo de validade... É esta a perspectiva.”*(p. 36)

Terceiro encontro: as vivências de prazer no trabalho de emergências

Iniciamos os debates retornando para eles um pouco de nossas discussões anteriores sobre as vivências de sofrimento no trabalho, com o objetivo de levantar a seguinte questão: quais são as vivências de prazer propiciadas pelo trabalho na Emergência?

O foco da discussão foi a dificuldade de atender a todos os pacientes, apontando para a questão do que é demandado oficialmente e aquilo que os trabalhadores conseguem efetivamente realizar. Esse assunto mobilizou bastante todos os participantes, sinalizando tema a ser então debatido: o prescrito e o realizado, e as implicações para cada um acerca da maneira (prescrita e real) de atender os pacientes.

Propusemos então que os trabalhadores trouxessem em vez de suas vivências de sofrimento, suas vivências de prazer no trabalho, objetivando entrar em contato com a forma própria de cada um lidar com as questões e resolvê-las (ou não) via renormatizações. E entendemos que é por essa via que o sofrimento pode ser convertido em prazer.

Schwartz et al. (2007) destaca que a infidelidade do meio deve ser gerida como um uso de si para se fazer algo ou para dar conta de algo. Então é interessante destacar que foi por essa via que pudemos fazer operar uma circularidade sobre as vivências de

prazer no trabalho, mesmo que as vivências de sofrimento estivessem presentes o tempo todo.

Quarto encontro: como garantir a continuidade da assistência?

Iniciamos retomando os temas já discutidos. O objetivo dessa síntese das falas que emergiram nos encontros anteriores era possibilitar que os trabalhadores resgatassem os temas e fizessem novos movimentos a partir deles. Essa estratégia metodológica teve por objetivo também facilitar o fluxo do diálogo naquele encontro.

Em seguida, propusemos ao grupo que pensasse a questão de como garantir a continuidade do cuidado ao paciente. E para ilustrar o tema, o coletivo de pesquisadores profissionais solicitou a duas enfermeiras que descrevessem suas atividades para o grupo discutir as questões envolvidas na continuidade da assistência. As atividades escolhidas foram: a marcação de exames prescritos para pacientes dos boxes femininos e masculinos; e a administração da medicação prescrita àqueles pacientes.

Pedi-se às enfermeiras que explicassem os procedimentos prescritos das atividades como se repassassem a atividade a outro funcionário. De pronto elas alegam que seria quase impossível realizar essa tarefa em um dia. Quem precisasse assumir aquelas tarefas teria que passar alguns dias com elas no box para ter a vivência.

A escolha dessas atividades está relacionada diretamente ao tema escolhido para aquele encontro, por envolverem pontos polêmicos na articulação dos plantões noturnos e diurnos visando garantir a continuidade da assistência.

A escolha das diaristas está relacionada às falas do próprio grupo em encontros anteriores, assinalando que quem garante a continuidade do serviço é a diarista, que tem trabalho diferenciado e, embora os plantonistas estejam envolvidos, é ela que está presente no dia-a-dia, presenciando a troca de plantões e tendo contato com as diversas equipes – a cada plantão, cabe lembrar, as equipes são diferentes.

Nesse encontro o grupo pôde perceber e destacar aspectos presentes nas situações de trabalho consideradas fora da prescrição daquelas atividades, mas necessárias a sua execução.

Durante o debate a pesquisadora fez intervenções pontuais, colocando perguntas, pedindo esclarecimentos ou esclarecendo eventuais dúvidas, confrontando os participantes a partir de suas próprias falas. As perguntas formuladas articulavam saberes acadêmicos da pesquisadora com os saberes relativos à experiência profissional

daquele grupo,³⁹ ajustando-se as perguntas em seqüência linear e coerente com o material trazido pelos trabalhadores.

Quinto encontro: Boletim Informativo do Setor de Emergências

Começamos propondo aos trabalhadores presentes a leitura de boletim preparado a partir dos temas extraídos de nossas conversas ao longo daquele período. Distribuímos o documento, explicando que ele não estava pronto, e que eles poderiam mexer caso quisessem.

O objetivo metodológico era confrontar os trabalhadores com suas próprias frases, códigos, metáforas, sobre os mais diversos temas discutidos nos encontros. E que isso provocasse movimento no grupo.

Segundo Faïta (2005), implicar o trabalhador em um debate a partir de sua própria experiência e de seu discurso é um grande desafio. Daí a necessidade de métodos indiretos que facilitem essa expressão. Como a proposta metodológica que utilizamos é ajudar os coletivos de trabalho em seus esforços para aumentar seu próprio raio de ação, esse boletim foi oferecido ao grupo como um “*artefato técnico de análise*”.

Conforme entendimento da equipe de pesquisadores/orientação, a pesquisa não seria desenvolvida como algo estanque, limitando-se a um momento de transmissão de conhecimento; mas, sim, considerada o princípio de um processo contínuo de apreensão de diferentes modos de conhecimento e pensamento sobre a atividade.

Ao pensar em seu formato, portanto, a equipe buscou colocar em prática metodologia que viabilizasse contínuo processo de diálogo/confrontação entre o pólo das disciplinas científicas e o da experiência, possibilitando a emersão de novos conhecimentos e desenvolvimentos mútuos (BRITO et al., 2000). Esse artefato constituiu técnica estratégica de fazer falar o trabalhador: não só para nós, mas entre eles sobre seu trabalho.

³⁹ A discussão da relação entre o saber da experiência e o saber científico é importante para a construção de um campo conceitual que ajude na reflexão e na compreensão da relação do trabalhador com seu ofício.

Validação

Para o último encontro reservamos a apresentação e validação do material produzido na pesquisa e retornamos ao grupo um relatório confeccionado a partir das discussões e das observações efetuadas nos demais encontros. Tal relatório, conforme previamente estabelecido, pôde ser avaliado e discutido pelo grupo (que poderia ratificá-lo, retificá-lo, incluir pontos que julgasse omitidos, porém, importantes). Esse foi também o momento do término da pesquisa e da saída das pesquisadoras daquele cotidiano, encerrando-se os trabalhos.

Foi deixada ao grupo a possibilidade de autogestão da continuidade ou não daquele espaço de discussão.

Esse momento foi utilizado pelas pesquisadoras para uma sistematização dos encontros anteriores – não só para síntese que finalizasse a pesquisa, mas como mais uma possibilidade de fazer circular as diversas falas acerca da produção do relatório final. Os participantes foram convidados a discutir esse percurso e a validar o relatório final da pesquisa.

Para a apresentação do relatório de validação, levamos um *notebook* que permitiu fazer exposição conceitual prévia. Explicamos que estávamos em campo não só para aprender sobre a atividade deles, mas também para levar até eles conceitos de nossa caixa de ferramentas que pudessem ser articulados com os temas de nossos debates. O objetivo não era apenas eles falarem, mas também nos ouvirem. E agora nós queríamos vê-los efetivamente trabalhando em cima dos conceitos. Aquela seria, em nossa opinião, a melhor forma de aprender sobre o trabalho deles, articulando as situações de trabalho ao referencial conceitual de nossa caixa de ferramentas.

Tudo acertado, começamos a exposição conceitual a partir do material extraído dos encontros e das observações. Depois abrimos o debate, com a perspectiva de provocar movimento que os levasse a expressar sua atividade, as construções coletivas e suas derivações possíveis.

A validação do relatório final para análise fecha este capítulo, dedicado a apresentar a abordagem metodológica e os procedimentos que foram utilizados no campo empírico.

Nos próximos capítulos serão apresentados o campo empírico e recortes desses encontros, com o objetivo de compreender os materiais gerados na pesquisa, focalizando as formas como o coletivo pesquisado fala a respeito de seu trabalho.

Durante as três fases da pesquisa, a equipe de pesquisadores buscou estabelecer alianças com os trabalhadores tentando viabilizar um processo dialógico não apenas do conhecimento científico, mas também da experiência do trabalho, tentando contribuir para o processo de produção de conhecimento sobre as situações de trabalho.

CAPÍTULO 3 – O CAMPO EMPÍRICO

Neste capítulo apresentaremos o Setor de Emergências do Huap a partir de seu funcionamento e organização formal de trabalho. O objetivo é fornecer condições para que o leitor compreenda as discussões que estão sendo desenvolvidas em relação aos atores e cenários ali expostos. O campo empírico será contextualizado principalmente no período da pesquisa, que transcorreu de abril de 2007 a abril de 2008.

3.1. Antecedentes históricos

Na segunda metade da década de 1940 iniciaram-se as gestões para a construção de um hospital na cidade de Niterói, RJ, inaugurado em 15 de janeiro de 1951 e denominado Hospital Municipal Antonio Pedro em homenagem ao clínico geral Antonio Pedro Pimentel, um dos fundadores da Faculdade Fluminense de Medicina e médico de destaque no estudo de doenças infecciosas. A obra se constituía de um monobloco de oito andares, com capacidade para cerca de 500 leitos, configurando a tentativa de concentrar em um só espaço a rede de atendimento hospitalar público da cidade (MONTEIRO, 1981).

Por volta de 1944, essa rede resumia--se a três unidades: o antigo Hospital São João Batista, com 120 leitos e que prestava, desde 1872, serviços gratuitos à população de Niterói e dos municípios vizinhos; a Maternidade do Barreto, com 40 leitos, originalmente parte do Hospital São João Batista, ocupando as instalações antes destinadas a alienados e posteriormente transferida para Barreto; e o precário Posto de Serviços Urgentes, no Centro da cidade, criado por volta de 1921, por iniciativa do próprio dr. Antonio Pedro, que conseguiu, junto à municipalidade, que se concretizasse sua instalação. A esses estabelecimentos, somavam-se o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e o Hospital de Isolamento do Barreto, depois transformado em hospital de tuberculose e denominado Hospital Ari Parreiras. Por volta de 1950 construiu-se outro hospital para tuberculosos, o Azevedo Lima, à época considerado grande e moderno dispensário para tratamento de tuberculose e entregue à Faculdade de Medicina. Ainda por essa ocasião, o Serviço de Verificação de Óbitos, da Prefeitura, também ficou a cargo da faculdade, passando-se a realizar as necropsias no Instituto Anatômico (MONTEIRO, 1981).

Para os padrões da época, essa construção representava a materialização de um projeto ambicioso: constituir um hospital de pronto socorro que serviria também como moderno hospital de clínicas. Se, por um lado, esse hospital surge cercado de muitas expectativas e com a função de assumir a demanda dessas instituições, por outro, já havia também a expectativa de a faculdade poder ampliar o campo de treinamento de seus alunos (MONTEIRO, 1981).

Há que levar em consideração, ainda, que Niterói, então capital do Estado do Rio de Janeiro, era cidade de importância política, e o projeto de construção de um hospital de grande porte enquadrava-se nos moldes postulados pelo projeto político desenvolvido desde a década de 1930, trazendo em si a estratégia de investimento em organizações assistencialistas curativas para consolidar o Estado Novo como empreendedor das demandas populacionais, uma vez que até o início do século a população brasileira só contava com organizações filantrópicas e privadas para atendimento hospitalar. O discurso preconizado era o de que a rede hospitalar pública de Niterói precisava reestruturar-se para oferecer atendimento adequado a toda a sua população e a de cidades vizinhas (SOUZA, 1976).

Inicialmente, o hospital inaugurado contava com 350 leitos e atendia apenas à população de Niterói e São Gonçalo. Só depois estendeu seus serviços às regiões periféricas. Durante os primeiros anos, o Huap sobreviveu com verbas da Prefeitura e aquelas obtidas pela cobrança de serviços médicos prestados. Em 1957, a Prefeitura proibiu a cobrança de serviços, e, em oito meses, praticamente sem recursos, o hospital fechou suas portas.

Em dezembro de 1961, chegou a ser reaberto em caráter de emergência para receber as vítimas do incêndio do Gran-Circo Americano, mais de 400 pessoas, na maioria crianças. Uma equipe composta por médicos da Prefeitura e estudantes da Faculdade de Medicina da UFF foi montada às pressas para viabilizar esse atendimento. Como Niterói necessitasse de um estabelecimento hospitalar de grande porte, houve esforço no sentido de mantê-lo aberto (MONTEIRO, 1981).

A insuficiência de fundos e a falta de equipamentos e de materiais de consumo, entretanto, determinaram sua desativação em pouco menos de um ano. Segundo Monteiro (1981), se a Prefeitura não tinha recursos, o Estado se omitia, e o hospital, sem meios de se manter, foi fechado, mantendo-se apenas precário serviço de atendimento de urgência.

Pouco depois foi reaberto, e sua administração entregue, em regime de comodato, firmado em 29/12/1961, ao Ministério da Saúde, a quem cabia a responsabilidade de direção técnica e administrativa, de manutenção dos serviços hospitalares e de articulação com o Ministério da Educação e Cultura para a utilização de leitos pelas clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. No regime de comodato a Prefeitura também era responsável por alguns serviços, como obstetrícia e socorro de emergência, o que não ocorria de forma geral, resultando em posterior doação do hospital à UFF.⁴⁰

Em 1964, depois de três anos de abandono e como resultado de longa mobilização dos estudantes de medicina, o Hospital Municipal foi cedido pela Prefeitura à Universidade Federal Fluminense – UFF tornando-se, então, Hospital Universitário Antonio Pedro – Huap.⁴¹ Lutas como a dos universitários da Faculdade de Medicina irão marcar a história desse hospital, que já nasce em meio a movimentos acirrados de expansão e recuo.

A doação do hospital à Universidade ocorreu pela Deliberação 2.403, de 27/01/1964, da Câmara Municipal de Niterói, com transferência de patrimônio e compromisso de prestação de serviços de maternidade e emergência à população carente de Niterói (NAT/UFF, 1979).

A situação financeira crítica foi o principal determinante dessa doação. No entanto, como a universidade não o incorpora como uma de suas prioridades, o hospital continua sofrendo constantes crises financeiras, que culminam na ameaça de seu fechamento. Foi proposta a criação de uma fundação com a finalidade de gerenciar o Huap, sendo um dos argumentos utilizados para sustentar a importância da privatização do hospital a falta de interesse em investimento no Huap a partir de grande defasagem tecnológica. Essa proposta e a ameaça de fechamento do hospital mobilizaram várias

⁴⁰ Cabe destacar que, antes dessa fusão, a Faculdade Fluminense de Medicina – FFM, instituição particular na cidade de Niterói, federalizou-se, passando à alçada do governo federal na então recém-criada Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UFERJ, posteriormente Universidade Federal Fluminense – UFF. Uma universidade de medicina particular que se federaliza necessita, de quebra, de um hospital-escola. Esse movimento culmina na cessão do hospital Antonio Pedro à UFF, pelo Decreto-Lei 408/61, conforme informações constantes do Núcleo de Assistência Técnica em Administração Hospitalar – NAT/UFF, em relatório sobre o diagnóstico institucional do Hospital Universitário Antonio Pedro (NAT/UFF, 1979, vol. 1).

⁴¹ Conforme Regimento Interno do Hospital Universitário Antonio Pedro – Huap (MANUAIS DO SERVIÇO SOCIAL/UFF, 1961, 1968 e 1984).

entidades de classe (como Aduff, Asuff, Dce, Fórum Popular da Saúde, associações de moradores, sindicatos) que iniciaram um movimento em defesa do Huap. Conseguiram-se assim alternativas para atenuar a crise, suspendendo-se a implantação da fundação. Para reduzir a defasagem tecnológica e manter os serviços, uma das soluções encontradas pela administração foi realizar convênios com empresas, que fornecessem aparelhagem ou recursos em troca de atendimento médico diferenciado a seus empregados.⁴²

Esse tipo de parceria ocorre no Huap, em razão de as verbas liberadas pelo SUS não serem suficientes para cobrir os gastos do hospital. A direção explica que o montante liberado pelo SUS está vinculado ao tamanho do município e ao número de habitantes; no entanto, a grande demanda originada de municípios vizinhos e da rede acaba onerando o orçamento mensal. Essa dinâmica de luta vem acompanhando a rotina do hospital até a atualidade, como veremos a seguir, por intermédio do Setor de Emergências.

3.2. No campo empírico: o que vimos por lá?

Atualmente, o Huap é a maior e mais complexa unidade de saúde de Niterói e, portanto, considerado na hierarquia do SUS hospital de nível terciário e quaternário, isto é, unidade de saúde de alta complexidade de atendimento. Além da Emergência, suas áreas de atendimento de alta complexidade incluem as grandes cirurgias cardíacas, as vasculares, como a de carótida e de aorta abdominal, as de traumatologia-ortopedia, como as cirurgias de quadril e ombro, além dos transplantes renais e neurocirurgias. A cardiologia terapêutica com procedimentos hemodinâmicos invasivos durante o transcurso dos exames também é área de alta complexidade incluída nas metas da direção. O Huap é ainda referência no atendimento de emergências relacionadas com politraumatismos.

Sua área de abrangência inclui a Zona Metropolitana II, atingindo população estimada em mais de dois milhões de habitantes, englobando, além dos pacientes de

⁴² Exemplo disso é a reportagem publicada em março de 2007 e que destaca a parceria do Huap com a Petrobras alavancando recursos para manter a qualidade do atendimento no hospital pela reestruturação do Setor de Emergências e criação de unidade para queimados, objetivando o atendimento a trabalhadores da Petrobras acidentados. Disponível em: http://www.concise.com.br/not_mar07.html.

Niterói, os oriundos de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá e, dada a proximidade, parte da população do Rio de Janeiro.

Fazendo a relativização entre essas cidades, sua população e a quantidade proporcional de serviços oferecidos pela rede, vão-se delineando claramente o quadro de demanda dos serviços do Huap e os problemas que o hospital enfrenta. Se na inauguração representava um salto na proposta de atendimento hospitalar na região, em seu percurso histórico se tem deparado com muitas intempéries por sobrecarga de atendimentos, falta de recursos, déficit de pessoal, saturação do espaço físico, ausência de projeto próprio e defasagem tecnológica, agravando a qualidade dos serviços prestados e o distanciando das características previstas para um hospital universitário. Todo esse quadro compõe estrutura já antiga de desgaste dos serviços prestados à população e que, somada a um processo de sucateamento, ao péssimo estado de conservação do prédio e à saturação do espaço físico, interfere no funcionamento de todo o hospital (COPPEDE, 1991).

Como hospital universitário, o Antonio Pedro tornou-se organização bastante complexa, com as finalidades de assistência, ensino e pesquisa, e, nesse perfil, seus atendimentos deveriam voltar-se para o atendimento terciário, assistindo pacientes de alto grau de complexidade e que exigem tecnologias mais sofisticadas. No entanto, conforme já destacado, a demanda de nível primário e secundário que historicamente recorre ao hospital dificulta a implementação de um sistema de referência que lhe atribua perfil de assistência na área programática em que se insere. Esse problema tem origem, sobretudo, no Pronto-Socorro do hospital, que funciona historicamente aberto a todos os casos, gerando uma série de dificuldades operacionais e agravando a questão da superlotação no setor.

Foi, portanto, em cenário de crise que atravessava o Setor de Emergências que a pesquisa se processou. Um dos elementos desse cenário é justamente a crise de identidade, já que, sendo pronto-socorro de hospital voltado para atendimentos de níveis quaternário e terciário, tem que dar conta ainda da demanda decorrente da precariedade da rede pública. E, aumentando a demanda assistencial, seu papel como pronto-socorro de um hospital de ensino e pesquisa tende a se tornar secundário.

Cabe destacar que nos relatos históricos sobre o hospital há poucas referências ao Setor de Emergências, dificultando nosso acesso a fontes documentais e nos encaminhando para a utilização basicamente de relatos verbais e de nossas próprias observações para descrever o campo empírico. Essa pouca visibilidade do pronto-

socorro no corpo desse hospital nos remete à seguinte questão: qual é a especificidade e como funciona o pronto-socorro de um hospital universitário?

O Setor de Emergências do Huap em todo o período da pesquisa operou acima de sua capacidade, com macas disputando corredores e/ou utilizando espaços que deveriam ser destinados apenas ao atendimento de emergência. Em meio à superlotação, os profissionais improvisavam para atender os pacientes, chegando a transformar salas de emergência em enfermaria. Os pacientes ficavam acamados nos corredores como se estivessem internados.

Essa realidade ocorria em parte por esse setor buscar atendimento referenciado de alta complexidade e urgência, mas acabar fazendo atendimentos de baixa complexidade em decorrência de demanda que poderia ser atendida em outras unidades da rede de saúde e que sobrecarregava o fluxo do setor, provocando a descaracterização emergencial dos casos. Essa alta frequência de internações por doenças que exigiam recursos diagnósticos e terapêuticos de baixa complexidade era complicador que tornava a situação crítica no pronto-socorro, levando os funcionários a improvisar acomodação de pacientes em macas, nos corredores, quando deveriam ser internados.

De qualquer forma, esse cenário descortina realidade que não se restringe a esse hospital, mas a grande parte dos hospitais universitários brasileiros, divididos entre essa especificidade e a demanda que bate as suas portas, como diagnostica a ABRAHUE (1995):

definidos pelo SUS como hospitais de nível terciários ou quaternários, vêm, entretanto, dada as deficiências que marcaram a descentralização, operando como hospitais também secundários, em virtude da procura da população a seus ambulatórios. No momento vem atuando inclusive como unidades de atendimento primário. A verdade é que a incapacidade demonstrada pela grande maioria das prefeituras e estados em oferecer um atendimento primário minimamente satisfatório (...) vem sobrecarregando os hospitais universitários (...). Este papel que foram forçados a assumir (...) alterou radicalmente a estrutura interna e os padrões de funcionamento desses hospitais, desorganizando-os pelo menos em parte, com reflexos negativos no desempenho de suas funções como centros de ensino e pesquisa.

No entanto, se esses fatores apontam para um aspecto global da questão, também se constituem em parte da explicação de um problema que se caracteriza pela forma de funcionamento local dessa organização hospitalar.

Assim, muito embora as condições gerais de infra-estrutura do Setor de Emergências do Huap sejam também reflexos da falta de prioridade dada à área de saúde no país, é necessário continuar avançando um pouco mais na história específica desse setor para entender os movimentos singulares que marcam significativamente seu funcionamento e, em conseqüência, o de toda aquela equipe. Pois, embora os problemas que o Setor de Emergências do Huap enfrentasse à época⁴³ sejam também vivenciados em outros hospitais públicos brasileiros, importa aqui, nesta pesquisa, destacar suas particularidades e o modo como aquela equipe os vivencia. Tratando-se do global repercutindo no singular e do singular retornando ao plural. O global incide em todos os hospitais, mas a dinâmica das situações de trabalho de cada local é diferente em suas particularidades, e é isso que desejamos destacar (SCHWARTZ et al., 2007).

Por outro lado, o fato de esse hospital passar da unidade original de atendimento local para hospital universitário não parece justificar esse fluxo que se dirige tradicionalmente ao Setor de Emergências para atendimento. A explicação parece apontar mais na direção da ineficiente política de atendimento oferecida pelo SUS às redes de saúde dos municípios. A superlotação do setor, em contrapartida, aponta como uma das possíveis causas, a forma de gestão daquele hospital, como veremos a seguir.

Para melhor explicar esses problemas, descreveremos a forma de funcionamento do Setor de Emergências do Huap na atualidade, a partir dos fatos que atravessaram o período de nossa pesquisa, num salto que vai da proposta inicial de construção daquela unidade de atendimento até o contemporâneo, permitindo melhor compreensão da dinâmica e dos problemas atuais do setor hoje.⁴⁴

⁴³ Sobre o assunto, ver reportagem divulgada em 28/04/2008: IANE, F. “*O Hospital Universitário Antonio Pedro em cinco aspectos: a emergência, o problema financeiro, a estrutura, a dengue, a história.*” In: Informativo UFF Por Dentro. Niterói, 28 abr. 2008. Disponível em <http://www.uff.br/enfoque_uff/foco7.htm>. Acesso em 28 abr. 2008.

⁴⁴ É importante ressaltar que nosso intuito não é o de uma escrita-denúncia. Desejamos ultrapassar essa questão, que foge a nossos propósitos, mas não poderíamos descrever a estrutura, organização e funcionamento do setor de emergências sem abordar os movimentos que atravessavam o processo de pesquisa e os efeitos produzidos naquele ambiente de trabalho.

3.3. Os setores dentro de um setor

Por ocasião de nossa pesquisa, o Setor de Urgência vivia o desafio de zerar a quantidade de leitos nos corredores de seu Pronto-Socorro. E reduzir as taxas de ocupação no maior Pronto-Socorro de Niterói seria conseguir resolver um problema crônico de muitos anos: atender a demanda que só aumenta mantendo praticamente a mesma capacidade operacional do hospital há mais de 20 anos.

Essa batalha de desafogar o Setor de Urgência vem sendo travada ao longo dos anos. Com capacidade física instalada de 42 leitos fixos, taxa de ocupação diária⁴⁵ em torno de 180 atendimentos e média de permanência de 20 pacientes internados, a solução encontrada é a utilização dos corredores, que chegam a abrigar mais de 20 leitos flutuantes (macas), quadro com reflexos negativos diretos na qualidade do atendimento prestado aos pacientes e nos altos níveis de tensão e estresse vividos diariamente pelos profissionais ali atuantes. Segundo o chefe da Enfermagem, na época o setor realizava em média 58,2 mil atendimentos por ano. Desse total, cerca de 45% dos pacientes eram das cidades vizinhas, principalmente de São Gonçalo, cujo número se aproximava bastante do de niteroienses, demanda bem acima da capacidade operacional do setor, gerando o quadro caótico.

Por falta de leitos e de espaço, os pacientes ficavam “internados” em pleno corredor, em observação ou aguardando vaga para entrar nos boxes. Resignados ou não, tanto pacientes quanto funcionários adaptavam-se a uma rotina que se arrastava ao longo dos anos. A falta de fluxo de escoamento desses usuários que esperavam sua alta, transferência para a rede ou remanejamento para dentro do hospital tornava-se um problema para a ação da Emergência. Onde, porém, se localizava o problema? Essa é a outra face da moeda, que passaremos a abordar.

De acordo com o chefe da Enfermagem, sempre foi difícil negociar a saída desses usuários do Setor de Emergências, tanto para fora do hospital quanto, principalmente, para dentro. A transferência torna-se um dos nós da Emergência, existindo algumas variáveis para o problema, tais como a gestão e inoperância da rede interna e externa e a falta de central eficaz de regulação de leitos. Assim, enquanto a

⁴⁵ Depois do fechamento parcial da Emergência, essa taxa de ocupação diária passou a girar em torno de 75 atendimentos/dia, conforme informações do chefe da Enfermagem.

transferência não acontecia, os pacientes aguardavam nos boxes, corredores ou sala de trauma vaga no próprio hospital.

A gestão externa e interna do hospital, entretanto, é insuficiente como causa principal dos problemas vivenciados na Emergência. As questões daquele setor demandam considerar mais a complexidade dos problemas e não apostar numa causa principal. Precisamos, então, avançar a fim de evidenciar os engendramentos observados no setor. A área física da Emergência assim se dividia: porta de entrada; sala de trauma com capacidade para cinco pacientes; box feminino com quatorze leitos; box masculino com treze leitos; emergência pediátrica com nove leitos para observação e duas macas para atendimentos de urgência; sala de hipodermia com sete poltronas para pronto-atendimento; sala de sutura com duas macas; repouso (à época, fechado). Passemos, então à porta de entrada, onde tudo começa.

3.3.1. Como o paciente entra e sai da emergência?

Referência no atendimento de emergências no Estado do Rio de Janeiro, o Huap, que atendia à média diária de 175 pacientes na unidade, buscava soluções que evitassem as filas demoradas e desnecessárias e o fluxo desordenado de pessoas no local. O principal problema da porta de entrada da Emergência consistia na falta de priorização no atendimento ao paciente e no fato de nem todo paciente ali chegado ser atendido, em função do grau de severidade do caso. Assim, casos mais e menos graves disputavam igualmente o atendimento.

À época da pesquisa, o Setor de Emergências estava incluído nos projetos em desenvolvimento no Huap e que contemplavam a Política Nacional de Humanização do SUS (Humaniza SUS), dentre os quais se destacava o Programa de Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência, cujo objetivo era oferecer ao usuário escuta qualificada que permitisse a solução de sua demanda, classificando-o segundo o grau de risco e assegurando-lhe o atendimento, mesmo que por outros órgãos da rede de saúde em parceria. Existia lá um grupo formado por profissionais dos vários setores envolvidos na discussão das práticas de humanização no hospital.

Esse dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco se iniciava na porta de entrada da Emergência, buscando além da humanização, um fluxograma do usuário no setor via entrevistas semi-estruturadas para levantamento de dados, de acordo com os quais os pacientes eram então classificados em três níveis de risco – alta, média e baixa

complexidade – priorizando-se o atendimento dos casos mais sérios. Para isso, no entanto, era necessário que a classificação de risco fosse feita por profissional qualificado, mais especificamente médico ou enfermeiro sênior, pois, além de ser capaz de identificar de forma rápida e precisa os casos mais urgentes, esse profissional deveria ter poder de decisão, pois essa é medida que pode salvar vidas. À época da pesquisa, a equipe da porta de entrada era composta por dois vigilantes, dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem.

A metodologia visava à redução do tempo de espera dos pacientes mais graves, contribuindo para melhorar a qualidade do serviço prestado. Segundo o chefe da Enfermagem, no sistema antigo, ao dar entrada na Emergência do Huap, o paciente passava por cinco etapas, sendo recebido pelo guarda, pelo recepcionista e pela enfermagem antes de chegar à triagem médica, atualmente denominada acolhimento, onde recebia alta ou era encaminhado para atendimento ambulatorial. No novo modelo, o paciente ao entrar na Emergência era encaminhado diretamente à seção de triagem para a classificação de risco. Os pacientes de alta complexidade tinham prioridade no atendimento. A classificação evitava, assim, que os casos mais sérios concorressem com os de menor gravidade, sendo possível reduzir o tempo de espera dos pacientes que necessitavam de cuidados imediatos. Após a implementação desse modelo, constatou-se que 75% dos pacientes que chegavam à Emergência apresentavam enfermidade de baixa complexidade.

Como pontos positivos da porta de entrada, os funcionários destacaram o Acolhimento com Classificação de Risco e Humanização do atendimento, com destaque para a atuação da Enfermagem, do Serviço Social e parte do grupo médico.

Como pontos negativos, apontaram a falta tanto de qualificação quanto de capacitação em gestão hospitalar como o responsável pela grande desorganização nas equipes médicas; e que a falta de rotinas e protocolos de atendimento de urgência decorriam de um sistema de gestão verticalizado que gerava tratamento diferenciado entre os servidores, impossibilitando a formação de equipes. Segundo a chefe do Serviço Social, os problemas mais frequentes enfrentados ali eram a falta de médicos para auxiliar na classificação e no atendimento, além da baixa assiduidade de especialistas.

Mas se o grande fluxo dessa demanda que chegava era de nível primário e secundário, e vinha historicamente recorrendo ao hospital, segundo uma enfermeira da porta de entrada, apesar de toda confusa, essa demanda era pequena e praticamente não

existiam filas de espera para atendimento. O problema, segundo sua percepção, não se localizava ali, mas na falta de fluxo de saída dos pacientes que entravam para a Emergência e precisavam de internação para seguir o tratamento – eles ficavam aguardando nos boxes, corredores ou sala de trauma, até surgir uma vaga no próprio hospital, pois dificilmente se conseguia transferência para a Rede de forma rápida.

No final da pesquisa, o Programa de Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência encontrava-se em fase de reavaliação. O grupo que lá atuava foi desfeito por ordens da direção, com a proposta da formação de novo grupo para atuar na porta de entrada da Emergência. Os principais articuladores desse processo na porta de entrada foram deslocados para outros setores a partir do fechamento parcial da Emergência. Até o *desmonte*,⁴⁶ o paciente entrava no setor por demanda espontânea e/ou referenciado, depois só referenciado, via Central de Regulação - SAMU.⁴⁷ E, dependendo do motivo da entrada, os procedimentos eram encaminhar ao trauma ou passar pelo acolhimento. Como, porém, funcionavam esses setores? Vejamos!

3.3.2. Trauma e acolhimento

O pólo traumatizado tinha prioridade máxima na Emergência do Huap e se constituía no setor para o qual eram encaminhados os pacientes traumatizados que chegavam à Urgência/Emergência.

No entanto, apesar de sua importância, apresentava como pontos negativos a insuficiência de material para atendimento e espaço exíguo para ampliar o número de

⁴⁶ O termo desmonte é utilizado aqui seguindo o uso dos próprios trabalhadores, que entendiam o fechamento parcial da Emergência como desmonte engendrado por questões políticas para a privatização do hospital.

⁴⁷ O Serviço de Assistência Móvel de Urgência - SAMU, cuja função é de encaminhamento rápido e eficiente para os casos de alta complexidade, foi implantado com recursos federais em setembro de 2004 em Niterói, sendo o primeiro em todo o Brasil a funcionar com cobertura para toda a “Região Metropolitana II”, com recursos do Ministério da Saúde. As 22 ambulâncias do Samu realizam cerca de 15 mil atendimentos por mês. Um completo sistema de atendimento telefônico é acompanhado por médicos especializados que se encarregam de orientar, encaminhar e fazer a triagem dos casos, antes mesmo que a ambulância seja despachada para o local do chamado. Como resultado, há mais rapidez e eficiência nos atendimentos, além de serem racionalizados os encaminhamentos de pacientes. (Sobre o assunto, ver: Samu: exemplo de sucesso sem fronteiras. In Folhanit.com.br, Edição 554. Disponível em: <http://www.folhanit.com.br/554/artesao.htm>. Acesso em 12 abr. 2008.)

leitos da UTI, que eram poucos em face das necessidades da Emergência. Sua capacidade era de cinco leitos, chegando a ficar com até nove pacientes, mas sem a menor condição de atendimento e enfrentando a permanente superlotação de usuários crônicos.

Faltava, ainda, um serviço especializado para pacientes sem possibilidades terapêuticas, com profissionais hábeis na lida com pacientes terminais, tipo politraumatizados, cardiopatas, infartados e outros, que ocupavam o mesmo espaço e o disputavam com os demais pacientes que chegavam ao trauma.

Segundo o chefe da Enfermagem, apesar de todos esses problemas, o Trauma avançou na humanização e também na parte do comportamento ético e na relação direta com o paciente. Por outro lado, houve avanço sensível em suas especificações e em seu perfil. E é reconhecido pelo atendimento rápido e tratamento ágil e seguro para salvar vidas.

Nesse setor são realizados os procedimentos vitais de angioplastias, valvuloplastias e investigações diagnósticas, entre outros, demandando, portanto, a utilização de cateteres; tubo endotraqueal, para entubação; luvas de procedimento, óculos, entre outros equipamentos de proteção individual.

A chefe do Serviço Social destaca que o trauma tem por pontos positivos a excelência da qualidade dos profissionais que trabalham nesse setor, de forma abnegada no atendimento a pacientes sob sua responsabilidade e, assim, mesmo com a unidade lotada, garante-se um bom padrão de atendimento em razão de corpo clínico competente e experiente no atendimento emergencial. Por sua vez, o chefe da Enfermagem destaca como pontos críticos, a necessidade de ativar os equipamentos, regularizar o atendimento aos pacientes usuários do SUS e buscar recomposição imediata das equipes de plantões.

A passagem do paciente pelo acolhimento, por sua vez, ocorre via box masculino, box feminino e emergência pediátrica.

Tanto o box feminino quanto o masculino têm a função de enfermagem na Emergência, em razão da dificuldade de migrar os pacientes internados em outros setores do Huap e/ou de transferência para as unidades da rede de saúde. Ali os pacientes mais graves e que necessitam de internação recebem tratamento até seu remanejamento para outras unidades da rede ou para dentro do próprio hospital, e ainda ter alta. Enquanto os leitos ficam ocupados, os demais pacientes que necessitam de internação aguardam nos corredores, em macas que funcionam como leitos, uma vez

que os 13 leitos do box masculino e os 14 do box feminino não são suficientes para acolher toda a demanda.

Na emergência pediátrica, com seus nove leitos para observação e duas macas para atendimento de urgência, o quadro se repete.

O setor de hipodermia oferece melhores condições de atendimento em decorrência de conforto e tecnologia básica, máscaras e EGG; porém a falta de médicos escalados para o setor deixa pacientes aguardando por tempo desnecessário, ajudando a aumentar a superlotação.

A sala de sutura possui duas macas, e o almoxarifado dá suporte à Emergência, reabastecendo o setor dos materiais necessários à prática clínica. Segundo o chefe da Enfermagem, os recursos necessários são oscilantes. Às vezes faltam seringas, em outros momentos faltam luvas, medicamentos, cateteres, lençol (sempre), sabão líquido, detergente, aventais, esparadrapos, etc.

Cabe destacar ter existido na Emergência um setor de repouso, desativado em 2006. Essa unidade foi citada pelo grupo de pesquisa em vários momentos, então entendemos ser pertinente destacá-la a seguir.

3.3.3. Repouso: por que fechou?

Funcionando na Emergência como apoio às faltas de vagas no CTI do hospital e para onde não era possível encaminhar usuários em estado terminal e/ou agravados, sua função era dar suporte à sala de trauma e aos boxes da Emergência, embora também recebesse pacientes oriundos de outros andares do hospital. Os motivos de seu fechamento giram, em princípio, em torno da alta taxa de mortalidade e das condições inadequadas de seu funcionamento. Vejamos então.

O repouso funcionava na Emergência com seis leitos para pacientes críticos. Sua taxa de ocupação diária era de 100%, e a mortalidade, superior a 40%, chegando até a 60%. Um dos maiores agravantes era a inexistência de médicos para acompanhamento nos períodos da tarde e noite, colocando em risco toda a assistência prestada, em função da complexidade e gravidade dos pacientes, o que gerava grande desgaste para a enfermagem.

Assim, apesar de o repouso ter a função de uma Unidade de Pacientes Graves – UPG, ainda imprescindível nas emergências brasileiras, acabava funcionando como local de “espera da morte” com alta taxa de permanência, evidenciando o baixo grau de

rotatividade de leitos e resolutividade do setor, não obstante a dedicação de muitos de seus trabalhadores. Esse funcionamento descaracterizava sua especificidade emergencial e produzia elevado índice de mortalidade.

Seu fechamento possibilita compreender que o problema não está apenas no alto índice de mortalidade desse setor, na ausência ou precariedade da rede, no excesso de usuários e/ou na falta de recursos humanos e caracteriza-se como acontecimento-analisador que não só reacende as possibilidades de discussão acerca das necessidades que culminaram em sua criação, mas principalmente aos modos de ali se fazer gestão.

Segundo o chefe da Enfermagem, a situação precária do repouso e a possibilidade de fechamento daquela unidade não foram discutidas de forma coletiva pelo grupo, mas apenas por alguns trabalhadores da Emergência. Frente a essa naturalização/anestesiamento da questão e diante de muitos embates, um abaixo-assinado contra o fim do repouso foi escolhido por eles como estratégia imediata de ação que, entretanto, não resultou em sucesso.

O fechamento do repouso estava diretamente ligado à abertura do novo Centro de Tratamento Intensivo – CTI do hospital, projeto prioritário da gestão anterior e que iria favorecer o deslocamento desses pacientes da Emergência para dentro do hospital. Construído com recursos liberados pela União no valor de R\$3 milhões, o novo setor foi inaugurando em 30/10/2006.

Segundo nota⁴⁸ da administração à época, o novo CTI amplia a possibilidade de atendimentos, expandindo de seis para 17 leitos e tendo por meta chegar aos 40 leitos. Como recursos, o novo CTI tem controles que monitoram as frequências cardíaca e respiratória, a pressão arterial, temperatura e o nível de oxigenação do sangue dos pacientes.

A inauguração desse CTI faz parte do projeto de humanização do tratamento dos pacientes e do projeto de modernização iniciado no Huap, que também prevê a construção de um Centro de Tratamento Intensivo dentro do Pronto Socorro para o atendimento aos pacientes politraumatizados, de que é referência. Para esses projetos, a direção do hospital conta com verba de seis milhões do Qualisus⁴⁹ para reformar outras

⁴⁸ “HUAP inaugura novo CTI”. Reportagem de LÉA, A & BRITO, S. *Momento UFF*, publicação da Universidade Federal Fluminense, n. 158, nov. 2006. Disponível em: <http://www.noticias.uff.br/momento/2006/158/momentouff158.pdf>. Acesso em 03 mar. 2008.

⁴⁹ O QualiSUS, resultado da parceria entre o Ministério da Saúde com governos estaduais e municipais, cria em cada hospital, grupo de humanização no atendimento; reorganiza o funcionamento com a

unidades do hospital. Mas todo drama tem seu cenário e contexto. O contexto hospitalar do Setor de Emergências do Huap é de crise de financiamento e de efetivos, como veremos a seguir.

3.4. A crise de recursos e infra-estrutura

As condições gerais de infra-estrutura da Emergência refletiam a falta de reformas e investimentos naquele setor. O péssimo estado de conservação do prédio e a saturação do espaço físico aparentavam fragilidade e interferiam no funcionamento dos serviços. Ao andar pela Emergência, observamos estrutura antiga apresentando pouco espaço, infiltrações, janelas enferrujadas, paredes descascadas e muitos outros problemas que poderiam ser evitados com melhor manutenção do setor.

Quanto ao equipamento, verificamos tecnologia precária, com respiradores ultrapassados, bombas infusoras em quantidades insuficientes, macas sem sistema hidráulico, reduzindo o conforto dos pacientes e aumentando o esforço dos profissionais, monitores cardíacos ultrapassados, sem oferecer todos os parâmetros vitais necessários, oxímetros de pulso ultrapassados e em péssimas condições de uso e em quantidade insuficiente. Completando o quadro, o serviço de limpeza contava com poucos profissionais, oferecendo péssimas condições aos usuários e aos funcionários.

As reformas previstas para o setor estavam sendo adiadas há aproximadamente cinco anos por falta de recursos.

Segundo informações da administração, havia projetos de melhoria do setor por intermédio do COMPERJ,⁵⁰ pois, com o novo pólo petroquímico da Petrobras em

priorização de leitos para pacientes da Emergência; institui a triagem classificatória de risco e capacita profissionais. A partir da celebração do convênio, equipes de consultores do Ministério da Saúde acompanharão as mudanças dentro dos hospitais. Esses consultores trabalharão em conjunto com os profissionais dos hospitais. As equipes definem o cronograma e vão assessorar as mudanças acertadas. Os hospitais atendidos pelo QualiSUS receberão equipamentos novos, comprados pelo Ministério da Saúde, e terão suas instalações reformadas (Ministério da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/SAUDE/area.cfm?id_area=408).

⁵⁰ O Comperj – Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro – será construído em área de 45 milhões de metros quadrados localizada no município de Itaboraí, com investimentos previstos em torno de US\$ 8,38 bilhões. A produção de resinas termoplásticas e combustíveis consolidará o Rio de Janeiro como grande concentrador de oportunidades de negócios no setor, estimulará a instalação de indústrias de bens de consumo que têm nos produtos petroquímicos suas matérias-primas básicas e irá gerar cerca de 212 mil empregos diretos e indiretos, e efeito renda, em âmbito nacional. Com início de operação previsto para

Itaboraí, o Huap seria beneficiado, posto ser necessário um hospital com Emergência mais bem estruturada, que pudesse receber os possíveis feridos no pólo. Até então, eram meros projetos.

Outro ponto frágil e preocupante destacado pela administração diz respeito aos recursos humanos e à necessidade de repor o quadro de funcionários em cada setor do hospital, que tinha à época da pesquisa gasto relevante com servidores que, ao longo dos anos, foram sendo contratados para suprir a crescente demanda hospitalar.

A questão dos recursos humanos envolve múltiplas variantes em termos gerais, e no caso de um hospital universitário, que é centro de referência para o desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão, a situação é de extrema complexidade.

No Setor de Emergências do Huap havia enorme déficit de pessoal, o que afetava diretamente a prestação dos serviços aos usuários. A Enfermagem possuía à época da pesquisa 20 enfermeiros e 80 técnicos e auxiliares de enfermagem. Havia ausência de fisioterapeuta e de psicólogos (o setor não possuía serviço de psicologia), carência de médicos e poucos assistentes sociais. A insuficiência de profissionais intensificava o trabalho das categorias.

Segundo o chefe da Enfermagem, a crise de efetivos na Emergência vinha ocorrendo por conta de uma política de sucateamento dos hospitais públicos que impedia a renovação adequada de seus quadros. A falta de efetivos sobrecarregava a todos, gerando absenteísmo, impontualidade, licenciamentos por estresse e depressão, que comprometiam as escalas e dificultavam a operacionalidade do setor.

A chefe do Serviço Social validou tais informações, alegando ter de sair de seu gabinete para cobrir funções de assistente social por falta de um contingente capaz de suprir todas as escalas. Informou também que a política do hospital era fazer os assistentes sociais flutuarem pela instituição em vez de manter equipes fixas nos setores. Essa estratégia esfacelava e fragilizava os profissionais, que viam suas funções sendo deslocadas para estagiários e outros profissionais, descaracterizando-as.

2012, o Comperj tem como principal objetivo aumentar a produção nacional de produtos petroquímicos, com o processamento de cerca de 150 mil barris/dia de óleo pesado nacional (Ver: COMPERJ – Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro. In Petrobras – Petróleo Brasileiro S/A. Disponível em: <http://www2.petrobras.com.br/portal/frame.asp?pagina=/Petrobras/portugues/comperj.asp&area=apetrobras&lang=pt>. Acesso em 13 jun. 2008).

Em nota divulgada no jornal *O Fluminense*,⁵¹ a administração destacou que a falta de médicos se devia ao impedimento, pelo Ministério Público, de renovar contratos temporários, problema que culminava com o término de 350 contratos temporários somado à falta de concurso público para suprir a necessidade do hospital. Contando à época com cerca de dois mil funcionários, o Huap já apresentava dificuldades de atendimento em setores específicos, principalmente a Emergência.

Em outra nota,⁵² a administração mencionou a escassez de profissionais no Huap, sobretudo anestesiastas, neurocirurgiões, cirurgiões vasculares e clínicos gerais, esclarecendo que isso se devia aos baixos salários oferecidos, pois a última seleção nos moldes de concurso público aberta pelo HUAP ofereceu salário bruto abaixo do mercado, no valor de R\$1.450,00 para nível superior, exigindo 20 horas semanais de trabalho.

A problemática da falta de recursos financeiros marca a história do Huap, que se vem mantendo, principalmente, com recursos provenientes do SUS, nem sempre repassados em dia. O MEC custeia apenas a folha de pagamentos dos servidores da UFF.⁵³

O HUAP é administrado pela UFF e, por isso, mantido indiretamente pelo MEC, através da contratação de pessoal. A verba do SUS é distribuída aos municípios de acordo com o tamanho da população de cada um. Niterói recebe cerca de R\$70 milhões no total, dos quais R\$23 milhões são repassados para o Huap, por sua capacidade de atender casos mais complexos. O problema é que o Huap atende, além da cidade de Niterói, cerca de seis outras cidades vizinhas e parte do Rio de Janeiro o que causa sobrecarga no atendimento. Com a emergência ‘referenciada’, a idéia é atender apenas os casos mais críticos e encaminhar os mais simples às unidades menores.

⁵¹ Sobre o assunto, reportagem de THAIS, D.: “*Huap está na emergência e pede socorro*”. *O Fluminense Online*. Niterói, 10 abr. 2007. Disponível em: <<http://www.ofluminense.com.br/noticias/95241.asp?pStrLink=2,76,0,95241&IndSeguro=0>>. Acesso em 10 abr. 2007.

⁵² Sobre o assunto, ver reportagem do CREMERJ: “*Antonio Pedro requisita mais recursos*”. *O Fluminense Online*. Niterói, 28 jul. 2008. Disponível em: http://www.quantovaleomedico.com.br/ver_noticia.php?cod=376. Acesso em 28 jul. 2008.

⁵³ Sobre o assunto, ver reportagem de 22/08/2007: “*Qual o remédio para a saúde?*” disponibilizada em: <http://www.sbac.org.br/qualinews/conteudo/noticias2007/568.html>, sobre as questões envolvidas no processo de admissão e demissão de pessoal através da contratação por concurso público e no prazo de dois anos.

A explicação da direção para a falta de recursos na Emergência nos parecia muito simples em face da complexidade envolvida: o SUS garante o repasse de recursos para assistência básica aos municípios, mas não remunera hospitais voltados para casos de alta complexidade, como é a situação do Huap, pelo atendimento de casos simples. O hospital acabava não recebendo por esses atendimentos, e essa sobrecarga comprometia sua vocação preferencial, de atendimento de casos terciários. Esse assunto, que nos parece de maior complexidade, foge no entanto a nossas possibilidades de análise por exigir a opinião de outros protagonistas, como pessoas dos setores administrativo e financeiro do hospital.

Na realidade, é de longa data a discussão a respeito de que não cabe a um hospital universitário ter uma porta aberta como o pronto-socorro, por ser inconciliável um serviço de emergência de grande porte e um hospital de ensino. Ao primeiro cabe prestar assistência, e ao segundo ensinar.

No entanto, para além dessa discussão se um atendimento foge ou não ao perfil do serviço, a realidade mostra que, para muitos pacientes, o Huap continua sendo a primeira opção em situações de pequena complexidade. Segundo o chefe da Enfermagem, parte da situação pode ser explicada pelo desconhecimento da população sobre como funciona a rede. Mas isso não é tudo. A morosidade e a falta de confiança no SUS e em outros serviços locais de emergência fazem com que o pronto-socorro do Huap sofra as conseqüências.

Apesar de o SUS ser resultante de trajetória histórica que atende à mobilização de vários segmentos da sociedade civil que investiram em mudança significativa da área de saúde, todo o processo de gerenciamento do SUS esbarra em entraves.

A VIII Conferência Nacional de Saúde sistematizou os anseios de segmentos participativos da sociedade civil, tendo como meta reformas sanitárias que objetivassem estratégias de descentralização e desconcentração do poder de decisão e gestão do nível federal para outras esferas do governo e permitissem a criação de estruturas de participação e construção de um modelo tecnológico e assistencial de acordo com as reais necessidades da maioria da população.

Assim, as experiências de implantação dos Sistemas Unificados de Saúde – SUDS em 1987 tornaram-se mais efetivas com a Constituição Federal de 1987, com as leis 8.080/90 e 8.142/90 e com a IX Conferência Nacional de Saúde, que deram base à implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, cujas unificação e universalização enfrentam obstáculos como ausência de tratamento adequado à política de

administração e formação de recursos humanos; lentidão na readequação do modelo assistencial; e falta de efetiva política de financiamento, aliados às formas já estruturadas e obsoletas de centralização do gerenciamento ligadas ao clientelismo político, fisiologismos e favoritismos (ABRAHUE, 2004).

Apesar da existência desses entraves, entre outros, não podemos deixar de considerar o SUS avanço significativo em termos de reforma sanitária e situá-lo em seu aprofundamento derivado da IX Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 92 (um marco histórico em termos de movimento sanitário), sendo uma resposta às pressões sociais pelo atendimento e cobertura assistencial global.

O sistema público de saúde passa hoje por novo desafio. Se o primeiro era a cobertura de toda a população, o que não acontecia antes da implantação do SUS e ainda não acontece de forma satisfatória, o segundo é dar respostas mais rápidas ao usuário. A análise dessa interface aponta para a necessidade de melhor organização dos serviços local e regional, ampliando o acesso e a acessibilidade, com o intuito de melhorar a resolutividade na atenção médica da região.

A direção do hospital está reivindicando aumento da verba destinada à unidade em decorrência de produção também maior do Huap.⁵⁴ O objetivo é retomar as negociações com o SUS, dada a necessidade de financiamento maior para o setor.

No final de 2007 o Setor de Emergências do Huap passou a funcionar parcialmente fechado, ou *referenciado*, que é a denominação oficial para os pronto-socorros de hospitais universitários, recebendo apenas os casos mais críticos e os doentes diagnosticados como de média ou alta complexidade. De acordo com a administração do hospital, a decisão foi validada pela Secretaria Municipal de Saúde, diante da falta de leitos e do excesso de pacientes ali atendidos diariamente.⁵⁵

Segundo a administração, no entanto, a Emergência do Huap só recebe pacientes oriundos de outros hospitais ou trazidos pela SAMU, mas o que de fato acontece, informam os funcionários do serviço de acolhimento/triagem da Emergência, é que não existe nenhum protocolo de referência; então, quando chega um caso grave, seja o doente ‘referenciado’ (encaminhado por escrito por outra unidade) ou de ‘demanda

⁵⁴ Sobre o tema, ler reportagem divulgada pelo CREMERJ. “Antonio Pedro requisita mais recursos”. *O Fluminense Online*. Niterói, 28 jul. 2008. Disponível em: http://www.quantovaleomedico.com.br/ver_noticia.php?cod=376. Acesso em 28 jul. 2008.

⁵⁵ Não temos condições de analisar esse acontecimento por ter ocorrido no final da pesquisa. O destaque decorre do fato de ter sido discutido no momento da validação.

espontânea' (que procura por socorro imediato diretamente no hospital), a chefia da unidade é consultada e, aceita ou não. Outras vezes quem decide é o médico chefe do plantão, inexistindo protocolo ou qualquer regra de referência sobre qual paciente deve ser ou não atendido.⁵⁶

De qualquer forma, referenciado ou fechado, fato é que o Setor de Emergências do Huap está parcialmente fechado desde o carnaval de 2008, quando muitos contratos estavam para chegar ao fim e os funcionários começaram a abandonar seus cargos. De acordo com a direção do hospital, cerca de 300 funcionários contratados, entre médicos, enfermeiros e técnicos, tiveram de deixar o hospital em decorrência do término do contrato de trabalho, que fora prorrogado por mais um ano. Assim, o número de médicos na Emergência teve de ser reduzido, razão pela qual se decidiu pelo não-atendimento aos casos de demanda espontânea.

Segundo o chefe da Enfermagem, seria necessária a realização de concurso público para o preenchimento de vagas efetivas, pois tem sido feita seleção de funcionários temporários, cujos salários, além de insuficientes, são pagos pela verba repassada ao hospital pelo SUS.

Sem vislumbrar uma melhor opção, a direção do Huap viu-se obrigada a fechar parcialmente as portas da Emergência, alegando falta de profissionais de várias especialidades para atender tantos doentes e a necessidade de iniciar as reformas previstas para o setor.

O diretor médico, professor Haberlandh Sodré Lima, informou⁵⁷ que o serviço de Emergência não está atendendo pacientes de demanda espontânea devido à superlotação e ao baixo número de profissionais de equipe multidisciplinar. Segundo ele, só pacientes encaminhados após contato telefônico ou pela Central de Regulação da Metropolitana II, pelo Samu ou pelo Corpo de Bombeiros poderão ser atendidos naquela Emergência.

⁵⁶ Sobre o assunto, ver reportagem: “*Emergência do Huap: fechada ou referenciada?*” *Jornal SINTUFF* – Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal Fluminense – UFF, n. 377, Niterói, 31 mar. 2008, p. 7. Disponível em: <http://www.sintuff.org.br/jornal_sintuff_337.pdf> Acesso em 31 mar. 2008.

⁵⁷ Ver reportagem: “*Emergência do Huap permanece sem atender procura espontânea de pacientes*”. *UFF Notícias*. Niterói: Núcleo de Comunicação Social – NUCS, 15 jul. 2008. Disponível em <http://www.noticias.uff.br/noticias/2008/07/huap-emergencia.php>. Acesso em 15 jul. 2008.

Até o término da pesquisa, não havia previsão de quando ou se o setor voltará a funcionar como antes, pois a idéia é restringir o atendimento aos casos de média e alta complexidade, vocação do Huap como hospital universitário.

A administração destaca⁵⁸ seu esforço para estabelecer diálogo com a Secretaria de Saúde de Niterói visando redirecionamento da demanda espontânea e conseqüente melhora no fluxo. Segundo a direção, a medida de atendimento referenciado foi adotada por conta não só da impossibilidade de acolher toda a demanda que chega ao hospital, já superlotado, mas também pela necessidade de adequação do pronto-socorro ao perfil vocacional e que essa nova dinâmica não representa o fechamento do setor: “*por uma questão política falaram que nós estávamos fechados. Isso é uma inverdade. Não vamos deixar de atender a média complexidade*”, mesmo os casos mais simples atendidos na Emergência, enfatiza, são de pacientes diferenciados, pois a hérnia que se opera ali não é a de um paciente comum, mas daquele que já tem várias morbidades.

Nossa pesquisa se desenvolve num momento que tem a conotação de divisor de águas e que se refere à decisão da direção do Huap, em janeiro de 2008, de fechar parcialmente as portas da Emergência, priorizando os casos de urgência/emergência e os procedimentos de alta complexidade, restritos a centros especializados e hospitais de ensino. Isso nos remete a seguinte pergunta: Por que foi necessário o fechamento da Emergência? É o fim daquele pronto-socorro para o início de outro modelo de atendimento?

À época, na porta da unidade, um cartaz informava não haver clínicos, ortopedistas, neurocirurgiões e oftalmologistas no plantão. Os pacientes com risco de vida não deixariam de ser atendidos, mas não estariam sendo realizados os atendimentos de emergência clínica. A prioridade era socorrer alguém com parada cardíaca em vez de atender um paciente com cólica, exemplificaram os atendentes.

Quem voltava da porta de entrada da Emergência não formava sozinho o grupo sem atendimento. Segundo o cartaz fixado na entrada, os doentes graves internados também não estavam sendo devidamente atendidos. A justificativa era a de que existiam

⁵⁸ Sobre a prioridade ao atendimento de casos graves, ler reportagem divulgada em 28/07/2008: “*Huap não atenderá procura espontânea de pacientes*”. *O Fluminense Online*. Niterói, 22 jul. 2008. Disponível em:

<http://www.ofluminense.com.br/noticias/167206.asp?pStrLink=40,149,0,167206&IndSeguro=0>. Acesso em 22 jul. 2008.

pacientes possivelmente graves no corredor ainda sem a avaliação médica do dia. O documento, carimbado pela coordenação da Emergência, acrescentava: “*o atendimento clínico está temporariamente interrompido até que os pacientes internos estejam atendidos e fora de risco*”.

Segundo a chefe do Serviço Social, o fechamento vem sendo implementado gradativamente desde setembro e faz parte de um processo que visa também à reeducação dos usuários.

Segundo o chefe da Enfermagem, os desafios para tornar o setor referenciado são muitos e variados, demandando investimento na infra-estrutura, com aquisição de equipamentos e treinamento de toda a equipe multiprofissional atuante no hospital, para que as atividades sejam integradas e os procedimentos padronizados pelo estabelecimento de protocolos que permitam também facilitar o acompanhamento dos resultados, detectar falhas e sucessos, determinar aquisição dos recursos, gastos e custos.

Segundo uma das enfermeiras da porta de entrada, a população vai ao pronto-socorro para resolver seu problema de forma mais rápida do que na Rede; a solução, portanto, inclui política de atendimento mais eficiente nas demais unidades de saúde.

O objetivo da direção do hospital é passar a atender como Unidade de Emergência Referenciada (UER), priorizando somente casos relacionados às especialidades ali disponíveis. Os encaminhamentos serão precedidos de contato telefônico e, para facilitar o fluxo do setor, será intensificado o sistema de classificação de risco na porta de entrada, com triagem priorizando o grau de gravidade.

O esquema de portas abertas do Setor de Emergências deixa, então, de funcionar. O usuário que se dirigir diretamente ao Pronto-Socorro vai passar por uma classificação de risco (triagem), mas se não for caso grave ou de urgência, será orientado a procurar outras unidades da rede.⁵⁹ Essa decisão é exclusiva da direção do hospital, não tendo sido discutida com os demais setores envolvidos, com a comunidade e/ou com os funcionários do Setor de Emergências.

⁵⁹ A idéia é implantar o sistema de classificação do risco que prioriza os pacientes mais graves, encaminhados ao trauma; os demais que chegam demandando atendimento são orientados a procurar outras unidades da rede.

A tentativa é priorizar especialidades só disponíveis no Huap, disponibilizando leitos para patologias de alta complexidade, consideradas estratégicas pelo SUS e só tratáveis no Huap. A direção ressalta que o hospital universitário tem de ser um espaço de atendimento especializado, pesquisa, ensino, residência e pós-graduação. Os atendimentos básicos e secundários serão oferecidos apenas aos casos graves e com risco de morte, que serão encaminhados diretamente ao trauma e/ou acolhimento do setor.

Essa necessidade, alegada pela direção, de o Pronto-Socorro assumir outro papel, traz embutida a proposta de o hospital sair da linha de frente para atuar como retaguarda especializada às urgências/emergências da região. É movimento que inverte a lógica de funcionamento que há décadas as comunidades envolvidas reconhecem. Cortar a manutenção de um esquema de atendimento de portas abertas para o de portas fechadas, cabendo às demais unidades das redes básicas a implementação em curto prazo de esquema para absorver os atendimentos que deixarão de ser feitos na Emergência do Huap, implica reestruturação geral de todos os serviços, uma vez que o problema até então do Antonio Pedro passa a ser das outras unidades. Salta aos olhos o rolamento da questão não resolvida repassada para outras mãos.

Na prática, pondera o chefe da Enfermagem, essa mudança corre o risco de se tornar inviável, pois de nada adianta o repasse de problemas sem a reestruturação do serviço da rede. Quem sairá perdendo certamente é o usuário, refém imediato dessas medidas que rompem um esquema antigo sem apresentar soluções imediatas.

Para além dessas “explicações”, como essas mudanças estarão afetando os usuários? Pois há casos que nem o SUS dá cobertura. Assim, se a solução está em ampliar (e não em diminuir) os atendimentos, então essa redução pode piorar, e muito, o atendimento da população. Os usuários alegam que o atendimento e a marcação de consultas são morosos, razão pela qual se dirigem ao pronto-socorro do Huap.

Segundo explica a administração, a restrição à demanda na Emergência permitirá a qualificação do atendimento aos casos que implicam mais atenção, uma vez que o hospital não tem hoje capacidade para reforçar a equipe, que se desdobra para atender casos que poderiam ser resolvidos nas unidades básicas. Destaca ainda que a maioria dos casos de alta complexidade não tem teto de atendimento, e esse recurso pode ajudar a tapar o rombo financeiro do hospital.

Assim, o pronto-socorro passará por uma série de obras para se adequar a esse novo perfil de hospital voltado para casos de alta complexidade, estimulando os municípios a mais investimentos na atenção primária.

Se por um lado é reconhecida a necessidade de novo papel para o Pronto-Socorro do Huap, por outro, questiona-se mudança tão imediata, que deixa os usuários sem uma assistência mínima que seja. Se essa restrição é necessária para que o hospital se mantenha como alternativa para casos graves que não podem ser resolvidos nos municípios, pode inicialmente causar problemas, pois exige adequação das outras unidades. Os casos de não-emergência serão atendidos onde? E as urgências de nível secundário vão para onde? Quem dará suporte à atenção primária? Quem garantirá a manutenção do atendimento da demanda espontânea que se dirigia ao Huap? Essas respostas, porém, já configuram outra pesquisa...

CAPÍTULO 4 – O QUE SE PRODUZIU NOS ENCONTROS COM OS TRABALHADORES?

O que prende a gente aqui é que estamos comprometidos.

Enfermeira plantonista do box

É a partir do fragmento de um dos enunciados produzidos nos encontros com os trabalhadores do Setor de Emergências do Hospital Universitário Antonio Pedro – Huap que iniciamos o presente capítulo.

Em nosso percurso pelo Setor de Emergências estivemos atentos às questões relativas à atividade humana nas situações de trabalho para destacar os desafios enfrentados pelos trabalhadores, a resolutividade, a pressão da urgência, o uso do próprio corpo para dar conta de solicitações e tarefas, a importância atribuída ao trabalho em equipe, o uso compartilhado de espaço, de ferramentas e materiais, a facilidade ou dificuldade em buscar e/ou disponibilizar informações para o desenvolvimento da atividade, o manuseio da tecnologia (avançada ou defasada), a confrontação cotidiana com o sofrimento e com a morte. Essa análise da atividade humana na situação de trabalho nos auxiliou na compreensão das ambigüidades observadas naquele espaço. E foi também ferramenta de aproximação daquela realidade laborativa. A análise a seguir vincula-se, portanto, aos momentos da atividade em curso desses profissionais no período de nossa pesquisa.

Ressaltamos, no entanto, que não há só um modo de ver e analisar essas questões; existem várias ferramentas à disposição dos teóricos. Sendo assim, no escopo deste capítulo o leitor estará acompanhando nossa forma de olhar e entender essa problemática trazida pelos trabalhadores a partir do que usaram dos materiais que lhes oferecemos e nos auxiliaram a organizar essa análise do ponto de vista teórico. Começamos, então, contextualizando a situação de trabalho.

4.1. Os desafios da situação de trabalho

No período da pesquisa alguns movimentos atravessavam o Setor de Emergências e se destacavam como indicadores dos problemas e dificuldades

vivenciados pelos trabalhadores: superlotação do setor, falta de estrutura e de recursos materiais, efetivo insuficiente, além da ameaça de fechamento do setor. Esses fatores, articulados entre si, desencadeavam a fragmentação do processo de trabalho, desmobilizando as ações coletivas.

Em razão do tempo limitado de uma pesquisa de mestrado não nos propusemos a entrevistar os trabalhadores dos demais setores do hospital para entrecruzamento de visões distintas a respeito do tema. Não há, portanto, debate de valores entre os setores do hospital; a análise que se segue traz apenas a visão dos profissionais da Enfermagem e do Serviço Social da Emergência em relação aos demais setores e de como eles não se sentem contemplados pelo hospital.

Conforme destacamos no capítulo anterior, o Huap é organização bastante complexa, com as finalidades de assistência, ensino e pesquisa. Sendo hospital universitário, produzem-se dois modos de funcionamento dissociados: um voltado para a formação, outro para a assistência. Segundo os trabalhadores, essa dicotomia gera uma série de dificuldades operacionais, sobretudo no pronto-socorro do hospital, que vinha historicamente funcionando com a Emergência aberta e operando além de suas capacidades estruturais. A grande demanda que lá deságua continuamente exige a utilização de todos os espaços para atendimento, incluindo os corredores, nos quais as macas funcionam como leitos.

No decorrer dos cinco encontros com aqueles trabalhadores, momento também de nossas observações daquele ambiente, a Emergência funcionava com as portas abertas, apresentando quadro de superlotação que os funcionários do setor analisavam como consequência tanto da política de gestão de leitos e vagas na rede interna do hospital quanto da ineficiência da rede externa de saúde em dar conta da demanda que lhe compete.

Assim, a justificativa para aquela superlotação era tanto o atendimento aos casos de menor complexidade, que acabava superlotando o setor e comprometendo a resolutividade dos casos mais graves, quanto a dificuldade em se internar pacientes graves da urgência em outros setores do hospital, por fugirem às especialidades que ali são tratadas.

Segundo aqueles trabalhadores é fundamental para a Emergência ter leitos disponíveis nas enfermarias do hospital para garantir a continuidade da assistência e melhorar, ao menos parcialmente, o andamento do fluxo no pronto-socorro. Em razão, porém, das dificuldades de internar pacientes da Emergência nos demais setores do

hospital, os mais graves acabam ficando internados vários dias e até meses no Setor de Emergências, causando a superlotação e obrigando a utilização dos corredores para outros atendimentos. De acordo com uma das enfermeiras, *“a emergência acaba tornando-se enfermaria de pacientes crônicos”*.

E se outras medidas são implementadas, tais como a tentativa de transferir pacientes para outros hospitais, esse processo é lento e difícil, podendo levar meses.

Portanto, num primeiro momento da pesquisa aqueles trabalhadores entendiam que os problemas gerados pela superlotação eram decorrentes tanto das poucas vagas nas enfermarias destinadas aos pacientes oriundos da Emergência quanto da ineficiência da rede de saúde em absorver uma parcela desses usuários. De qualquer forma, esse funcionamento compromete a continuidade da assistência aos usuários que chegam pelo pronto-socorro, descaracterizando a especificidade emergencial. Em razão da alta taxa de permanência e do baixo grau de rotatividade dos pacientes, os funcionários têm de dar conta desses usuários que ali esperam alta, transferência para a rede ou remanejamento dentro do hospital. A pouca flexibilidade nas negociações dificulta o escoamento desse usuário tanto para fora quanto para dentro do hospital, afetando diretamente a emergência e dificultando todo o processo de trabalho daquele coletivo. Segundo o chefe da Enfermagem: *“é necessária uma articulação da Emergência com o Ambulatório e o hospital como um todo para tentar minimizar qualquer processo que cause descontinuidade na assistência, sobrecarregando a Emergência”*.

O grupo destacou ainda outros problemas pontuais que afetam o processo de trabalho, como falta de camas, outros materiais, medicação e recursos humanos, comunicação fragmentada entre as equipes plantonistas, grande demanda para atendimento, pouca articulação entre a equipe multiprofissional, pouca escuta entre os profissionais e os usuários, baixa governabilidade dos profissionais. Tais fatores comprometem a qualidade da assistência ao usuário e produzem sobrecarga de trabalho.

Outros movimentos atravessavam o Setor de Emergências no transcorrer da pesquisa: a implementação das práticas de humanização, coordenada pela professora Claudia Abbês, da UFF e seu grupo de estagiários, e o dispositivo de acolhimento na porta de entrada da Emergência para análise da demanda e classificação de riscos, visando à melhor distribuição dos pacientes na rede de saúde. Tais propostas visam investir na discussão do processo de trabalho com os profissionais, de forma a mudar a estrutura de acesso à porta de entrada e a qualidade da assistência.

Cabe destacar, finalmente, que aconteceu o que os trabalhadores temiam: 2008 é

mercado, desde seu início, pelo fechamento parcial da Emergência.

Como nosso encontro para validação do material produzido na pesquisa ocorreu após esse acontecimento, pudemos estimular os trabalhadores ao debate sobre aquele novo momento, possibilitando diferentes perspectivas de análise dos problemas vivenciados no setor. Por exemplo, outra visão crítica sobre a superlotação do setor e que amplia a questão, dando maior visibilidade à complexidade presente naquele ambiente de trabalho. E traz em si implicação maior daqueles trabalhadores quando conseguem olhar mais criticamente para a dinâmica interna de seu próprio setor e atribuir a seus pares maior participação naquela engrenagem, conforme veremos mais adiante.

Eles puderam analisar criticamente a relação da Enfermagem com a prescrição, o sentido do trabalho, as dificuldades de comunicação entre enfermeiros e médicos, as normas de trabalho da Enfermagem, a relação de hierarquia com o hospital.

Consideramos aqui as formas como os protagonistas lidam com as questões que se apresentam nos processos laborativos. Em que elas apontam para uma prática de construção e responsabilização coletiva? Iremos buscar a seguir um movimento dialógico com os teóricos a partir dos conceitos a serem utilizados para a nossa análise do material validado na pesquisa.

Vejamos, então outro fragmento: *“para realizar minha atividade é preciso ter criatividade e ousadia”* (enfermeira diarista).

Dado o caráter híbrido do trabalho, a atividade encontra-se imersa num mundo de saberes, normas e valores que a tornam eminentemente enigmática e arbitrária (SCHWARTZ, 1996). Assim, em contexto de trabalho e no confronto com determinados constrangimentos e imprevistos, as normas predefinidas ou antecedentes e mais ou menos codificadas precisam ser re-singularizadas ou renormatizadas, porque a própria gestão das variabilidades o exige (SCHWARTZ, 2002). Isso sugere que os trabalhadores não assumem de forma mais ou menos fiel as normas definidas em sua atividade; pelo contrário, participam do debate sobre sua atividade, sua evolução e os valores que passam a regulá-la.

Assim, diante de um quadro que se apresenta tão calamitoso, em que se pensa existir grande fonte de desconforto e desprazer, há um trabalhador que nunca se encontra totalmente extirpado de seu poder criador. E que aposta naquele ofício, como sugerem esses fragmentos: *“a gente tem que trabalhar onde faça a diferença para ser minimamente feliz. Eu gosto de trabalhar na Emergência porque acho que aqui eu faço*

a diferença” (assistente social); “*eu gosto daqui e acho que a gente tem de lutar pelo nosso fazer profissional aqui, para que o nosso fazer profissional aqui tenha a ver*” (enfermeira diarista).

4.2. A aceleração

Partindo do enfoque já mencionado de Schwartz et al.(2007), vejamos como esses trabalhadores entendem e significam seu trabalho. Essa questão é relevante, uma vez que nos chamou atenção a dificuldade com que eles vivenciam uma das principais características do setor: o ritmo! Embora o movimento acelerado seja marca do atendimento emergencial, esse ritmo é motivo de muitas queixas, talvez por não fazer parte do ofício propriamente, mas de sua versão precarizada devida à demanda além da capacidade material e humana do setor, o que aponta para a contínua exigência de adaptação do corpo aos movimentos solicitados pela dinâmica local:

O trabalho na Emergência é tão acelerado, que evito tomar água enquanto estou no trabalho para não perder tempo indo ao banheiro. (enfermeira diarista)

Quando entrei na Emergência tive cistite por esse mesmo motivo. (assistente social)

Quando se trabalha na Emergência, é tudo muito imediato, você não tem tempo para pensar, tem que colocar sua experiência e seu conhecimento em prática de imediato. É uma mesclagem que se coloca em prática de imediato. (auxiliar de enfermagem)

No meu setor [trauma] é tudo muito rápido. É um setor de atuações rápidas; então você tem que estar sempre preparado, antenado, ligado, ser forte, tem que dar conta, tem que ser rápido. (enfermeira plantonista do trauma)

Esses fragmentos sugerem a complexidade desse ambiente laboral e os manejos exigidos ao trabalhador, principalmente do corpo, para o desenvolvimento de sua atuação nessa diversidade. Fica, porém, a questão: e as pausas necessárias ao desenvolvimento do próprio ofício?

Segundo Cru (1987), trabalhar com pressa é não só estragar a obra, mas também não medir o próprio desgaste, não saber se cuidar. Acelerar o trabalho, seja por qual motivo for, vai contradizer uma regra básica do ofício: não se precipitar no trabalho,

para não correr o risco de não fazer a escolha mais eficaz, mais econômica em tempo, em fadiga, em manutenção e assim chegar a uma fase em que não se sabe mais como terminar corretamente o trabalho.

Em algum momento do debate, uma enfermeira destaca: “*eu tenho que dar conta de muitos pacientes ao mesmo tempo, como não consigo cuidar de todos, eu priorizo os mais graves no momento*”. Entretanto, nem sempre foi assim. Ao entrar na Emergência não conseguia concluir o curativo num paciente, pois fazia várias coisas ao mesmo tempo. Foi preciso a chefia lhe apontar que suas estratégias não funcionavam pois o paciente continuava esperando a conclusão do curativo. Era preciso, então, estabelecer prioridades e concluir cada atividade iniciada, apesar de todas as demandas paralelas.

Destacamos, ainda, que, em razão de a Emergência ser dividida em setores, seus ritmos são variados e vivenciados de formas bem diferentes em cada um deles; então quem trabalha no trauma vai executar sua atividade em ritmo acelerado, próprio ao contexto de um setor emergencial; quem atua nos boxes e corredores, por sua vez, o faz de forma distinta por conta de superlotação reprimida requerendo procedimentos que fogem ao contexto emergencial. Um ponto, porém, é comum à vivência de todos os ritmos: a forma igualmente penosa.

Segundo Schwartz et al. (2007), no trabalho há sempre um destino a viver, pois, dada a infidelidade do meio, ele nunca se repete exatamente dia a dia; as situações se modificam impedindo ritualística mecânica de mera execução. Ora, essa infidelidade precisa ser gerida não como execução, mas como “*uso de si por si*” (empregando capacidades e recursos próprios) e “*uso de si pelos outros*” (pois envolve também uma realidade coletiva). Sendo individual e coletivo ao mesmo tempo, é por isso um drama. Como as duas faces de uma moeda, que trazem dimensões diferentes, mas não são separáveis. Caminham necessariamente juntas.

O trabalhador, sugerem Schwartz et al (2007), necessita gerir essas variabilidades, e isso começa pelo corpo,⁶⁰ que é atravessado pela dimensão subjetiva, perpassado por fatos que lhe são subjacentes. Sendo a atividade um debate de normas, há sempre o risco de as tentativas fracassarem.

Essa visão é compartilhada pela perspectiva da psicodinâmica do trabalho, em que a saúde no trabalho é observada não pela ausência de risco e sofrimento, mas pela capacidade de o trabalhador gerir e ultrapassar as dificuldades ligadas ao meio

⁶⁰ Por meio da inteligência astuciosa, no corpo, como veremos, adiante em Dejours.

laborativo. Na realização da tarefa o sucesso e o fracasso são igualmente possíveis, não havendo garantias de que o contato com a profissão resulte em saúde ou doença. Então o que o risco permite ao trabalhador realizar em termos de saúde e eficácia em sua atividade? A aposta de Dejours (1997) se dá na gestão individual e coletiva do risco na realização das atividades.⁶¹ Assim, a saúde no trabalho é possível e não se pode definir como ausência de risco e sofrimento, mas como capacidade de gerir e ultrapassar as dificuldades ligadas ao risco.

Outro modo de analisar essa questão seria pela abordagem da clínica da atividade que visa à ação sobre o campo profissional mediante dispositivos criados para restituir o poder de agir do trabalhador sobre a situação. Esse seria o sentido clínico das pesquisas de Clot (2006), cujo objetivo não é apenas se aproximar das situações de trabalho para descrevê-las, mas transformá-las para conhecê-las. Suas pesquisas estariam voltadas então para essa tentativa de engajamento ao lado da experiência vivida em função de restauração da capacidade diminuída do trabalhador frente às atrofias de sua atividade. Segundo o autor:

o trabalho é sempre uma prova (...) que não oferece todas as respostas que ela mesma levanta (...) uma situação que convoca então o sujeito, remetendo-o aos outros, a si mesmo, ao objeto de seu trabalho e a seus instrumentos de ação e, por fim, aos esperados genéricos de sua atividade (p. 111).

Em nossa pesquisa, a forma individual e coletiva de conduzir as ações para realizar as tarefas foi amplamente discutida pelo grupo no transcorrer dos encontros. O grupo se manifestou, inicialmente, destacando os pontos considerados desfavoráveis a seu trabalho para, em seguida, revelar suas estratégias no sentido de revertê-los. Nossa análise vai-se desdobrar, então, pelos principais pontos abordados nos encontros: o sofrimento e o prazer no trabalho, a relação com o paciente, as controvérsias, a continuidade da assistência e o coletivo de trabalho. Tudo isso, entrecruzado com o que foi ratificado e retificado no encontro de validação.

⁶¹ Leplat (apud NOUROUDINE, 2002) recomenda que não se confundam perigo e risco e nem se marque o risco pela negatividade, mas que se compreenda em que o risco pode ser positivo na profissão, favorecendo o desenvolvimento da atividade.

4.3. As vivências de sofrimento no trabalho

Segundo o chefe da Enfermagem: *“atualmente, um dos maiores motivos de afastamento do trabalhador de saúde do seu trabalho é a depressão”*.

Certamente, há sofrimento no trabalho! Mas o que isso significa? O que produz esse sofrimento? O que falam os trabalhadores da Emergência sobre prazer e sofrimento, suas capacidades e impedimentos de recuperar o sentido de sua atividade?

Num primeiro momento da pesquisa, o grupo destaca que a dificuldade em garantir um atendimento com resolutividade está ligada à dimensão real das demandas atendida e reprimida do setor, à pouca interlocução entre os plantões para garantir a continuidade do cuidado, aos recursos físicos e humanos insuficientes para cuidar e à dicotomia assistência *versus* ensino que descaracteriza o atendimento emergencial e emperra o fluxo de entrada e saída do paciente, gerando sobrecarga de trabalho. Essas condições impõem limitações ao trabalho, causando a sensação de impotência. É o que se depreende nas queixas dos trabalhadores:

“As coisas pioraram muito na Emergência. O box, o trauma, a hipodermia, a pediatria e os corredores estão sempre superlotados. Você não tem maca para colocar o paciente e outros vão entrando, não tem médico pra reavaliar aquele doente que vai se agravando, então eu rezo para aquele paciente lá na maca não piorar e sair, e a gente está ali, faz uma coisa e faz outra, tentando fazer aquele paciente não morrer, e tudo só vai piorando.” (enfermeira diarista)

“A gente espera que a situação melhore porque senão a gente cai naquele distúrbio psiquiátrico.” (enfermeira do Box)

“Secando gelo! Uma sensação de não estar fazendo nada.” (auxiliar de enfermagem)

“Disseram-me para ir lá para o almoxarifado trabalhar e tomar conta do material. Eu fui, toda boba, achando que era tudo de bom, que era só fazer o pedido, entregar a listagem e pegar o material. Mas no dia-a-dia tive de enfrentar a realidade daquele setor: a falta de materiais, a impossibilidade de atender aos pedidos da Emergência e o convívio com pessoas com as quais tenho de brigar. Eu fui pra lá boa e hoje tomo antidepressivos.” (enfermeira do Almoxarifado)

“Eu quero é ter recursos para trabalhar, pois o estresse do dia-a-dia acaba com a gente.” (enfermeira diarista)

“A enfermagem se vê obrigada a dar seu jeito, porque está o tempo todo com o paciente.” (enfermeira plantonista do Box)

“Nós temos 10 lençóis, no máximo 20, para distribuir para a Emergência toda, que tem mais de 60 leitos. Eu tenho então que estabelecer prioridades para a distribuição do material, e o critério que eu uso é priorizar quem necessita muito. Porque os lençóis disponíveis não seriam suficientes nem para o box.” (enfermeira do Almoarifado)

“As condições de trabalho estão muito sucateadas atualmente, e o profissional tem que tentar fazer o melhor nessa situação de caos.” (chefe da Enfermagem)

“Não tem quase nada de material no hospital.” (enfermeira do Almoarifado)

“A tarefa de cuidar da parte de medicamentos no box é um estresse, porque nem sempre tem todos os medicamentos prescritos na farmácia do hospital.” (enfermeira do Box)

“Trabalhamos dentro do possível.” (chefe da Enfermagem)

“Estamos trabalhando em situação de guerra.” (enfermeira plantonista do Box)

“O estresse do profissional do Serviço Social tem três vértices: o médico, o paciente e a família.” (assistente social)

No momento da validação, porém, o grupo avança em sua análise, destacando que o fechamento parcial da Emergência descortinou para eles outra realidade:

“Aqueles problemas que a gente citava quando a Emergência estava superlotada continuam. Na verdade, a superlotação nunca foi por conta da entrada de pacientes, mas por muitos outros motivos: a falta de resolutividade, a falta de avaliação, pois a gente não tem uma equipe competente para atuar na Emergência.” (enfermeira diarista)

“O problema acontece porque o pouco que entra você não consegue resolver. E isso continua.” (enfermeira diarista)

Ou seja, mesmo com o fechamento da emergência, não há resolutividade. Essa constatação amplia a análise deles sobre o problema, dimensionando-o para outros

aspectos até então não percebidos pelo grupo, levando-os a analisarem mais criticamente as dificuldades dos profissionais da emergência:

“Então se achava que não se reduzia o número de pacientes por causa da superlotação. Mas na verdade são as pessoas que têm medo de assumir o problema”.
(diarista)

Podem então, dialogar com o que diziam antes do fechamento parcial da Emergência. O dispositivo utilizado cumpre assim seu papel de provocar a reflexão na perspectiva de desenvolvimento da ação, para a compreensão tanto do trabalho quanto de si mesmo nesse universo. Parece que ao se esvaziarem os corredores outro cenário se descortina para eles:

“E aquela paciente que está lá com dreno, e ninguém chega a uma solução se tira ou não o dreno dela? Porque ninguém até agora teve coragem de assinar e assumir o problema.” (enfermeira do box)

“Isso sempre aconteceu, mas agora está aparente, está mais evidente porque o número de leitos está reduzido porque o número de pacientes diminuiu. E também porque antes se achava que não se fazia porque não dava tempo de fazer.” (diarista)

“Então se achava que não se reduzia o número de pacientes por causa da superlotação. Mas na verdade são as pessoas que têm medo de assumir o problema.”
(enfermeira plantonista do Trauma)

“A gente trabalha com dados e na sala de traumas, por exemplo, a gente vê que não tinha e não tem toda essa entrada de urgências, então não justifica essa permanência do paciente aqui, essa superlotação. O que acontece é que o paciente entra e não tem fluxo. Mas pela estatística são 10 entradas por plantão e isso não é nada. Um trabalho maluco de emergência é de 1.000 entradas por dia. Fica lotado, mas são 1.000 pacientes. Justifica. Aqui não.” (diarista)

“O problema acontece porque o pouco que entra você não consegue resolver. E isso continua. Porque os pacientes do box entram e continuam ali. E a porta da Emergência está “fechada”. Está pior então.” (enfermeira do box)

“Ai você chega a essa conclusão, de que não tem resolutividade por causa da superlotação, pois antes tinha muito paciente e não tinha resolutividade, mas agora

tem menos paciente e continua não tendo resolatividade. Onde está o problema? Continua acontecendo a mesma coisa.” (enfermeira diarista)

Dada a complexidade envolvendo uma atividade de trabalho e que lhe confere caráter enigmático, como analisar o sofrimento destacado pelos trabalhadores? O que os teóricos têm a dizer?

Segundo Schwartz et al. (2007) o sofrimento pode-se dar em proporções muito variáveis, pois as dificuldades remetem o trabalhador a uma construção em parte imprevisível em suas vivências laborativas. Dito de outro modo, se o trabalho requer uma ação do trabalhador para além do que lhe é simplesmente pedido, então forçosamente algo da ordem da transgressão vai-se instalar para que se desenvolva o meio favorável à tentativa de execução da tarefa. Trabalhar, portanto, será sempre questão de confrontação com as incertezas do momento presente, e isso gera um custo humano frente à dramática envolvendo não importa que profissão.

Por isso Schwartz et al. (2007) destacam que “*trabalhar é gerir*” (p. 68) uma negociação permanente entre normas antecedentes e renormatizações parciais, já que as normas antecedentes não são suficientes para oferecer ao trabalhador os meios de realizar a tarefa. Daí a necessidade de constantes renormatizações não só nas regras de ofício, mas de qualquer tipo de norma antecedente, como exercício para manutenção da saúde. Estando em jogo em toda atividade uma dinâmica que introduz rupturas e descontinuidades a todo momento, exigindo constante reprocessamento de valores no curso da atividade, a capacidade de desenvolver renormatizações é o que se movimenta em torno da criação.

Em qualquer atividade instaura-se essa negociação, exigindo que o trabalhador crie para si mesmo, parcialmente, normas e leis com que gerir a situação. Isso ocorre em função de a atividade estar permanentemente atravessada tanto pelo que o trabalho demanda do trabalhador quanto do que ele próprio se demanda para realizá-lo. Essa rusticidade exige que cada um crie, individual e coletivamente, o processo de atividade para dominar as singularidades da situação de trabalho. As dificuldades ou facilidades de cada trabalhador em gerir essa negociação entre normas antecedentes e renormatizações parciais é que dará a medida de seu sofrimento laborativo, como ilustram estes dois fragmentos: “*procuro me comunicar com o paciente para tê-lo como aliado e não como opressor.*” “*Aqui o trabalho é bem mecânico. Não há tempo para avaliar o paciente, aprender técnicas mais corretas*”.

Dejours (1997), por sua vez, vai destacar o sofrimento patógeno quando fracassam as estratégias do trabalhador em dar conta de sua atividade e pode ocorrer o aparecimento ou agravamento crônico de doenças.

Ao problematizar a relação trabalho/saúde, o autor defende a idéia de que o trabalho é operador tanto de saúde e prazer quanto de doença e, nessa articulação, destaca o homem como construtor de seu campo laborativo e recriador de normas tanto individuais quanto coletivas frente ao sofrimento que o acomete. Conforme já destacamos, a psicodinâmica do trabalho não busca eliminar o sofrimento no trabalho, considerando-o elemento capaz de desencadear transformações laborativas. O sofrimento, nessa perspectiva, pode ser positivo porque mobiliza para a descoberta de novas estratégias de defesa, a fim de que o indivíduo se possa manter na normalidade. É a partir de uma perspectiva psicodinâmica do trabalho que Dejours (1997) vai pesquisar as relações do homem com seu ofício, ampliando a visão do sofrimento como possibilidade e detonador da criatividade.

Graças aos avanços da psicodinâmica do trabalho, esse conceito de sofrimento no trabalho move a análise desse mal-estar psíquico para outro registro que não aquele de psicologia individualista e culpabilizante, ampliando para um olhar de interrogação frente aos embaraços industriais. Não há chave universal que possa ser acionada para responder de forma simples ao que rola nesse espaço de realidade complexa. Portanto, qualquer imputação de responsabilidade é sempre parcial, razão pela qual o sofrimento laborativo deve ser analisado em situação.

Clot (2006, p. 116) não trabalha direta nem centralmente com essa categoria sofrimento, mas analisa a questão pelo conceito de atividade real, desenvolvido pela clínica da atividade: “*A atividade é uma prova subjetiva em que cada um enfrenta a si mesmo e aos outros para ter uma oportunidade de conseguir realizar aquilo que tem a fazer*”. Por isso o resultado de uma atividade é sempre singular e traz os engajamentos do trabalhador no percurso entre o prescrito e o realizado. A atividade realizada é entendida como “aquilo que se faz” e que se apresenta nos modos operatórios do trabalhador diretamente observáveis, embora signifique parte ínfima do que se pode fazer, sendo, portanto, atualização de uma das atividades possíveis na execução da tarefa. Assim, não traz em si apenas o realizado, mas também as ações suspensas, contrariadas, impedidas – ou contra-atividades, que não estão ausentes da vida do trabalho, mas, ao contrário, emergem aí com destaque e necessitam de ser admitidas na análise.

Uma vez que a atividade é também aquilo que não se faz, justifica-se a retomada do conceito de atividade real desenvolvida pela clínica da atividade, que é aquilo que se costuma chamar de atividade por oposição à tarefa, desdobrado por Clot (2006) em atividade realizada e “real da atividade”. Segundo o autor, essas categorias não se correspondem, mas a atividade real traz em si a atividade não realizada:

por que recusar à atividade não realizada seu caráter de atividade real? A atividade afastada, ocultada ou inibida nem por isso está ausente. A inatividade imposta lança todo o seu peso sobre a atividade presente. Pretender prescindir disso na análise do trabalho equivale a retirar artificialmente aqueles que trabalham dos conflitos vitais de que eles buscam libertar-se no real (Clot, 2006, p. 116).

Clot (2006) propõe incluir nesse conceito de atividade os conflitos do real, utilizando o conceito de atividade contrariada e atividade impedida, em abordagem mais vigotskiana de desenvolvimento.

O real da atividade envolve o que não se faz, o que se procura fazer sem lograr êxito, o que não se pode fazer, o que se desejaria ou poderia fazer, o que não se faz mais, o que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento e o que se faz sem ter necessidade. Seguindo de perto Vigotski, Clot (2006) aponta que a atividade possui um volume que transborda a atividade realizada, pois em matéria de atividade, o realizado não possui o monopólio do real. A fadiga, o desgaste violento, o estresse tanto decorre do fato de não se poder fazer algo quanto daquilo que se faz. Assim, o conceito de atividade deve incorporar o possível ou impossível da atividade a fim de preservar as possibilidades de compreender o desenvolvimento e a entrada em sofrimento do trabalhador.

Nesse sentido, o autor destaca que uma atividade realizada pode estar, na verdade, se desenvolvendo de forma bastante contrariada, exigindo muito esforço do trabalhador. Ou, em contrapartida, não se estar realizando por encontrar-se totalmente impedida.

A questão da atividade contrariada é abordada a partir da discussão sobre o gesto impedido, uma característica do modelo taylorista que provoca sofrimento no trabalhador, que gasta muita energia ao ser impedido de agir.

A atividade contrariada é muito útil para nossa análise, pois aqueles trabalhadores constantemente a vivenciam na Emergência, como indicam seus relatos queixando-se de não ter conseguido realizá-la como gostariam, gerando desgaste (porque mobilizam muitos recursos) e insatisfação (porque consideram que não foi “bem feita”). Ali são várias as situações que propiciam a atividade impedida⁶²: número de pacientes, falta de recursos materiais e humanos, etc. Segundo o chefe da Enfermagem, “*como gestor, minhas preocupações imediatas recaem sobre as condições do trabalho que atualmente são muito sucateadas.*”

Assim, o que é cansativo e causa angústia é a sensação de impotência por não poder conduzir a atividade de acordo com as prescrições ou da forma como desejariam. É não poder fazer o que se gostaria de fazer. Segundo Clot (2006), “*exige-se deles uma espécie de imobilidade que é uma tensão contínua, uma inatividade mais custosa do que a atividade prescrita. Se não pode dissipar-se em ação, essa tensão se impõe como a mais fatigante que existe.*” (p. 122). Os trabalhadores vêem-se tomados por um curso de atividade em que aquilo que não se pode fazer e o que se desejaria fazer conta pelo menos tanto quanto aquilo que se faz. Seus esforços não se resumem aos despendidos para cuidar do paciente; incluem aqueles que lhes demanda reprimir sua própria atividade e dos outros. Destaca o autor que “*a fadiga profissional (...) é compreendida tanto a partir daquilo que eles podem fazer como a partir daquilo que eles fazem.*” (CLOT, 2006, p. 116).

A atividade contrariada é então fator de desgaste para o trabalhador por impedir-lo de fazer o que considera importante fazer para o paciente e o que dá sentido a seu ofício.

Quando essa atividade se encontra mais radicalmente interdita, ela pode não se realizar, deixando em seu rastro um desenvolvimento contrariado, provocando tropeços nos efeitos sociais de sua própria dinâmica. Como consequência, os operadores pagam um oneroso preço como atores desse tipo de dissonância. Para Clot (2006), “*a ação contrariada nos parece ser o domínio de sofrimentos suportados no mundo do trabalho...*” (p. 173).

É nessa atividade impedida e contrariada que a clínica da atividade se depara com a questão do sofrimento no trabalho. Clot (2006) sugere que o sofrimento se instala porque o poder de agir do trabalhador encontra-se diminuído, amputado, impedindo o

desenvolvimento da ação. Na realidade, as condições oferecidas pela própria organização do trabalho acabam estreitando esse poder de agir, uma vez que a simples execução não permite cumprir os objetivos fixados, conforme denuncia a ergonomia. Assim, a atividade realizada já é em si mesma diferente da tarefa oficial prescrita, exigindo do operador acionar recursos próprios para atingir suas metas.

Mas o autor não relega a atividade realizada a um segundo plano, pois o realizado constitui-se como um recurso do real, sendo precisamente no momento em que se realiza a atividade que surgem, por vezes, novos possíveis que permitem o desenvolvimento do ofício.

A aposta da clínica da atividade é a de que se o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de elaborar essa experiência ao falar, de chegar a uma interpretação, ele tem a possibilidade de negociar, de buscar um novo sentido partilhado, de transformar e fazer a organização do trabalho evoluir. Pois trabalhar é, também, sem cessar, “instrumentar” um meio para viver.

Apesar das abordagens distintas, pode-se dizer que o que aproxima esses autores não é a questão do sofrimento, mas a idéia de que entre o prescrito e o efetivamente realizado há mobilização para realizar o trabalho. A perspectiva ergológica nos possibilita fazer com que abordagens diferentes como a clínica da atividade e a psicodinâmica do trabalho dialoguem com os saberes da experiência.

Assim, utilizamos conceitos diferentes para explicar que o percurso da tarefa inicialmente prescrita ao trabalho efetivamente realizado pode ser reputado como fonte de preservação da saúde na medida em que a inventividade e experiência do trabalhador são mobilizadas.

É nesse sentido que as ações ligadas ao campo do trabalho ganham um novo olhar a partir da compreensão de que qualquer ação que vise a sua transformação ou vise a amenizar o sofrimento dos trabalhadores adoecidos ou em risco de adoecimento deve se dar a partir de mudanças na relação das pessoas com o seu trabalho, ou seja, com o ato de trabalhar.

Na validação, esse aspecto ficou bem claro:

“Algumas pessoas têm mais dificuldade de sair desse prescrito. A gente é formada para isso e não tem uma visão mais crítica das situações. Se a gente não ficar de olho no que está acontecendo, acaba ficando preso nesse prescrito.” (enfermeira plantonista)

Contra o sofrimento, porém, o que pode o trabalhador? Segundo Dejours (1997), ele pode criar estratégias de defesas individuais e coletivas para dar conta de sua atividade.

É nesse sentido que destacamos as estratégias criadas pelos trabalhadores da Emergência para lidar com outro aspecto de sua atividade que pode desencadear sofrimento: a morte do paciente: *“a gente vivencia o que é bom e o que é ruim ao mesmo tempo. Morte e vida, a gente vivencia isso o tempo todo.”* (enfermeira do box); *“quando trabalhava no repouso via pacientes morrer quase todos os dias e era preciso tirar aquela ‘inhaca’ que trazia, tirar a tristeza e voltar à parte prática.”* (auxiliar de enfermagem)

4.4. As estratégias de defesas

O tema morte do paciente tem repercussão no grupo a partir das questões trazidas em relação à vinculação que com ele se estabelece durante o período de sua internação. Para a maioria, o vínculo que se constrói nessa relação pode levar ao adoecimento. Essa questão aponta para uma regra básica daquele ofício e está relacionada diretamente ao gênero profissional:⁶³ como dosar o envolvimento com o paciente?

O sentido do trabalho fica perdido e sem importância numa situação precarizada. E a morte do paciente num trabalho precarizado nos parece ser a marca do impedimento máximo da atividade daqueles trabalhadores.

O gerador de sofrimento nesse caso é a falta de estrutura para tratar o paciente; o fracasso que o trabalhador sente por não poder cuidar do paciente como considera devido. Então não se trata da morte do paciente e sim da morte do ofício. É o paciente morrer sem que o profissional possa oferecer tudo o que o estado da arte lhe reserva de alternativas para cuidar. É o paciente morrer em condições mínimas de cuidados. É a impotência frente à situação de não poder cuidar como deveria. É o trabalho impedido em grau extremo que dá ao trabalhador a sensação de fracasso por não poder fazer tudo aquilo que entende que seria necessário fazer pelo paciente dentro do ofício.

No debate dessa questão verifica-se que a morte do paciente se mistura com o problema do sentido do trabalho tão perdido na situação precarizada daqueles trabalhadores.

⁶³ Esse conceito de gênero será desenvolvido adiante, quando destacarei o coletivo de trabalho.

Mas, qual a forma de cada um lidar com isso?

O tema vem à tona quando uma das enfermeiras diz que, trabalhando no repouso, estava acostumada a ver as pessoas morrendo e procurava não se abalar ou não agüentaria; quando foi trabalhar no box, percebeu que a equipe de lá cria vínculo com os pacientes, o que ela considera perigoso, porque, quando o paciente morre, todo mundo fica triste. O grupo então adota o assunto, destacando o seguinte:

“Quando você se joga muito, você sofre muito e se você sofre muito você adocece.” (enfermeira do Box)

“No trauma o nosso relacionamento com o paciente é diferente dos outros setores, pois ele não fica tempo suficiente para a gente saber dele. Mas tem pacientes que a gente gostaria de saber como ficou a situação no hospital. Aqui não consigo ter uma interação maior com o paciente como tinha, por exemplo, quando estava no box, porque saía e no dia seguinte encontrava o paciente lá. Mas agradeço por não ter esse contato maior com o paciente e criar vínculos porque se o paciente morre é difícil.” (enfermeira plantonista do Trauma)

Embora a questão aflija todos, as posições destacadas revelam a forma como cada um lida com o tema e as estratégias criadas para evitar o sofrimento:

“A gente vai aprendendo com a experiência a ser mais racional, a não chorar pela morte do paciente como se fosse um parente.” (auxiliar de enfermagem)

“Eu não crio vínculos, crio relações.” (enfermeira plantonista do box). E esclarece sua fala, diferenciando vínculo de relacionamento: *“vínculo é quando a pessoa carrega os problemas do paciente para casa, quando não consegue se desligar deles fora do hospital.”* Verifica-se aqui a estratégia da enfermeira em estabelecer diferença entre vínculo pessoal e vínculo profissional.

Outra enfermeira diz: *“eu não crio vínculos, crio amizade.”* Outra intervém: *“não existe envolvimento emocional controlado.”* Outra destaca que: *“existe diferença entre as pessoas e eu não consigo desligar.”* E a outra afirma: *“é importante desligar o botãozinho.”* O grupo pede então que ela ensine como desligar o botãozinho. E ela completa: *“é preciso achar um meio-termo, pois há pacientes com os quais ocorre um apego maior e achar esse botãozinho é tudo.”*

Uma das assistentes sociais demonstra ter uma visão mais externa do que interna da atividade: *“na faculdade ensinam pra gente que esse envolvimento emocional deve*

ser mantido de fora, mas isso é impossível.” A enfermeira que diferencia vínculo de relacionamento preocupa-se em estar parecendo desumana para o grupo e argumenta: *“eu não sou desumana. Diante da falta de estrutura, dou o meu melhor, mas doso o meu envolvimento com o paciente.”* E é apoiada por outro enfermeiro: *“quando entrei a moda era fazer vínculo e eu não sabia bem o que significava essa palavra, mas hoje penso como ela, que fazer vínculo é fazer o melhor possível.”* Outra enfermeira relata que em duas ocasiões chorou no trabalho: *“a primeira foi quando presenciei a morte de um paciente e pensei em desistir do trabalho. Na segunda o choro foi um alívio e me possibilitou continuar no trabalho.”*

O que inicialmente parece paradoxal nesses fragmentos, longe de ser absurdo, revela um sistema coerente de construção coletiva visando ao controle de outros sofrimentos ocasionados pelo contato com a dor e a morte do paciente.

Segundo Dejours et al. (1990), a regulação do sofrimento constitui-se na possibilidade de adaptação à organização por meio da utilização de estratégias defensivas individuais ou coletivas que levem ao abrandamento da percepção da realidade de trabalho. Quando fracassam, abre-se espaço para o adoecimento.

Para os trabalhadores darem conta do prescrito, corresponderem às expectativas da organização e não adoecerem, eles utilizam estratégias de enfrentamento – conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade, entre outras – que os protegem das situações causadoras do sofrimento e mantêm seu equilíbrio psíquico. A psicodinâmica do trabalho estabelece uma distinção conceitual entre *estratégia defensiva* e *ideologia defensiva* para analisar as incidências psicopatológicas nas situações de trabalho.

Dejours (1994) considera as estratégias defensivas, na sua maioria, coletivas. Por sua vez, o foco da psicodinâmica incide mais sobre as estratégias defensivas construídas coletivamente, tendo em vista que, no campo do trabalho, o coletivo se sobrepõe ao privado. Essas estratégias se constituem em sistemas pelos quais o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar a percepção da realidade laborativa que o faz sofrer.

Mas, o que é uma estratégia coletiva de defesa? Segundo Dejours (1999) os trabalhadores protegem-se de fatores organizacionais desestabilizantes e/ou potencialmente destrutivos para o aparelho psíquico, produzindo normas de condutas defensivas reguladas pelo coletivo de trabalho. Por exemplo, contra a percepção dolorosa da realidade laborativa, a negação é coletivamente produzida, estabelecendo-se uma economia psíquica. Ela funciona porque se sustenta no consenso de um grupo

específico de trabalhadores. E por se apoiar no coletivo, faz parte do trabalho e contribui para reorganizá-lo.

Portanto, as estratégias defensivas coletivas são modalidades de adequação às pressões, constituindo acordo partilhado pelo grupo. Essa construção coletiva fortalece a coesão do grupo e contribui para a cooperação, com vistas a atender aos objetivos da produtividade. A garantia de sua eficácia depende da participação de todos e quando essa defesa não funciona mais, o coletivo pode dissolver-se, com forte impacto sobre a organização real do trabalho.

Embora essas estratégias sejam importantes estabilizadores psíquicos na confrontação do trabalhador com a organização, podem gerar alienação e configurar-se em ideologia. A passagem da estratégia defensiva à ideologia defensiva corresponde ao momento em que se torna um fim em si mesma e para ela convergem todos os esforços para mantê-la e vencer tudo o que a poderia desestabilizar. Os trabalhadores tornam-se resistentes à mudança, hesitando em questionar suas defesas. Assim, a luta contra o sofrimento pode confinar à alienação, demolindo todas as possibilidades de expressão individual em proveito da indiferenciação dos membros do coletivo.

Segundo Dejours (1999), as *ideologias defensivas* são racionalizadas como necessárias e intransponíveis. Passam a significar a única saída para as pressões da organização do trabalho, afastando o trabalhador da mobilização subjetiva (recursos psicológicos mobilizados nas situações de trabalho) promotora de mudanças, ocorrendo a alienação. Os trabalhadores invertem a realidade e, na impossibilidade de construir uma organização do trabalho espontaneamente, investem energia psíquica na organização prescrita. Essa substituição da realidade leva o trabalhador a representar completa e acriticamente, num processo de identificação com a organização e com o coletivo.

Voltando aos trabalhadores da Emergência, destacamos este fragmento: “*a insatisfação é geral. O pouco que ainda nutre as pessoas é essa relação com o hospital e isso marca o Antonio Pedro, que tem essa característica de ser um hospital extremamente afetivo e emocional.*” (chefe da enfermagem), que parece apontar para uma defesa ideológica, dada a impossibilidade de o trabalhador desvincular organização e lugar afetivo. Apesar de haver uma crítica àquela realidade laborativa, o hospital ainda fica num lugar de suprir a afetividade dos trabalhadores, em meio às lutas internas e às formas autoritárias de gestão, que não consideram esse aspecto. Na validação, os

trabalhadores falam sobre as dificuldades de coordenar os trabalhados frente aos atravessamentos provocados pela verticalização:

“As dificuldades não vão diminuir porque as decisões vão continuar sendo tomadas de cima para baixo.” (enfermeira plantonista do Box)

“A demanda de pacientes não vai diminuir porque a Emergência está fechada. Ela, ao contrário, continua cheia, estão mandando pacientes lá de cima para cá. É uma Emergência parcialmente fechada. (assistente social)

“Um simples telefonema lá de cima tira a vaga de um paciente grave que precisa de atendimento na Emergência e outro telefonema lá de cima, ao contrário, tira o paciente daqui para ser atendido lá em cima, tirando a vaga de alguém de lá. Isso porque alguém lá de cima acha que lá o paciente será melhor atendido, isso tudo porque o paciente que tem QI reclamou da Emergência. E o que faz ele pensar que a Emergência não tem um suporte à altura pra solucionar o problema do paciente? Então ele vai ter o problema solucionado porque tem mais QI? E os outros?” (plantonista do trauma)

Dada essa questão da verticalização, presume-se que os trabalhadores conheçam os perigos de seu trabalho e deles se defendam concretamente, recorrendo a procedimentos desenvolvidos no decurso do próprio trabalho. Da mesma forma se essa relação/vinculação com o paciente é vivenciada como um perigo na profissão, os trabalhadores buscam a construção de estratégias defensivas para enfrentar esses desafios que o ofício lhes impõe. Isso se verifica na discussão do grupo sobre os mecanismos que cada um utiliza contra o sofrimento que a morte do paciente possa gerar.

Com esse recurso defensivo, ressalta Dejours (1999), o trabalhador pode mediar o sofrimento de forma mais saudável, subvertendo, transformando as situações adversas em geradoras de prazer, evitando assim as defesas ideológicas e sua patologização. Essa estratégia defensiva coletiva vai ser chamada pela psicodinâmica do trabalho de *saberes-fazer de prudência* compostos de hábitos, comportamentos e atitudes construídos pelo coletivo de trabalho a partir de sua experiência.

No entanto, se a utilização dessas estratégias fracassar, o trabalhador pode adoecer. Assim, o debate desenvolvido pelo grupo se constitui em importante elemento de manutenção da saúde psíquica.

É por essa via que Clot (2006), por sua vez, vai trabalhar essa questão, ao verificar que quando os trabalhadores começam a ter tempo de conversar é possível o debate dentro do gênero e com o gênero, reconstruindo permanentemente o gênero renormatizado. Esses debates se constituem em meios facilitadores para a migração de vivências individuais ao coletivo, possibilitando ao trabalhador reinterpretar suas ações. Segundo Clot (2006, p. 41) “*um gênero sempre vincula entre si os que participam de uma situação (...) é como uma senha conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional.*”

O conhecimento do trabalhador a respeito de sua atividade é um elemento-chave para a compreensão de seu trabalho. Este conhecimento, o seu *saber-fazer*, é apreendido com base em um processo de elaboração individual e coletiva que forma o gênero profissional. Nesse sentido, o gênero profissional se constitui num meio de ação para o trabalhador, por reunir um conjunto de técnicas e enunciados acumulados pelo coletivo pronto para ser acionado. É uma espécie de memória. O debate permite que essas invenções individuais possam migrar para esse acervo coletivo numa espécie de validação que protege o trabalhador em sua atividade.

Portanto, há nessa discussão do grupo um debate de normas, valores e regras onde a forma como cada um tenta se apropriar, em parte, do seu serviço faz avançar o gênero profissional, renovando-o, alimentando-o continuamente. Esse tema será mais desenvolvido adiante, quando analisaremos a questão dos coletivos de trabalho.

4.5. As vivências de prazer no trabalho

Para o grupo, o prazer ocorre quando a atividade se desenvolve sem impedimentos, estando vinculado:

1 - às boas condições de trabalho:

“*Se a gente pode ajudar e não deixar o paciente abandonado é um prazer.*”
(auxiliar de enfermagem)

“*Quando tem fralda pra você cuidar do seu paciente é um prazer.*” (enfermeira do Box)

“É um prazer poder salvar vidas num ambiente onde falta tudo.” (enfermeira plantonista do Trauma)

Esta última fala se diferencia das outras, pois, apesar da precariedade das condições de trabalho, é um prazer conseguir salvar vidas. Além disso, parece que essa dificuldade cria uma subjetividade de heroísmo.

De qualquer forma, como já destacamos, Dejours (1997) ressalta que se consegue prazer quando, apesar dos problemas, se consegue trabalhar e ser por isso reconhecido.⁶⁴

2 - às possibilidades de salvar vidas:

“Quando o paciente tem uma melhora e sai daquele quadro a gente tem um prazer.” (auxiliar de enfermagem)

“Quando se consegue resgatar uma vida é uma adrenalina muito grande.” (enfermeira plantonista do Trauma)

Com relação a esta última fala, cabe observar que o risco é associado à aventura.

3 - ao reconhecimento dos colegas e do coletivo, pelo desempenho no trabalho:

“ Uma interação imperceptível de nossa parte e que só foi chamada atenção por uma outra pessoa que destacou isso pra gente...é bom ouvir isso dos colegas, não é que você dependa desse reconhecimento, mas é a possibilidade de ter esse prazer no trabalho...”(enfermeira plantonista do Trauma)

Essa fala também remete para a abordagem de Dejours (1997) sobre reconhecimento, que será desenvolvida mais à frente.

4 - à habilidade de trabalhar em equipe:

“Eu acho que o grande prazer vem desse trabalho em equipe. Sozinho não se consegue nada.” (assistente social)

⁶⁴ Adiante esse tema será mais desenvolvido.

Destacou-se, ainda, o posicionamento de que o reconhecimento não tem sentido se não há recursos pra trabalhar:

“Ser reconhecida pelo seu trabalho é importante, mas o que eu quero mesmo é recurso para trabalhar.” (enfermeira diarista)

Reconhece-se nessa fala a abordagem de Clot (2006) acerca da atividade impedida em que o autor destaca que o reconhecimento que importa é aquele que o trabalhador tem por seu próprio trabalho: o sentido do trabalho.

Assim, o prazer está diretamente relacionado ao desimpedimento da atividade e ao grau de resolutividade que se alcança nos atendimentos, quando o trabalhador reconhece seu trabalho como socialmente relevante. Por isso a preocupação do grupo em relação às condições precárias de trabalho que dificultam a continuidade da assistência.

Na busca de melhor compreensão e entendimento sobre o que na situação de trabalho causa nocividade, Dejours et al. (1990) propõem inicialmente que se diferencie entre condição de trabalho e organização do trabalho, o que estes fragmentos ilustram:

“Lá os armários são imensos, e temos que subir e descer escadas muitas vezes, pegando material pesado e correndo o risco de cair e fraturar as pernas; e lá já está todo mundo ruim.” (enfermeira do Almoxarifado)

“Eu tenho que ir lá pegar o material e trazer tudo nas costas, sozinha.” (enfermeira do Almoxarifado)

“Eu tinha entendido que a pesquisa era para discutirmos procedimentos de segurança no hospital.” (auxiliar de enfermagem)

Como condição de trabalho, Dejours et al. (1990) destacam todo o conjunto que envolve o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, etc.), o ambiente químico (poeiras, fumaças, vapores e gases tóxicos, produtos químicos, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, fungos, etc.), as condições de higiene e segurança, e as características antropométricas do local de trabalho, tendo por alvo principal o corpo do trabalhador e o que ocasiona doenças e desgaste.

Passemos agora aos fragmentos que exemplificam os riscos relacionados à organização do trabalho:

“Naquele lugar só trabalham pessoas doentes. Não sei se estão querendo me enlouquecer. Acho que estão querendo.” (enfermeira do Almojarifado)

“À noite a única alternativa que temos a essa correria é a rua.” (enfermeira plantonista do Box)

“Aqui está um caos, mas a gente também tira um bom proveito disso tudo também.” (enfermeira diarista)

“O Almojarifado é um lugar que a gente chega e parece um leão com uma boca enorme e parece que vai te comer.” (enfermeira do Almojarifado)

Na organização de trabalho, Dejours et al. (1990) destacam a divisão do trabalho, estando aí incluída a divisão de tarefas, a relação que o trabalhador desenvolve com a atividade, o conteúdo de tarefas e o sentido que essa tarefa tem para o indivíduo que a realiza. Refere-se ainda à responsabilidade de cada um na divisão das tarefas, hierarquia, comando, controle, etc, ressaltando as relações interpessoais e o que elas mobilizam de investimentos afetivos, tais como o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança, etc. A organização do trabalho estaria no nível de *funcionamento psíquico*.

A partir dessa definição, enfatizamos as situações de trabalho, buscando trazer elementos que dêem visibilidade tanto às condições quanto à organização do trabalho para entender a visão que aqueles trabalhadores têm de seu ambiente de trabalho, explicitada em seu próprio discurso. Essa visibilidade aflorou quando provocamos o grupo com as seguintes questões: quais são as múltiplas variáveis⁶⁵ que influenciam a assistência? E como garantir a continuidade da assistência?

Um dos vários pontos indicados como capaz de comprometer a qualidade do cuidado se refere aos problemas de comunicação entre as equipes do dia e da noite, resultando em modos de fazer que alteram uma rotina preestabelecida no setor; e outro à troca de plantões.

⁶⁵ O trabalho traz em sua dinâmica os marcadores sociais historicamente variáveis, fazendo com que as mudanças que permeiam as situações de trabalho atinjam o grupo de várias formas.

Segundo o chefe da Enfermagem, a falta de integração entre os turnos aponta a necessidade de se construir maior articulação entre diaristas e plantonistas a fim de não comprometer a continuidade da assistência.

Os trabalhadores declaram sentir-se muitas vezes alijados do processo que acontece na Emergência durante o dia ou à noite. E apontam que há divergência ao modo de funcionamento dos plantões, gerando problemas na dinâmica do trabalho e na continuidade e qualidade da assistência. *“É uma construção diária, eu sempre digo que quem trabalha na Emergência tem que matar um leão por dia, é uma construção nova a cada dia, cada dia você tem uma equipe diferente, que age diferente.”* (enfermeira diarista).

Aqui também aparecem os problemas da dimensão coletiva do trabalho, aspecto que se torna relevante, pois, se o trabalho bem-feito demanda o coletivo para gerir a variabilidade, como fazer quando esse coletivo muda diariamente? Falaremos a respeito adiante.

Uma diarista reclama da falta de registro no livro de protocolo dos exames realizados no plantão noturno ou do baixo número de exames nesse horário, sobrecarregando a equipe diurna: *“à noite não fica ninguém no laboratório, então é comum coletar material que precisa ser jogado fora. E depois se coleta novamente. Isso estressa o paciente e o profissional quando se tem de refazer o procedimento.”*

Uma das plantonistas noturnas se defende: *“a equipe da noite é menor e por isso fica mais voltada para assistência, então nem sempre conseguimos protocolar os exames feitos.”*

A enfermeira que trabalha no trauma à noite diz que em seu setor muitas vezes as fichas somem, expondo o paciente ao risco de fazer o exame duas vezes. Outra aponta a falta de sintonia quando mantém o paciente em dieta zero e não é avisada se por acaso o exame é desmarcado ou quando dão comida ao paciente, inviabilizando a realização do exame.

O chefe da Enfermagem da emergência informa que quem garante a continuidade do serviço é a diarista, que, por consequência é também quem vive mais esse estresse. Em função das diferenças entre os plantões, de jeitos de fazer diversos que variam conforme as equipes, a diarista precisa buscar articulações que garantam o funcionamento dos serviços e a continuidade da assistência. A precariedade presente no setor aumenta as possibilidades de fragmentação do processo de trabalho. Segundo uma diarista: *“há exames que são marcados e há aqueles que são encaixados. Isso traz*

algumas dificuldades, pois muitas vezes o paciente que está em dieta zero não consegue fazer o exame.”

A pedido nosso, ela descreveu para o grupo sua forma de executar sua atividade e as dificuldades encontradas para garantir a continuidade da assistência ao paciente: de segunda a sexta-feira articula os serviços das diversas categorias profissionais presentes no setor para que a assistência não se transforme em caos nocivo à saúde do doente. A fim de regular os problemas do cotidiano da assistência, comunica-se com médicos, assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros e funcionários administrativos. Além de conversar com os médicos sobre os casos clínicos diagnosticados e formas de tratamento prescritas, visita os leitos, transmite tarefas assistenciais à equipe de enfermagem, planifica os cuidados, marca exames, passa plantão, controla escalas de plantões, coordena equipes... Atividades, portanto, diretamente relacionadas à comunicação e informação: com pacientes, equipe de enfermagem, outros profissionais de saúde e outros serviços. Segundo a diarista é isso que dá visibilidade a esse papel mediador que o chefe da Enfermagem destaca, tentativa de estabelecer uma ponte entre os diversos profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente.

Questionamos, porém, por que uma única pessoa tem que fazer a mediação e se essa mediação não poderia ocorrer por patrimônio comum, por meio do gênero do ofício. Senão vejamos: é rotina universal da enfermagem seguir protocolos e prescrições rígidos. Portanto, se naquele setor as regras e os gêneros de ofício fossem mais claros e mais bem definidos a enfermagem poderia seguir mais o prescrito, aliviando a carga, por exemplo, da diarista, que se as normas antecedentes fossem fortes e mais bem construídas, cumpriria esse papel mediador sem tantos desgastes.

O grupo destaca, ainda, que os demais profissionais, além de médicos e enfermeiros, têm, direta ou indiretamente, contribuição nesse processo assistencial, que pode ser o grande diferencial, pois nesse trabalho há interdependência, mas também semi-autonomia de cada um, dentro de sua especificidade profissional, embora o objetivo seja o mesmo: contribuir para que o paciente se restabeleça, cada um a seu modo cria estratégias singulares e coletivas de trabalho para dar conta desse prescrito. Assim, a assistência aos pacientes está envolta em estratégias de trabalho que, se não forem respaldadas coletivamente, podem inviabilizar a atividade. É esse prescrito informal que, segundo Clot (2006), está sempre se renormalizando e que precisa, coletivamente, ser validado como ferramenta para dar conta da atividade.

Para exemplificar a importância de outros protagonistas – além de médicos e enfermeiros – nesse processo assistencial, vejamos a participação de enfermeira do Almoarifado, que sinaliza para o grupo as dificuldades que vivencia com um dos funcionários da equipe noturna em seu setor:

“Ora se o material está ali não tem lógica dizer que não tem. Mas ele diz para as pessoas que não tem e guarda o material. É um louco! Se deixo uma tarefa para ele fazer, quando chego de manhã vejo que não fez nada. Pelo contrário, me atrapalha. Sabe o que fez um dia desses? Pegou todas as caixas de luvas lá de trás (e ele tem hérnia de disco) e as colocou lá na frente, fazendo uma pilha enorme em cima de uma pia. Então eu tive de tirá-las todas para poder trabalhar. Agora, por que ele faz isso? Não sei...”

Outro ponto destacado por essa enfermeira é a dificuldade de comunicação que enfrenta com o setor de materiais:

“Então tem essa questão do material que é muito desgastante. O responsável pela compra não tem noção nenhuma de gasto. Um exemplo: ele fez uma compra e desceu para Emergência espalhando nos corredores que tinha tudo no hospital e não estava faltando nada. Tem tudo mesmo? Tem. Realmente naquele dia tinha tudo mesmo, mas somente por dois dias. Ele comprou material apenas para dois dias, gente. Durante dois dias tinha tudo e depois não tinha mais nada. Nada, nada, nada...Então, é muito difícil.”

Aponta, ainda, que a falta de comprometimento de alguns membros da equipe interfere na qualidade do serviço:

“Lá só tem problemas! Por exemplo, todas as bandejas cirúrgicas da emergência são lavadas e embaladas lá. Então tem gente que já não está muito boa e prepara a sutura assim: a sutura tem que ter um porta-agulha e duas pinças, e a pessoa coloca, por exemplo, só duas pinças e não coloca o porta-agulha, então já não é mais uma sutura, é um curativo, mas a pessoa escreve: sutura. Aí vai para a sala e quando o médico abre tem um ataque: “Está faltando material aqui!” Só que a pessoa

que preparou já trabalha nisso há 20 anos, mas faz aquilo.”

É interessante observar que a questão aqui é por que, depois de 20 anos, a pessoa ainda faz aquilo. Trata-se do que Schwartz et al. (2007) denominam enigma e afirmam atravessar a atividade.

O grupo ressalta também a insuficiência do número de trabalhadores, até médicos em alguns plantões, sobretudo neurologistas: “*é mais uma questão de abrir concurso, e isso tem que ser colocado pra frente.*” (assistente social).

Com relação à superlotação dos boxes – “*têm momentos que a gente pensa: oh porta, por que você está aberta? Por que não fecham essa porta?*”(enfermeira plantonista do trauma) – observa-se outro aspecto que aponta para esse enigma atravessando a atividade: se num momento os trabalhadores temem o fechamento da Emergência, em outro o desejam.

O grupo enfatiza também, que embora os médicos tenham mais poder de decisão, seu contato com o paciente acontece de forma breve e/ou em alguns momentos pontuais do tratamento. Destacam, por exemplo, as dificuldades em acionar o médico para rever o caso do paciente:

“O que faz com que o médico plantonista não possa ir ao Box para ver o paciente? Por que eles não retornam? Porque se não tem assistência 24 horas e o paciente complica, se o médico não está na Emergência, aí a Enfermagem fica sendo a vilã.” (enfermeira plantonista do box)

Frente às dificuldades de comunicação e cooperação do coletivo no processo de trabalho, segundo eles “*a Enfermagem se vê obrigada a dar seu jeito porque está o tempo todo com o paciente. São poucos os médicos acessíveis, eles estão ainda muito no individual. É a formação deles. Alguns estão entrando agora e têm a postura de semideuses, acham que não precisam de você.*” (enfermeira plantonista do Trauma).

Mas se as situações de trabalho são freqüentemente pensadas pelo trabalhador a partir da compreensão que cada um tem do seu próprio trabalho, como é possível entender as dificuldades e a racionalidade que rege sua prática e a do outro?

As formas de organização do trabalho destacadas pelo grupo, que de algum modo criam obstáculos ou mesmo inviabilizem sua consolidação e desenvolvimento, estariam assim minando o potencial de cooperação aí presente.

Para Dejours (1997), é graças à eficiência do coletivo de trabalho que os "erros humanos" podem ser minimizados e, para isso, a cooperação exerce papel estratégico. A cooperação integra as diferenças e articula os talentos específicos de cada sujeito, conjugando as qualidades singulares e compensando as falhas, também singulares, ou seja, embora se reconheça o lugar dos erros individuais, a cooperação permite — pelo jogo cruzado das ações — detectar, corrigir ou prevenir uma série de conseqüências nefastas provocadas por esses erros no processo produtivo.

Assim, ouvir os profissionais acerca de seu trabalho fez com que a questão do trabalho prescrito e do trabalho real fosse entendida na prática. Mas, principalmente foi importante para os profissionais se escutarem e escutarem os colegas, momento em que puderam entender as dificuldades que cada um enfrenta em seu setor, como ilustram essas surpresas constatações: *“eu não sabia que era tão complexo realizar um simples exame; não sabia que era assim...”* (assistente social).

Esse procedimento metodológico aposta na grupalidade, pois nesse processo de co-construção de estratégias para o enfrentamento dos problemas vividos na Emergência, o grupo dá visibilidade também às práticas coletivas existentes naquele ambiente de trabalho que evidenciam a responsabilidade e o comprometimento como fatores essenciais na qualificação da atenção aos usuários.

Sobre o tema, o que diz a clínica da atividade? Clot (2006) aponta que a atividade de trabalho é para si e para os outros, em razão de ser triplamente dirigida, ou seja, na situação vivenciada ela não é dirigida apenas pela conduta do sujeito ou do objeto da tarefa; ela é também dirigida para os outros. Não se pode, então, tratar da questão da atividade de trabalho sem observar o lugar de seus destinatários na atividade profissional. Nesse sentido, toda atividade profissional é co-atividade, de uma resposta à atividade dos outros. Não no sentido de oposição, mas de construção que se define e organiza sempre no universo da atividade dos outros.

De fato, cada trabalhador não está sozinho na execução. Quando alguém se atrasa, por exemplo, para a troca de plantão, não está só comprometendo sua atividade; age também sobre a atividade dos demais envolvidos. Assim, tanto a atividade de um resulta do que os outros fazem quanto, e de forma simultânea, essa mesma atividade vai agir sobre as atividades dos outros. Mesmo quando o trabalhador se encontra isolado e impedido de desenvolver diálogo com os demais, existe um coletivo cujas atividades invadem a execução das suas atividades: os demais trabalhadores, os pacientes, a administração, etc. Portanto, conduzir uma atividade não é simplesmente exercitar um

monólogo técnico: é, forçosamente, entrar em diálogo no seio de uma atividade múltipla.

Os conflitos apontados pelos trabalhadores da Emergência trazem a impressão de que eles se encontram aparentemente sozinhos em sua ação, abandonados à própria sorte, embora, na verdade, estejam em meio a um debate de normas com as demais atividades para gerir a sua própria.

É nesse sentido que Clot (2006) destaca o fato de que, em determinadas situações, para gerir a conflitualidade e poder agir em situação, o trabalhador precisa sair do âmbito prescrito da atividade. E isso, como já visto, envolve custos.

No caso em questão, porém, Clot (2006) não está mais se referindo à saída de um prescrito formal (tarefa prescrita pela organização). Quando destaca a necessidade de o trabalhador, em determinados momentos, abrir mão da atividade dos outros para gerir a conflitualidade presente na situação de trabalho, ele está abordando a saída de um prescrito informal (que se caracteriza pelas obrigações que um coletivo compartilha para conseguir trabalhar) que está ali balizando coletivamente a sua ação, mas que já não é suficiente. Então, o trabalhador precisa abrir mão dessas ferramentas para lançar-se a outras possibilidades de ação.

Segundo Clot (2006) esse prescrito informal é recurso que o coletivo de trabalho desenvolve para gerir a ação. Então, pode-se acrescentar, entre o prescrito e a atividade de trabalho existe o prescrito informal que um coletivo partilha para conseguir trabalhar, ou seja, existe, por um lado, a prescrição oficial, a tarefa oficial e, por outro, um sistema de obrigações partilhadas por determinado meio profissional. Esse prescrito informal também está nesse processo de renormatização constante, pois quando as normas antecedentes não são suficientes para o trabalhador executar a tarefa, ele desenvolve novos meios para produzi-las. E isso ocorre porque não só as normas prescritas pela organização não são suficientes, mas porque as normas antecedentes informais também não o estão sendo naquele momento.

Mas (e aqui reside a nosso ver a problemática daqueles trabalhadores em relação à continuidade da assistência), posteriormente, para que essas renormatizações parciais se tornem ferramentas de trabalho é preciso que sejam colocadas como patrimônio coletivo, que haja validação pelo conjunto dos trabalhadores – ou seja, para garantir a continuidade da assistência, esse coletivo precisa dialogar sobre suas formas de fazer, agregando essas ferramentas ao patrimônio já existente de normas e regras coletivas de trabalho e realizando-as como formas alternativas de realizar a atividade.

Essa espécie de prescrição coletiva e de origem interna refere-se, então, às obrigações que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, o que quer dizer que as maneiras de realizar a atividade devem estar bem situadas no tempo, assumindo caráter histórico e transitório. Esse nível de prescrição foi nomeado por Clot (2006) de gênero profissional, que se refere às maneiras de fazer que estão relativamente estabilizadas num determinado meio, num dado momento. E que se constituem em recursos para a ação do trabalhador. O conceito de gênero profissional será mais desenvolvido adiante, quando abordaremos as questões relacionadas ao coletivo de trabalho.

4.6. Os modos de fazer

Apontamos agora os modos de fazer dos trabalhadores que assinalam inteligência mobilizada para a atividade.

“Procuro dar voltas e resolver por outros meios, pois o meu objetivo é a resolução daquilo. E aí essa resistência eu não retorno não, eu deixo que percebam.”
(assistente social)

“Eu penso muito em trabalhar junto, estar junto, fazer junto, ir mostrando o meu jeito, a minha língua porque às vezes falar não adianta, acho que você tem que ir mostrando o caminho.” (enfermeira diarista)

“A observação faz você crescer. Quem observa consegue construir alguma coisa. Acho que a chave de tudo para uma boa construção é desenvolver uma boa observação. E assim é mais fácil trabalhar com as diferenças.” (enfermeira diarista)

“As estratégias mudam com o tempo, e a questão passa pela resolutividade. Se tenho 20 pacientes e consigo uma resposta boa para dois já é muito prazeroso, é vida; e se não tiver isso no dia-a-dia não consigo continuar.” (assistente social)

“O importante é ter visibilidade no meu trabalho, pois é fundamental conseguir solução para o problema que aparece.” (enfermeira plantonista do Trauma)

“Mesmo atendendo o paciente numa maca fria sem lençol ou uma improvisada forrada com papelão, você encontra estímulo para trabalhar se encontra solução. Você consegue esquecer aquilo ao arrumar solução.” (enfermeira do Box)

Esses modos de fazer apontam para a inteligência prática que Dejours (1993) menciona, pois onde há criação tem essa inteligência astuciosa operando. O que significa, porém, inteligência prática?

O envolvimento do corpo na tarefa coloca a inteligência em prática. Segundo Dejours (1993), esses recursos psíquicos da inteligência prática são distintos dos requisitos cognitivos, apesar de não os eliminar e de eles estarem ali presentes. Por exemplo, em todas as falas reunidas no último conjunto, a dimensão psíquica/afetiva está presente: nas três primeiras envolvendo como se relacionar e trabalhar com outros, e as seguintes como o trabalho pode ter sentido do ponto de vista psíquico seja por conseguir ser resolutivo, seja por ter visibilidade (e, conseqüentemente, reconhecimento), seja por encontrar solução para os problemas e se sentir assim vencedor daqueles desafios, etc.

A inteligência prática, sugere Dejours (1993, p. 286), “*implica um funcionamento que se distingue do raciocínio lógico. É a desestabilização do corpo, em sua relação com a situação, que desencadeia... o exercício desta inteligência prática.*”.

Na prática, o trabalhador tem de agir sobre a organização de seu trabalho. Isso constitui mola propulsora para o desenvolvimento do saber de seu ofício, pois, nesse agir, ele pode ter de ignorar a maior parte dos conhecimentos fundamentais para intervir com eficácia na operação. É na execução, de modo geral, que o trabalhador se pode utilizar amplamente desse recurso da inteligência prática que, aliás, não se manifesta só na prática manual; está presente em todas as tarefas e atividades do trabalho, no centro da atividade intelectual e mesmo do trabalho teórico.

“A subutilização desse potencial de criatividade é uma das principais fontes de sofrimento, de desestabilização da economia psicossomática, e mesmo de descompensação e doença”, assinala Dejours (1993, p. 290). Assim, se essa inteligência prática está no cerne do ofício, sua subutilização pode ser fator de adoecimento. E diante de um setor hospitalar de alta complexidade, como a Emergência, em que a atividade se encontra altamente impedida em face da precarização e falta de recursos para viabilizar a tarefa? Ao contrário de subutilização criativa, poderia haver nesse espaço a necessidade de uso exacerbado desses recursos, investimento excessivo desencadeado pela falta de suporte. E, então, essa criação seria tão prazerosa?

A esse respeito, na validação, surgiram as seguintes reflexões:

“Quando você fala em renormatização, se poderia então dizer que as pessoas mais criativas são as que sobrevivem?” (enfermeira diarista)

“Na maioria das vezes esse potencial criativo é embotado mesmo, em meio a tantas regras e normas que lhe são passadas. Mas até que ponto esse potencial criativo na verdade não é embotado mesmo no trabalho? Ao longo do tempo algumas pessoas se sobressaem mais, não adoecem com tanta rapidez ou não se estressam até porque acessam mais esse lado criativo porque têm que dar conta no dia-a-dia mesmo, e essas coisas vão surgindo, mas tantas outras seguem a normalização. A normalização é maior.” (enfermeira do Box).

Schwartz et al. (2007) sugerem que essa inteligência prática não necessariamente será utilizada de modo positivo. Pode haver mal uso de si dependendo da situação de trabalho. E o que se verifica nesse grupo é utilização excessiva dessa inteligência prática, sinalizando para a exploração de sua subjetividade a fim de atender o usuário, apesar das condições precárias daquele ambiente de trabalho.

“O profissional acaba tendo que ser muitas coisas, tendo de criar alguma coisa o tempo todo para lidar com as situações que acontecem.” (enfermeira diarista)

“O tempo todo você tem que estar criando alguma coisa que nem sempre cabe a você tentar resolver. Você cria, mas poderia ser diferente. Por exemplo, não ter colar cervical para o paciente e você improvisa com colar de papelão. Olha o tempo que a gente perde para improvisar um colar podendo já estar atuando em outro paciente.” (enfermeira do Box)

“É difícil e às vezes acho que não mereço isso aqui. Poderia ser diferente. A equipe não perde essa capacidade de improvisar.” (enfermeira diarista)

“Ficar sempre dando jeitinho é desgastante.” (enfermeira plantonista do Box)

A subutilização desse potencial de criatividade também transparece neste depoimento da enfermeira do Almoxarifado: *“E tem outro fator assim “maravilhoso”, que é o fato de os funcionários que trabalham lá na central de material estarem todos doentes. Só vai para lá doente... os funcionários são antigos, que adoeceram e foram para lá. Sempre foi assim. Então lá todo mundo tem um problema.”*

A ênfase que Dejours (1993) atribui ao aspecto criador da inteligência prática envolve algumas condições para essa mobilização criativa: é preciso inicialmente ter

organização prescrita do trabalho que funcione como mola propulsora para desencadear o processo de subversão das regras necessário para cumprir a tarefa. Nesse sentido, o respeito obstinado às regras prescritas implica a paralisia. Essa condição constitui um problema nessa organização, pois a prescrição do trabalho, incluindo as condições necessárias para que a tarefa se desenvolva, é precária, o que faz com que os trabalhadores da Emergência sofram falta de referências e de instrumentos para criar.

A segunda diz respeito ao fato de que quebrar regras implica assumir riscos no trabalho e colocar-se em posição delicada. Para tanto é preciso certa transparência que proporcione o compartilhamento coletivo desses riscos. Quando o coletivo é convocado a desenvolver estratégias coletivas de defesa para viabilizar o desempenho, a produtividade, a qualidade e a segurança no trabalho, entra em pauta a confiabilidade humana nesse processo de engenhosidade a ser empregada para realizar a tarefa. No entanto, os componentes do grupo demonstram saber pouco sobre as experiências de cada um em seu processo de trabalho, dando visibilidade ao pouco compartilhamento coletivo dos riscos laborativos, como este fragmento exemplifica: *“o que a gente vê é cada vez mais cada um fazer a tarefa sem conhecer a do outro, sem trocas, sem poder compartilhar as coisas que a gente vivencia no trabalho.”* (enfermeira plantonista do Trauma). A falta dessa transparência compromete as condições para essa mobilização criativa. O trabalhador necessita que suas invenções individuais possam migrar e se estocar no coletivo para reorganizar o seu trabalho a partir de uma reelaboração das regras coletivas. Esse mecanismo possibilita que as regras possam ser discutidas coletivamente.

Como terceira condição, é necessário o reconhecimento pelos pares desses riscos assumidos pelo trabalhador para atingir os objetivos, o que está encadeado ao processo de reconhecimento da originalidade implicada nessa quebra de regras. Naquele grupo, no entanto, esse reconhecimento nem sempre ocorre. Ao contrário, os trabalhadores são muitas vezes tratados como culpados ou responsáveis pelos problemas da assistência: *“fica para a gente essa questão do reconhecimento, que nem sempre acontece, por a gente estar sempre vivendo essas mutações no trabalho da gente.”* (assistente social)

Em parte, porém, a falta de reconhecimento dos dirigentes dos serviços e da clientela – o próprio reconhecimento dos pares é por isso dificultado – decorre da desinformação a respeito do que cada um vem fazendo, como se verifica no espanto de uma das participantes frente aos problemas enfrentados pela equipe para a realização de

exames dos pacientes da Emergência: “*não sabia que era tão complicado realizar um exame.*” (assistente social).

Assim, se o sentido no trabalho se processa na luta contra o sofrimento, as condições que permitem ao trabalhador subverter o sofrimento — encaminhando-o pela criatividade — estão em parte ancoradas nessa dinâmica do reconhecimento.

Para Dejours (1993), o sofrimento pode resultar em lógica tanto defensiva e patogênica quanto criativa. Se a primeira paralisa e adoece, a outra subverte o sofrimento em favor da criatividade e remete à possibilidade de exercício da atividade e concepção do trabalho. O desenvolvimento de uma ou outra está relacionado ao sentido do trabalho para aquele trabalhador.

Para Clot (2006), se não é possível realizar o que dá sentido ao trabalho, tem-se uma atividade impedida, como já observamos.

Os problemas que destacamos acima estão entrelaçados justamente aí, pois para existir produção de sentido é preciso ter organização de trabalho prescrita, transparência nas ações e reconhecimento do trabalho, o que se verifica de forma insuficiente nesse setor, devido às condições precárias para a realização das tarefas, além da transparência e reconhecimento insuficientes que possam oferecer ao trabalhador as condições para uso adequado da inteligência astuciosa.

Segundo Dejours (1997), o trabalho deve ser entendido como um *continuum* que se estende para além de seu espaço restrito e influencia outras esferas da vida. As relações que ocorrem no trabalho são fontes de desenvolvimento da identidade do indivíduo e da transformação do sofrimento em prazer, por meio dos vários processos de reconhecimento. Quando o reconhecimento do seu *fazer* não ocorre, a desvalorização conseqüente atinge outros espaços da vida cotidiana. O trabalho pode, então, ser tanto um espaço de desenvolvimento identitário quanto um fator de desgaste e de colapso psíquico do indivíduo.

Dejours (1997) destaca, então, que a dinâmica do reconhecimento se dá por meio de duas formas: a primeira é denominada reconhecimento de utilidade, é realizada pelos níveis hierárquicos superiores (no caso, a empresa) e pelos usuários do serviço ofertado (no caso, os pacientes); a segunda é denominada julgamento estético, realizado pelos pares, por aqueles que conhecem as especificidades do trabalho e podem avaliar o esforço do trabalhador em realizá-lo, independentemente dos resultados alcançados. Esses processos de reconhecimento – ou a falta deles – são fundamentais no

desenvolvimento da identidade dos indivíduos e na transformação do sofrimento gerado pelo trabalho em prazer.

A psicodinâmica do trabalho vai buscar identificar e destacar, então, as dimensões menos visíveis do vivido pelos trabalhadores ao longo do processo produtivo, tais como: os mecanismos de cooperação, visibilidade e reconhecimento, sofrimento psíquico, mobilização da inteligência, vontade e desejo, que se desenvolvem nas situações de trabalho. Essas pesquisas de Dejours (1993) nos auxiliam a entender o processo de saúde/doença no trabalho e a entender os movimentos que os trabalhadores fazem para suportar e até sentir prazer nas suas vivências laborativas.

É o que nos aponta um dos integrantes, em meio a essa discussão: *“uma forma de aliviar o estresse é o momento do cafezinho, criado recentemente. Combinamos de cada um trazer uma coisa e num determinado horário alguns sobem e vão lanchar.”* (enfermeira diarista)

Isso indica que em dadas situações, para se proteger e lutar contra os riscos do trabalho, os trabalhadores desenvolvem alguns procedimentos úteis ao processo, por vezes verdadeiros "macetes" que funcionam como "saberes de prudência" (CRU, 1987) no campo da segurança.

Clot (2006) pensa essa questão pelo que denomina “pré-ocupação”, que são as outras atividades do trabalhador, de caráter pessoal, que intervêm quando o trabalhador se encontra num sistema de passividade imposta. Também pode haver pré-ocupações relativas às diferentes opções de atividade. Clot (2006) destaca então o conceito de atividades concorrentes, que ocupam previamente o trabalhador ou o coletivo. A rotina imposta faz com que o espírito do trabalhador use o recurso de partir e vagabundear, ou seja, o espírito vagabundo se dá como saída para a manobra, possibilitando que o trabalhador alcance outros vãos e se defenda do agravo da situação que o impossibilita de gerir a sua tarefa.⁶⁶ Às ocupações em que cada um dos trabalhadores está implicado, juntam-se suas pré-ocupações, através das quais o ‘espírito’ do trabalhador parte.

Em contrapartida, Clot (2006) sugere que, para fixar o espírito, o trabalhador desenvolve estratégia que o mantém concentrado na tarefa, impedindo que o espírito vagabundeie. Produz então fazendo uma espécie de jogo com aquele dispositivo, que assume nova função (catacrese): manter no trabalho o espírito do trabalhador já que a

⁶⁶ Enquanto o espírito vagabundo se revela como estratégia de fuga da situação que impossibilita gerir a tarefa, as catacreses são estratégias para fixar o espírito do trabalhador na atividade.

atividade exige que ele se mantenha sempre atento. Dá-se aí a transformação de um instrumento técnico num instrumento psicológico – no sentido proposto por Vigotski – tornando-se instrumento de gestão do próprio sujeito da ação. Essa espécie de utilização não prevista da ferramenta não pode ser considerada simples desvio por parte dos trabalhadores, correspondendo, antes, ao enriquecimento de funções desse instrumento, ou seja, o que em termos teóricos se costuma designar por catacrese.

Essas catacreses passam a fazer parte da profissão, correspondendo às ferramentas profissionais que, evidentemente, não foram previstas pela tarefa embora sejam centrais para a atividade. Correspondem ao modo como os trabalhadores se desfazem de suas outras atividades ou das atividades dos outros. Correspondem, enfim, à transformação de suas pré-ocupações em ocupações, em ações, sendo esse, para Clot (2006), o processo central de desenvolvimento dos sujeitos nas situações laborativas.

Essa estratégia mantém o trabalhador concentrado em sua atividade e se transforma em recurso para a ação. Podemos citar o exemplo dado pelo grupo quanto ao uso improvisado de papelão como colar cervical⁶⁷.

Por outro lado, poderíamos destacar o “desligar” o botãozinho” como manobra do espírito vagabundo de que nos fala Clot (2006)? Acreditamos que sim, uma vez que é um mecanismo que possibilita que o espírito do trabalhador alcance outros vãos e se defenda do agravo da situação que o impossibilita de gerir a sua tarefa. No caso, a enfermeira utiliza esse mecanismo quando precisa recorrer a algum modo próprio de se desligar/defender de uma vinculação que interfere na condução de sua atividade.

Mas para desligar o botãozinho precisa recorrer a algum instrumento? Algum modo de desligar? Pois a enfermeira não conseguiu explicar ao grupo como faz para desconectar-se do trabalho, no trabalho. Disse apenas que desliga e que cada um tem de encontrar seu jeito de desplugar-se; a ferramenta para fazê-lo, por exemplo, é não chamar pelo nome próprio, mas pelo número do leito, como frequentemente

⁶⁷ As catacreses fazem parte do relativamente estabilizado do gênero profissional, portanto, improvisar colar cervical de papelão já está incorporado aquele gênero. O trabalhador da emergência, em situação de primeiros socorros, vai utilizar o material que tem à mão, criando-lhe novos usos. O papelão, em princípio, não serve para colar a cervical, mas aqueles trabalhadores criam uma nova função para esse material, transformando a sua utilidade.

presenciamos durante nossas observações nos boxes. Ou falar com o paciente num certo tipo de voz, como ocorreu com a assistente social na emergência pediátrica, falando com as crianças com voz de criança. Ou trocar de roupa e não ir para casa com a roupa do hospital, como destacaram alguns deles. Uma das enfermeiras disse que fora do hospital procura se desligar do paciente grave, ocupando-se com cursos e ginásticas. Outra diz que um recurso utilizado no plantão da noite é não ficar no horário de descanso dentro da Emergência; então, vai lancha em locais movimentados e longe do hospital. Cada um a seu modo procura desenvolver estratégias, instrumentos, macetes, etc, que os preservem de uma realidade cotidiana difícil.

Poderíamos citar ainda como exemplo, a fala da enfermeira que trabalha no Almojarifado. Num dos nossos encontros, após tantas reclamações acerca das dificuldades de seu setor, ela destacou que quando conseguem terminar as tarefas mais cedo (o que raramente acontece) ficam batendo-papo sobre assuntos externos ao hospital, e nesse momento as pessoas conseguem sentir prazer em estar juntas. Como, entretanto, esses momentos são cada vez mais raros, seu trabalho lhe parece cada vez mais pesado e árduo. Esse exemplo evidencia que as pré-ocupações tornam-se forte recurso para tirar o trabalhador de cena quando as situações de trabalho se mostram penosas para ele.

Tanto as catacreses quanto o espírito vagabundo são recursos dos trabalhadores que Clot (2006) destaca em seus dispositivos aplicados, pois para a clínica da atividade é mais importante colocar em debate o ofício e não só enfatizar os obstáculos, uma vez que o objetivo é ampliar o gênero, ampliar a capacidade de diálogo e debate dos trabalhadores sobre a atividade, colocando o ofício na roda para debate, momento em que os trabalhadores estarão aprendendo sobre o trabalho enquanto processo, aprendendo como o ofício se desenvolve.

É a partir desse enfoque que daremos destaque a outro ponto-chave dos encontros: as controvérsias!

4.7. As controvérsias

Na discussão sobre os problemas do setor de emergências, ocorreram controvérsias em vários momentos: falta de material *versus* contingente insuficiente de trabalhadores; se relacionar com o paciente *versus* não criar vínculos; culpabilização do

colega e de si mesmo; se desligar ao sair do trabalho *versus* como achar e desligar esse botãozinho.

Sobre o assunto, Dejourns (1997) propõe o exercício da reflexão coletiva como ação visando à apropriação de uma inteligibilidade comum, regida pela intercompreensão de acordos e normas, produção de novas regras do trabalho e do *métier*.

Clot (2006), por sua vez, se refere às regras de ofício, que ele usa para construir o conceito de gênero, que destacaremos adiante.

É necessária, nesse sentido, a criação de um espaço no qual as pessoas possam falar e se escutar para facilitar a transformação da organização do trabalho. A confrontação de opiniões sobre o trabalho terá então o sentido de desenvolver a capacidade das pessoas de pensar individual e/ou coletivamente.

“Tem sempre a fala: Ah, o médico é corporativista. Não, todos nós somos.”
(chefe da Enfermagem)

“Eu não vejo como corporativismo não. Dependendo da pessoa você não tem muita entrada não, então não acho que venha da linha de profissão... isso depende muito do caminhar de cada um e não da profissão em si.” (assistente social)

“Para que o trabalho tenha qualidade, é necessário quantidade.” (enfermeira do Box)

“Ah, nem sempre a quantidade ajuda.” (chefe da Enfermagem)

“A falta de material é um obstáculo para a realização do trabalho.” (auxiliar de Enfermagem)

“Nem tanto o material, e sim a mão-de-obra, pois falta pouco material.”
(enfermeira plantonista do Box)

“Quando vejo um paciente piorar seu quadro, procuro não me limitar às minhas funções e vou atrás do médico para saber os motivos.” (enfermeira do Box)

“E isso é realmente ir além das funções?” (enfermeira plantonista do Box)

“Sinto-me penalizada por não ter lençol suficiente para fornecer. Então do mesmo jeito que as enfermeiras tem que ficar dando um jeitinho no Box, eu tenho que dar um jeitinho lá. Mas mesmo que mande todos os lençóis, não serão suficientes.”
(enfermeira do Almojarifado)

“Mais do que responsável, você se sente culpada por não ter o material.”

(enfermeira diarista)

“Sim, me sinto culpada de ver o paciente sem lençol.” (enfermeira do Almojarifado)

“O incômodo deve levar à ação e não ser introjetado.” (assistente social)

“Acho que o importante é ser equilibrada e reconhecer que há um limite para o seu trabalho. Quando chego e tem muitas demandas para atender dá vontade de sair correndo, então priorizo os casos mais graves do momento e procuro resolver.”

(enfermeira diarista)

“Mas deve ser muito difícil ter de escolher paciente.” (assistente social)

“O trabalho é muito cansativo, tenho que resolver tudo, então preciso extravasar de alguma forma...”(enfermeira diarista)

Clot (2006) analisa essa questão a partir da perspectiva vigotskiana, destacando que o desenvolvimento de um ofício não termina. Ele se dá na trajetória profissional, locus constante de tensões que exigem do trabalhador novas possibilidades de construção da experiência. Assim, as situações de conflitos e/ou controvérsias geradas nas relações de trabalho e os movimentos provenientes de evoluções políticas e mudanças organizacionais são motor da atividade. Tais situações impulsionam a criação de margens de ação coletivas que facilitam a aprendizagem e desenvolvimento do ofício.

Na perspectiva de Clot (2006), o ofício é nômade, está vivo, transita entre o prescrito e o real. Por isso o trabalho não está dado, ele se desenvolve. Assim, quando o debate entre os trabalhadores evoca as controvérsias, compartilha-se a experiência e amplia-se o poder de ação do grupo sobre as situações de trabalho, possibilitando a reelaboração das regras coletivas e o desenvolvimento do ofício. O ofício, então, porta uma história, porta o conteúdo de um trabalho coletivo e a sua construção e seu desenvolvimento requerem conhecimento da atividade, que se dá por mecanismos de transmissão do saber-fazer relativo às situações, nas trocas coletivas (CLOT, 2006).

O saber-fazer de cada trabalhador porta meios singulares de manejos e transgressão das regras prescritas para realizar a tarefa. Mas o trabalhador necessita que suas invenções individuais possam migrar e se estocar no coletivo para reorganizar seu trabalho a partir da reelaboração das regras coletivas. Esse mecanismo possibilita que as regras sejam discutidas coletivamente. Seguir regras coletivas, podendo discuti-las coletivamente, não é conformismo a essas regras, ao contrário, poder discuti-las é não

precisar transgredi-las. É poder contribuir para as discussões do ofício a fim de desenvolvê-lo. É nesse sentido que destacamos o prescrito informal apontado por Clot (2006) acerca das novas invenções individuais que precisam tornar-se ferramentas coletivas para instrumentalizar os trabalhadores em suas ações.

O debate de normas traz ao trabalhador possibilidades insuspeitadas de sua atividade. Por isso Clot (2006) sugere que a atividade pode conhecer outro destino através do enfrentamento das controvérsias profissionais, que acabam por ampliar o raio de ação dos trabalhadores. Essa restauração dos recursos da ação permite que o trabalho volte a ser ocasião de regeneração da atividade conjunta. A clínica da atividade volta-se, então, para o real do trabalho, delegando às controvérsias profissionais nos coletivos de trabalho o cuidado de restaurar os recursos da ação. Como já vimos, o real da atividade é o processo em que a atividade se constrói, processo que não é visível no gesto, mas que está embutido de trabalho naquela atividade.

Assim a clínica da atividade vai buscar não só compreender as situações de trabalho para transformá-las, mas transformar para compreendê-las. Isso porque o que se quer compreender é o processo, e é preciso pôr o processo em curso para estudá-lo. É nesse movimento que Clot (2006) analisa o coletivo de trabalho e como ele se desenvolve ou enfraquece.

4.8. O coletivo de trabalho

Vejam como se organiza o coletivo de trabalho no Setor de Emergências começando com a fala do chefe da Enfermagem:⁶⁸

“Quanto mais coletivamente o trabalho estiver sendo feito, mais fácil será a gestão. Meu papel como gestor é fortalecer o coletivo por isso olho pouco o usuário e me dou o direito a isso... é desgastante ficar convencendo o funcionário a refletir, mas é a estratégia em que eu acredito. O papel da chefia é complicado. Tem de observar os

⁶⁸ É interessante destacar que a presença da chefia de Enfermagem no grupo às vezes inibia algumas pessoas, que se mantinham mais contidas nos momentos acirrados do debate. Por mais que o chefe de Enfermagem se esforçasse para construir o sentido de grupo no setor, percebemos a dificuldade de alguns trabalhadores em fazer críticas à organização do trabalho em sua presença, sinalizando desconfiança mútua nas relações verticais de trabalho, tal como apareceu na validação.

desvios, por isso às vezes fico me questionando: que democracia é essa que venho tentando construir?”

“Tenho procurado estar atento à história do trabalhador, e o maior motivo de afastamento do trabalhador é a depressão. Os procedimentos são limitados para se pensar questões relativas à saúde do trabalhador. Como gestor, minhas preocupações imediatas recaem sobre as condições de trabalho, que atualmente estão muito sucateadas.”

Para Dejours (1997) um coletivo de trabalho deriva da cooperação entre os trabalhadores. Na ausência desses laços de cooperação, obtém-se a formação de um grupo, mas não de um coletivo *stricto sensu*. Esses laços, no entanto, não são dados do exterior, e, nem a organização de trabalho prescreve suas formas. Ao contrário, eles resultam de construção humana que passa pela iniciativa dos agentes num contexto subjetivo, social e material do trabalho.

A organização do trabalho, por sua vez, fornece quadro de referência e prescrição das relações entre os trabalhadores sem o que nenhuma cooperação seria possível. Em face, porém, das dificuldades reais encontradas no trabalho em operação, os agentes tentam estabelecer entre si laços unificadores para coordenar suas ações singulares. Esses laços entre os agentes na cooperação são específicos da tarefa e das atividades que ela implica. Ao ter de se esforçar para enfrentar a diferença entre a organização prescrita do trabalho e o contexto atual da tarefa, os trabalhadores acabam buscando iniciativas individuais com vistas a preencher essas lacunas. Ou seja, esses laços revestem a forma de “regras de ofício” construídas pelos agentes de um coletivo para fazer face ao que ainda não foi fornecido pela organização prescrita do trabalho. Segundo o autor, porém, a construção dessas regras é delicada, pois se apóia na experiência de trabalhadores, cuja dimensão do linguajar não é suficiente para descrição satisfatória. Mas, quais são as condições necessárias para que a construção dos laços de cooperação seja possível? É preciso que os modos operatórios criados individualmente pelos agentes possam ser conhecidos pelos outros; que eles sejam visíveis; que cada um o faça de modo que os membros do coletivo possam conhecer a forma como o outro “subverte” a organização do trabalho, por exemplo: *“se o paciente não está com dor, não faz a medicação, não dá o analgésico mesmo estando prescrito. Mas aviso a equipe seguinte que não foi feito.”* (enfermeira do Box).

Essa “subversão” passa pela confiança entre os trabalhadores, que se caracteriza pelo conhecimento que cada um tem dos princípios éticos que organizam as condutas do outro, permitindo-lhe assim prever a regularidade das condutas do outro. Ela é fundada na ética, na racionalidade da ação, na observação, no conhecimento das condutas do outro e na concordância entre suas ações e sua palavra.

A construção de laços de cooperação, ou seja, de regras operatórias no registro *instrumental*, não é possível se não existem por outro lado regras morais comuns entre os trabalhadores. É necessária, ainda, transparência, intercompreensão, um espaço de discussão interno à empresa.

“Ora se o material está ali não tem lógica dizer que não tem. Mas ele diz para as pessoas que não tem e guarda o material. É um louco! Se deixo uma tarefa para ele fazer, quando chego de manhã vejo que não fez nada. Pelo contrário, me atrapalha.”
(enfermeira do Almoxarifado)

Também se destacou a falta de comprometimento de alguns membros da equipe e que interfere na qualidade do serviço:

“Aqueles homens fortes e sem camisa no almoxarifado, com cara de mal: ‘o que você quer?’ E eu carregando o material sozinha.” (enfermeira do Almoxarifado)

As condições de construção dos laços de cooperação são condições éticas e, conseqüentemente, sociais e políticas. Trata-se, portanto, de ter reunidas as condições através das quais os trabalhadores possam construir os valores, os princípios e as bases que serão a referência no coletivo para julgar o que é justo e injusto, o que é equitativo e o que não o é (CRU, 1987).

Segundo Dejours (1997), essa mobilização dos trabalhadores passa ao mesmo tempo pelo desejo de cooperar de cada um e pelas condições sociais facilitadoras. Em alguns depoimentos a falta de cooperação aponta para uma construção coletiva já bastante enfraquecida nos setores de material e Almoxarifado, nos quais as pessoas não se ajudam, ao contrário, se atrapalham, dificultando o trabalho, impedindo a construção de sentido para o trabalho. Trata-se de local para onde os trabalhadores já muito adoecidos são encaminhados porque já não conseguem dar conta de suas atividades. A enfermeira que lá trabalha foi bem clara ao dizer: *“para lá só vão pessoas doentes.”*

Ela ainda se coloca como exceção ao dizer que: *“eu fui para lá boa e hoje tomo antidepressivos...”*. Mas, foi para lá por quê? Não causa estranheza uma enfermeira na função de carregar materiais? No debate ela acabou revelando que a atividade de enfermeira nos boxes a estava adoecendo, então a chefia a deslocou para o Almoxarifado numa tentativa de ajudá-la. Ela aceitou por achar que lá seria diferente: *“fui para lá achando que seria tudo de bom, mas no dia-a-dia tive de enfrentar a realidade daquele setor.”*

Por outro lado, essa mobilização é favorecida pela presença de uma ameaça de destruição do coletivo, e sem dúvida essa é a razão de mobilização dos recursos humanos nas organizações. Os trabalhadores da Emergência, à época da pesquisa, estavam passando por esse momento, se sentindo ameaçados pelo desmoronamento daquele coletivo com o fechamento do setor e com a precariedade das situações de trabalho. E, sem dúvida nenhuma, a nosso ver, essa foi uma das razões da demanda para a pesquisa, pois justamente esse fechamento culminou no momento em que aquele setor mais se abria ao debate, ao processo de humanização e aos relatórios diagnósticos que davam visibilidade aos nós do setor, como bem destacou uma assistente social, no momento da validação:

“A minha preocupação é que a gente ainda fica de novo só nas queixas. De que maneira a gente torna visível isso? Porque no ano passado quando foi feito um trabalho de acompanhamento da linha do cuidado, desde que o paciente chega lá na porta de entrada, passa pela Hipodermia e vai para o Box e foi mostrado através de um relatório onde eram os nós, foi mostrado onde o paciente não subia, não internava, precisava de um exame e não era feito, ou demorava o tal exame, ou não passava a visita da especialidade lá, ou o médico era chamado e não ia, isso foi mostrado ao chefe da Emergência e encaminhado à direção do hospital.”

Clot (2006) também se refere às regras de ofício, que lhe apontam um caminho para o que chama de gênero. Então ele se fundamenta em Cru (1987) para ampliar esse conceito e construir o de gênero, como veremos a seguir. Por hora, cabe destacar que realizar uma tarefa supõe tomar liberdades com relação à organização prescrita do trabalho e assim subverter os procedimentos, os regulamentos e as regulamentações. A subversão implica arriscar-se diante da ordem. E o risco, como vimos, supõe custos. Por outro lado, a subversão supõe esforços de imaginação e o exercício de uma forma

específica de inteligência artilosa, que também já abordamos. Assim, longe de ser um ato prejudicial à organização do trabalho, a subversão é uma contribuição do sujeito ao processo produtivo.

Em torno do coletivo se organizam as regras do trabalho, as relações de reconhecimento e o sentido do trabalho. Mas não existe coletivo sem laços de cooperação entre os trabalhadores, que os solidarizam a respeito do embaraço de objetivos comuns. Nesse sentido, a enfermeira do Almoarifado destaca que:

“Quando por acaso tudo caminha bem e consigo terminar minhas tarefas mais cedo, sobra tempo para conversar com os colegas, atualizar as coisas e é sempre muito bom. Mas isso é raro acontecer porque gasto muito tempo refazendo coisas, correndo atrás de material, tentando resolver tudo.”

Para Dejours (1997) o coletivo desempenha papel essencial na condução do sofrimento do trabalho e em sua eventual transformação em prazer. Se esses laços se afrouxam, o coletivo vai-se desagregando sob os efeitos nefastos da produção, notadamente sobre a qualidade do trabalho, ocasionando efeitos deletérios sobre a saúde dos envolvidos. É por aí, portanto, que Dejours (1997) vê saída para o trabalhador não adoecer no trabalho.

O coletivo de trabalho é, portanto, entendido não como um ente, um ser, mas como um evento, um *acontecimento* que se dá quando vários trabalhadores concorrem a uma obra comum, no respeito a regras (CRU, 1987). Assim, um trabalhador jamais está só em sua atividade, devido a seu trabalho estar sempre frente a *regras e leis* (fundamentalmente não escritas) que transcendem a esfera da hierarquia.

Essas regras e leis associam maneiras de trabalhar e de viver juntos, ajudam a organizar as relações entre os trabalhadores, dão coesão aos coletivos de trabalho que, por sua vez, protegem as regras de ameaças externas, buscando adaptá-las diante das inovações tecnológicas e organizacionais em curso. São socialmente construídas, fruto da própria dinâmica de auto-regulação no interior dos coletivos e devem ser conhecidas e introjetadas pelos membros do coletivo.

Segundo Dejours (1997), essas regras e leis, como forças produtivas, se apóiam no patrimônio dos humanos no trabalho, valendo-se, em boa medida, da *inteligência astuciosa*, já destacada, exercendo papel vital na construção, manutenção e desenvolvimento de sistemas defensivos contra os riscos, contra o medo e o sofrimento

no trabalho. Por isso mesmo a cooperação não é algo que se decreta, ela é constitutiva do coletivo de trabalho, a ele inerente.

Já Schwartz et al. (2007) destacam que é preciso, em determinado momento, compreender a organização da empresa, seu modo de se governar frente às situações de trabalho cada vez mais concebidas para um homem mítico, que não existe. Então é preciso ir ver de perto o que se passa, o modo como ocorre um processo. E nós fomos. Pois está fora de questão em nossa pesquisa tratar as condições de trabalho independentemente dos interlocutores envolvidos.

Observamos que um dos pontos frágeis desse coletivo, a nosso ver, está na contratação temporária de boa parte do contingente da Emergência e do hospital como um todo, pois a cada dois anos os novos trabalhadores têm de ser treinados, perdendo-se a técnica adquirida daqueles que saem, o que fragiliza o coletivo. Sobre o ponto de vista da atividade há uma perda muito grande, pois uma pessoa que sai enfraquece o coletivo e compromete as relações e os arranjos que se construíram ali. No momento da validação isso ficou bem claro:

“Em relação às contratações, a gente está sempre começando, é um desgaste mostrar para os novos a rotina da emergência. Com essa saída do pessoal mais antigo você não consegue dar continuidade porque você está sempre voltando a um ponto de partida, a gente está sempre começando, deixando de caminhar porque esse ritmo é quebrado. É um desgaste constante porque essa conscientização do grupo demora.”
(auxiliar de enfermagem)

“A gente não recebe treinamento quando entra. São poucos os treinamentos técnicos.” (enfermeira plantonista do Box)

“Não vai parar de entrar pessoas novas todos os dias para trabalhar na Emergência porque as decisões são tomadas de cima para baixo. Não tem jeito, as dificuldades não vão diminuir.” (enfermeira do Box)

Esse modelo de organização do trabalho engendrado na Emergência do Antonio Pedro cria obstáculos sérios à coesão e à consolidação dos coletivos, minando o potencial de cooperação aí presente, com graves riscos para a saúde (mental) e a segurança dos trabalhadores. Aliado a esse aspecto, há outro que parece estar mais

relacionado às características de um profissional do setor de emergências, característica da organização de trabalho, conforme se depreende da fala da chefe do serviço social:

“O profissional da Emergência não tem nenhuma compensação “financeira”, pelo contrário, é tratado como o profissional problema, aquele que sempre reclama, mas penso que se houver compensação financeira será o setor mais disputado do hospital. Hoje, no entanto, falta realimentação porque aqui é o setor de passagem, ninguém quer ficar. É um setor desvalorizado. Mas, qual o ganho que se tem trabalhando na Emergência? Por isso as faltas são constantes e a necessidade de termos de dividir as tarefas. Então penso: por que não ter o especialista da Emergência?”

Por outro lado, sabe-se que os hospitais universitários sofrem crise aguda desde a década de 1990, quando a política do Governo Fernando Henrique Cardoso era não permitir a ampliação do quadro de pessoal federal. Desde então os concursos públicos são mais escassos e insuficientes para suprir o quadro de pessoal na mesma velocidade com que ele se deteriora e/ou de ampliá-lo para adequação à demanda que recorre aos hospitais. Obviamente, a falta de funcionários concursados foi sendo compensada pela contratação de pessoal terceirizado, a fim de dar vazão ao atendimento dessa demanda. A luta pela ampliação do quadro de pessoal esbarra no modelo neoliberal que privilegia a iniciativa privada e, portanto, as terceirizações, em detrimento do emprego público (ABRAHUE, 2004). Esse é um aspecto macro que tem repercussões no espaço micro, que é o ambiente de trabalho (SCHWARTZ et al., 2007).

Essa também seria apenas parte da explicação, posto que os profissionais contratados temporariamente na Emergência são selecionados por prova de conhecimentos e não apenas por currículo.

Essa complexidade aponta para uma dimensão coletiva de trabalho que Schwartz et al. (2007) nomeiam de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP) para enfatizar um lugar de trânsito entre o global e o local. A história do coletivo se constrói num atravessamento das proposições universais com os contornos singulares das situações de trabalho. Assim, um coletivo de trabalho não se assenta numa fórmula nem definida e nem predefinida. Ao contrário, sua construção é sempre provisória a partir dos efeitos que certamente sofre pelo que ocorre no mundo macroscópico, levando ao reprocessamento parcial de valores e normas constantes dos ambientes de trabalho.

Por isso Schwartz et al. (2007) destacam que ao se analisar um coletivo de trabalho é necessário se indagar sobre qual o recorte que se vai fazer para pesquisar esse coletivo. Esses questionamentos nos levaram a pensar em qual conceito de coletivo utilizar para visualizar o que iremos mostrar como resultado da pesquisa, uma vez que essa dimensão não se prende ao organograma da empresa; ao contrário, há uma comunicação com a rede externa ao hospital agindo também nessa construção. A assistência ao paciente, por exemplo, é atravessada por uma construção social que faz o trabalho acontecer a partir de normas diferentes de relacionamentos, caracterizando-se uma relação complexa.

Assim, dada essa complexidade implicada, é preciso fugir ao risco cartesiano de dividir essa questão em global *versus* local, inteligência racional *versus* inteligência astuciosa, prescrito *versus* real da atividade para então pesquisar essa dimensão coletiva justamente nesse lugar de trânsito em que operam as renormatizações, pois o hiato ali existente é o motor contínuo que faz fluir a mais ínfima atividade de trabalho. No “entre” operam fronteiras invisíveis muito importantes para a compreensão de trabalho e retrabalho dos valores e normas que compõem os coletivos de trabalho.

Podemos usar como exemplo o destaque dado pelo grupo à função da diarista, importante mediadora entre os turnos para garantir a continuidade da assistência. Operando nesse entre equipes para que as ações dos trabalhadores não fiquem desconectadas, sua mediação é difícil porque carece de recursos de gênero coletivamente construídos.

Outro exemplo poderia ser o próprio momento dos encontros das pesquisadoras com o grupo, em que se opera um debate entre os pólos dos trabalhadores e científico.

Por isso não poderíamos olhar a atividade de trabalho desconectando-a de sua complexidade, mas entendendo que é essa complexidade que permite a saúde de qualquer coletivo. E é por essa plasticidade, fornecida pelo referencial teórico, que estamos tentando analisar o coletivo que pesquisamos.

Voltando então aos questionamentos sobre o coletivo da Emergência do Huap, não podemos ignorar os movimentos que operam naquele ambiente de trabalho e que convocam o coletivo a buscar novas renormatizações para dar conta de suas atividades. O fechamento parcial da emergência é um desses acontecimentos, entre os demais já citados neste capítulo. Sobre o assunto, os trabalhadores destacaram no momento de validação que:

“Acho então que a gente deve estar se reunindo, deve ter mais reunião, ter mais treinamento não pra treinar somente, mas para gente estar se conhecendo pois não vai parar de entrar pessoas novas todos os dias. E não vai melhorar essa questão do material também. As mudanças não vão ser para agora, podem até melhorar, mas a longo prazo.” (enfermeira plantonista do Box)

Segundo Durrafourg (apud SCHWARTZ et al., 2007), a mudança tem custo, que não é igual para todos. As pessoas são capazes de mudar, mas é preciso criar condições que lhes permitam mudar. O que acontece é que as decisões são tomadas na mais perfeita ignorância de suas conseqüências sobre o trabalho e, principalmente, sem que os protagonistas da atividade sejam consultados (pp. 47- 82). Frente às mudanças, o grupo se posiciona: *“as mudanças acabam dando uma estremecida nas pessoas.”* (diarista)

Nesse sentido, o quadro de funcionários do Setor de Emergência sofre as conseqüências dessa política de contratação na fragilização do seu coletivo de trabalho. E agora, mais recentemente, sofre o impacto do fechamento parcial da emergência, que afeta o coletivo duramente em suas formas de se organizar e cooperar no processo de trabalho.

Para destacar o modo de organização daquele coletivo, falaremos a partir de outro ponto frágil destacado pelo grupo, capaz de comprometer o trabalho da emergência: o trabalho em equipe e a capacidade de se trabalhar em equipe.

“Às vezes penso em sair da Emergência, mas então penso que tenho uma equipe e uma chefia muito boa, que te insere o tempo todo, te dá apoio, a equipe de Enfermagem é muito acolhedora e unida.” (enfermeira diarista)

“Mas o cotidiano é tão turbulento, que às vezes você nem sequer nota que o colega está com problemas.” (enfermeira do Box)

Para Dejourns (1999) aqueles que sofrem pela intensificação do trabalho, pelo aumento da carga de trabalho e da fadiga, ou pela desarticulação das relações de trabalho, podem encontrar dificuldades para reagir. E isso aponta para o coletivo: *“O caos traz coisas interessantes: aproxima as pessoas nas suas funções. Dentro desse caos esse processo relacional de certa forma sofre uma mexida e as pessoas se aproximam.”* (chefe da Enfermagem)

Tem um caos ali, um gênero atordoado importante de ser analisado. Deixamos então eles mostrarem esse caos e o analisamos juntos, estimulando-os a revelar as regulações, os esquemas, as normas que nosso olhar estrangeiro não conhece.

O trabalho em equipe é apontado em vários momentos como divisor de água, podendo facilitar ou dificultar a convivência laborativa. O grupo, no entanto, procura destacar as estratégias utilizadas para resolver o problema:

“Entre tantas situações escabrosas você encontra colegas que te ajudam.”
(enfermeira do Box)

“Ela consegue conciliar as pessoas. É um elemento conciliador e ajuda a formar equipe, a caminhar.” (auxiliar de enfermagem sobre a diarista)

“Mas às vezes tenho que descer do salto um pouquinho.” (enfermeira diarista)

“Mas um ponto importante na minha estratégia é o que chamo de “pequeno surto”, momento em que exijo determinadas condições para que o trabalho aconteça e consigo muita coisa com isso, respeito, mas desde que se lute por uma causa justa. Não é espremer por qualquer coisa.” (enfermeira diarista)

“A equipe trabalhando junta é muito poderosa... Você vê a coisa deslanchar.”
(enfermeira diarista)

“Já tive momentos em que me senti menosprezada pelo colega. Trabalhar em equipe não é só uma maravilha, nós trabalhamos com os dois lados e nessas situações eu bato de frente e mostro àquele profissional que não importa quem ele seja, mas que a minha profissão é tão valorizada quanto a dele, pois quero ver ele andar se eu não estiver do lado, ele pode até andar mas vai parar no meio do caminho e agindo assim eu consegui romper com um tipo de tratamento...” (enfermeira plantonista do Trauma)

“A gente tenta trazer aquela pessoa que trabalha sozinha para trabalhar junto com a gente, mas têm pessoas que só sabem trabalhar sozinhas.” (assistente social)

“Hoje um pergunta para o outro o que fazer, e a gente meio que discute o que fazer ali, mas antes não era assim, era: eu sou médico e você é enfermeira.”
(enfermeira plantonista do Box)

“Trabalhar com uma equipe grande como a da Enfermagem é difícil porque cada um tem um jeito de pensar e de trabalhar com as dificuldades do cotidiano...” (chefe da Enfermagem)

“Mas também a gente cresce com as dificuldades, por exemplo, da equipe

médica com a de enfermagem.” (enfermeira do Box).

“Sinto-me sem-graça de manter o bom humor quando percebo que ao lado há colegas que não estão bem. Mas, de modo geral, minha equipe está sempre pronta para a batalha.” (auxiliar de enfermagem)

“Os funcionários que trabalham lá na central de material são todos doentes. Só vai pra lá doente e eu fui a única que fui boa e estou lá há dois anos. Lá os funcionários são antigos, que adoeceram e foram pra lá. Sempre foi assim. Então todo mundo tem um problema. E lá só tem problemas.” (enfermeira do Almojarifado)

“Esse trabalho multiprofissional tem possibilidade sim, mas ainda está se arrastando porque quando você começa a mexer no espaço do outro imediatamente ele reage e começa a fazer um afastamento.” (chefe da Enfermagem)

“Essa aproximação tem um limite, um limite que está em fase de trabalho, em processamento.” (chefe da Enfermagem)

“Eu acho que é só no caos que a gente consegue.” (assistente social)

No momento da validação e já com a Emergência parcialmente fechada dando à equipe visibilidade de outros nós existentes naquela dinâmica de trabalho, surgiram outras reflexões sobre as dificuldades de trabalhar em equipe, principalmente com destaque para o fosso existente entre as categorias.

“Esse médico que antes reclamava da superlotação e agora que ele pode retornar para ver o paciente, quando você o solicita para ele avaliar o paciente ele faz cara de contrariado e com aquele xingamento mental. Reclama que são duas horas da manhã. Não gosta que lhe interrompam o descanso e aí manda outra pessoa ver o paciente. Não se levanta. Você acaba tendo que ser irônica porque não dá para você subestimar a dor do paciente, porque se ele vira as costas e o paciente vai a óbito a culpa ainda é da Enfermagem.” (enfermeira plantonista do Box)

“Assim como a enfermagem tem que saber ouvir a queixa do paciente, o médico tem que saber ouvir também. Ele tem que saber validar aquela queixa, não pode subestimar. E qual é a justificativa dele agora? Superlotação? Fila? Onde? No banheiro?” (enfermeira plantonista do Trauma)

“Esse tipo de vinculação a gente não tem porque eu faço a minha parte, você faz a sua, e o médico faz a dele, e o paciente fica lá, mas ninguém faz junto, não lê o

prontuário junto, não divide, não aborda o paciente junto.” (assistente social)

Na validação, outro aspecto que ampliou a análise dos trabalhadores se refere à percepção, com o fechamento parcial da emergência, de que a pouca ou ausente resolutividade no trabalho estava, em parte, também relacionada aos problemas intrínsecos à própria equipe:

“Lembro-me de uma paciente que estava na Emergência e pela prescrição ela poderia ficar em casa. Chamei a médica e ela disse: ela está aguardando para fazer exame. E eu disse: mas esse exame ela pode ficar aguardando em casa. E ficou claro ali que ela não queria tomar a decisão de liberar a paciente e disse para esperar a avaliação do dia. Mas a paciente não tinha mais necessidade de ficar ali.”
(enfermeira do Box)

“Já vi casos de pacientes que ficam aqui sem ter nenhuma intercorrência que justificasse a internação. E teve o caso de uma paciente internada e fomos falar com o médico que não justificava a paciente ficar ali com aquela prescrição. Eu não estava ali pensando na Emergência, mas na paciente, que já estava deprimindo. Então o paciente fica ali e se ninguém se interessa ele fica ali. Então a gente precisa fazer uma clínica junto. E estava na mão do médico porque passa por ele essa autorização.”
(assistente social)

“Nesse relatório foi mostrado o caso de um paciente que ficou um mês no Box e quando subiu ficou um dia na enfermaria e recebeu alta. No dia seguinte ele recebeu alta. Quem não queria cuidar dele por aqui? Esse relatório mostrou isso.” (assistente social)

“Acho que é uma falta de comunicação entre as equipes, entre o hospital com a Emergência, o hospital como um todo. Porque essa nossa comunicação com o médico resolveu o problema da paciente que estava ali deprimindo. Você até recebe um não quando pega alguma coisa para resolver, mas ainda se encontram pessoas mais acessíveis.” (Assistente Social)

“Então na verdade os problemas continuam. E a superlotação na verdade foi “resolvida” porque a porta fechou, entre aspas fechou. O que realmente estressa e incomoda a gente é que essa situação, que não deveria existir, permanece.” (auxiliar de enfermagem)

“Não é uma Emergência referenciada porque você começa a ver que quando um paciente que chega até a Emergência com o nome do doutor fulano, ele entra e se chega um paciente que não tem o doutor fulano assumindo nada para ele esse paciente não entra, mesmo que o problema dele seja mais grave do que o do outro. Essa tem sido a referência. Porque agora o paciente chega assim, encaminhado pelo médico tal. Não é uma Emergência referenciada é a emergência da referência. Esse tipo de encaminhamento é que virou referência.” (Enfermeira plantonista do Trauma)

“Os trabalhos não andam por causa das resistências. A gente tem que buscar soluções porque se fica somente na prescrição não anda. A gente tem que assumir além das nossas funções senão não anda. Se a gente tentar na prescrição não anda, a verdade é essa. A gente tem que pegar e ler o prontuário e estranhar porque aquele paciente ainda está ali. “Por que fulano ainda está aqui?” E ler e entender e achar estranho e ir atrás do médico e perguntar por que o paciente ainda está ali. Como a gente fez esta semana, fomos atrás do médico e ele disse que o paciente devia ter ido para a ortopedia. Chamamos a ortopedia e eles disseram: “Mas ele não tem queixa nenhuma para ortopedia”. E aí fomos reavaliar o caso. Então se não chegar e se interessar como se fosse um parente nosso, não anda. É assim que anda, quando chega alguém e tenta.” (enfermeira do Box)

“Tem sido feito um trabalho intenso com toda a equipe, como esse grupo aqui que está discutindo a questão sobre a saúde do trabalhador para o qual trazemos as questões que nos afligem. E tem outros grupos trabalhando outros dispositivos por aqui.” (assistente social)

“A comunicação é um problema, mas isso parece que não é uma meta no hospital, não parece um problema. Então acho legal quando a gente consegue sair de nossas funções para tentar resolver o problema.” (enfermeira plantonista do Box)

No entanto, apesar de os trabalhadores apontarem as dificuldades de atuar em equipe, podemos falar da existência de um coletivo, pois esse trabalhador não está sozinho e isolado na sua atividade. Pode sentir-se impedido de desenvolver um diálogo com os outros interlocutores, mas para conduzir sua atividade não pode simplesmente ficar em monólogo técnico. No seio de uma atividade múltipla, é forçosamente levado a entrar em diálogo, pois existem atribuições coletivas que só compartilhando se consegue executar. Reiterando, para que as experiências singulares se tornem

ferramentas de trabalho e não tenham a idéia de transgressão, é preciso que sejam colocadas como patrimônio coletivo e validadas pelo conjunto dos trabalhadores.

Essa espécie de prescrição coletiva refere-se, então, às maneiras de realizar a atividade que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, pois são transitórias e vão-se modificando, renovando e/ou ampliando. É o que Clot (2006) chama de gênero profissional – as maneiras de fazer que estão estabilizadas num determinado meio, num dado momento. Esse gênero profissional corresponde ao coletivo de trabalhadores e representa um recurso para a ação. É o que impede os trabalhadores de permanecerem sozinhos e de cometerem erros.

De fato, é no seio do trabalho da organização que o coletivo, permanentemente, vai construir seus gestos, conceber suas regras e elaborar sua linguagem. Por isso, segundo Clot (2006), o gênero é um recurso para a ação; é através do prescrito informal que o gênero se constrói. É esse nível de prescrição, denominado por Clot (2006) gênero profissional, que confere conteúdo simbólico às atividades.

Todavia, convém salientar que o gênero profissional não é só uma espécie de pertença social, mas um recurso para a ação. É por este motivo que o gênero profissional assume importante função psicológica – por um lado, os trabalhadores devem respeitar esse trabalho da organização, que, por outro, constitui-se, igualmente, como um recurso da própria ação.

Não obstante, nas situações em que o coletivo de trabalho não conseguiu construir e manter um gênero profissional, assiste-se a uma espécie de enfraquecimento do trabalho, o que ocasiona muito sofrimento psicológico, podendo mesmo ser fonte de acidentes, de confiabilidade material e de ineficácia no trabalho. Esse parece ser o caso dos trabalhadores da Emergência.

Para além do gênero, Clot (2006, p. 184) se refere a existência de um estilo profissional que “*garante uma flexibilidade e uma plasticidade de execução da ação.*”.

Quando, por um motivo qualquer, o trabalhador se encontra numa situação não prevista é obrigado a inventar uma solução. São estas invenções individuais que correspondem ao estilo profissional. No entanto elas só são possíveis porque existe um patrimônio, ou seja, a solução é inventada a partir de um gênero profissional já existente naquele meio. O trabalhador não inova do nada. Ele parte de alguma coisa. Portanto, o estilo não abole o gênero, ao contrário, é a partir dele que obtém recursos para lidar com as variantes que empurram o trabalhador para o desenvolvimento do ofício. O estilo possibilita, assim, a renovação do gênero.

Nas palavras de Clot et al., (2000, p. 15), o estilo é a “*transformação dos gêneros na história real das atividades no momento de agir em função das circunstâncias*”, criando-se assim a possibilidade para os gêneros se renovarem. Contudo, se não se integrar no coletivo que constrói o gênero não há qualquer hipótese para se chegar à elaboração do estilo.

Para manter vivo um gênero profissional é preciso, portanto, poder discuti-lo. E para isso se viabilizar é preciso que numa profissão haja debates, controvérsias, que as pessoas não estejam todas de acordo para haver trocas a favor do gênero. Esse debate recupera as qualidades do gênero. Um gênero profissional começa a morrer a partir do momento em que só exista uma variante. Por isso a importância de se colocar os trabalhadores para falar de seu trabalho para fabricar o gênero.

Portanto, se os debates recuperam as qualidades do gênero, é preciso que os trabalhadores falem do trabalho para relançar suas questões no coletivo de trabalho, transformando o trabalho em objeto de pensamento. A perspectiva reflexiva sobre a atividade habitual de trabalho faz o gênero caminhar reescrevendo-se num contexto novo (CLOT, 2006). Por outro lado, de que adianta tanto debate se os participantes, em parte, serão logo demitidos?

Nesse sentido, na validação ficou bem claro o quanto aqueles trabalhadores sentem o Setor de Emergências como o ponto frágil do hospital:

“Há um diferencial por conta de um tratamento diferente dispensado para uma emergência, para uma enfermaria, para um ambulatório. Mesmo que o fluxo de paciente não ocorra por aqui, o que você vê é que quando o hospital como um todo funciona, a parte mais frágil desse hospital é a nossa Emergência.” (diarista)

No entanto, segundo Schwartz (1988), o coletivo é sempre reinventado em relação ao coletivo prescrito, retrabalhado pelas experiências. Assim, se as normas prescritas estão se renormatizando, isso ocorre também com os coletivos de trabalho, que se renormatiza parcialmente nesse processo. Portanto, o que pode parecer num primeiro momento um ponto frágil desse coletivo é talvez a singularidade desse coletivo se visibilizando, ou seja, há naquele ambiente de trabalho uma espécie de híbrido categorial constituído por esses funcionários temporários. Mas isso merece estudo maior e que, por falta de tempo, não será possível neste momento. O que não

nos impede de lançar essa questão para enfatizar aquilo que não podemos esquecer: há nas situações de trabalho uma complexidade da qual não podemos fugir.

Mas não se pode negligenciar o papel do coletivo no contexto em que o trabalhador constrói sua experiência, pois é com esses laços que o trabalhador evita sentir-se isolado nos dissabores da sua profissão. De uma forma ou de outra, é assim que aqueles trabalhadores se sentem naquele ambiente de trabalho. Portanto, quando destacamos acima as controvérsias do grupo podemos destacar também como se movimenta esse coletivo. São exemplos do quanto esse coletivo tem a debater sobre a sua atividade na Emergência.

O trabalho é uma ação, mas dependendo de como está organizado, ele impede o indivíduo de pensar a racionalidade dessa ação, o que gera, ao mesmo tempo, uma limitação na capacidade de pensar. Os debates revigoram esse processo de pensar o trabalho em meio a uma organização do trabalho que se transforma continuamente: as instalações mudam, o mercado muda, o cliente muda, as relações de trabalho mudam. Não muda o trabalhador?

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gosto de pensar na idéia de que Spinoza, enquanto polia lentes para sobreviver, construía seu método filosófico. Gosto de pensar na idéia de que ali, na tarefa mais penosa de uma prescrição maldita, o trabalhador está fazendo história.

Nair Monteiro

Esta conclusão é bifronte, como uma estátua de Janos:⁶⁹ olha para trás e para a frente, numa tentativa de dar conta das questões iniciais que motivaram este estudo frente ao que agora vemos se descortinar após todo o processo investigativo. Este momento, portanto, dará destaque ao que conseguimos enxergar na pesquisa.

Entre o prescrito e o realizado há vários ângulos que possibilitam novas maneiras de compreender e olhar o ato de trabalhar. O ângulo pelo qual olhamos o setor de Emergências do Huap não deixa dúvidas da riqueza do fazer laborativo e do comprometimento dos trabalhadores que, mesmo se sentindo “*secando gelo*”, puderam colocar sua atividade em debate e analisá-la sob o crivo do coletivo.

Nossa proposta de entender como aqueles trabalhadores vivenciam suas experiências de trabalho traz em si a concepção de uma atividade enigmática. E analisá-la é, segundo Schwartz et al. (2007, p. 71), “*se confrontar a esse enigma*” ao perceber que a base prescrita pela qual o trabalhador tenta nortear suas ações e sustentar suas certezas a respeito de seu ofício é apenas um ponto de vista do trabalho. Os diferentes modos de fazer a atividade apontam para um modo operatório que se inventa localmente e promove o desenvolvimento do ofício, tão discutido no transcórre da pesquisa. Luta pela saúde, como diz Dejours (1992)?

⁶⁹ Divindade bifronte da mitologia greco-romana representado por duas faces contrapostas: uma olhando para trás (passado), e a outra para frente (futuro). Era representado como o Senhor dos Inícios e Fins, ou das Portas, o ponto de transição entre o passado e o futuro, o início e o fim, as portas que se abrem e fecham.

Uma pesquisa tem por principal função produzir conhecimento, e, seguindo o dispositivo da comunidade ampliada de pesquisa, o que podemos deixar para aqueles trabalhadores como contribuições deste trabalho e, em contrapartida, o que trazemos para nortear nossos estudos sobre o trabalho deles em situação? No que se refere aos objetivos de nossa pesquisa, entender como os trabalhadores da enfermagem e do serviço social fazem a gestão do trabalho é de certa forma dar visibilidade a nossa própria forma de entender a atividade. E o que isso traz de avanços ou equívocos.

Partindo desse entendimento, a análise dos processos de trabalho torna-se relevante tanto para uma constituição no plano da teoria como também no subsídio às práticas coletivas nos ambientes de trabalho. Nesse sentido, o aporte teórico-metodológico utilizado foi bastante rico para observar, ouvir e analisar a experiência coletiva desse grupo específico de trabalhadores que, como outros, muito tem a ensinar, concretamente, sobre as situações de trabalho. Buscamos, assim, dar visibilidade ao que apontava para uma forma viva e criativa de construção cotidiana de uma atividade, considerando o desenvolvimento de formas de execução individuais e coletivas em cada ambiente de trabalho.

Esse caminho teórico possibilitou analisar o trabalho no Setor de Emergências não a partir do pressuposto de que são profissionais sujeitados ao que é prescrito pelos especialistas, mas como protagonistas de seu trabalho.⁷⁰ É uma perspectiva que destaca a atividade para o centro do debate, dando visibilidade à construção de uma gestão⁷¹ singular e coletiva de saberes, valores e regras com a qual esse trabalhador⁷² compõe o seu trabalho dia após dia para atender às demandas cotidianas, bem como seus impedimentos (DANIELLOU, 2004).

A partir dessa perspectiva, analisamos e colocamos em evidência a singularidade desse grupo de trabalhadores em sua atividade de trabalho elegendo como objeto de estudo não apenas o trabalho em si, mas também o sujeito que trabalha. Buscamos dar

⁷⁰ Trata-se de outra perspectiva de análise do trabalho, cuja proposta é colocar em evidência as ações do trabalhador para além da prescrição, analisando se elas possibilitam a gestão de si e também coletiva do trabalho.

⁷¹ A gestão, nessa perspectiva, é abordada por um ângulo em que se consideram a variabilidade e a história que perpassam qualquer ambiente laborativo, impelindo o trabalhador a buscar meios próprios para dar conta das situações que se apresentam em sua atividade sem recorrer a procedimentos estereotipados (SCHWARTZ et al. , 2007).

⁷² Individual e coletivo.

visibilidade às experiências desse grupo de trabalhadores em um espaço de complexidades. Experiências também diretamente relacionadas à influência das condições de trabalho sobre sua saúde.

O material produzido na pesquisa criou impasse de como articulá-lo com o material teórico. Buscamos, então, no material empírico as pistas de quais ferramentas foram utilizadas pelos trabalhadores para desenvolvermos este capítulo.

A nosso ver a peculiaridade desta pesquisa reside no fato de que, ao colocar em campo um dispositivo para entender como aqueles trabalhadores vivenciam as suas experiências de trabalho, acabamos por efetuar ao mesmo tempo um diagnóstico ou pré-diagnóstico dos problemas existentes no Setor de Emergência. A partir das observações e das reuniões de grupo percebemos, por exemplo, como o problema do fluxo de pacientes atravessava o setor como um todo e que seu estudo possibilitaria, de fato, uma compreensão daquela organização hospitalar. No entanto, como nossa questão fundamental era saber como esses trabalhadores vivenciavam seu trabalho e como o geriam tanto individual quanto coletivamente, essas observações agiram como pano de fundo para nossa análise.

Assim, para analisar a gestão desses profissionais, observamos os impasses enfrentados por eles e que faziam aumentar o tempo de permanência do paciente no setor. Pois, se faltava fluxo, isso apontava para uma dificuldade dos profissionais em gerir as variabilidades que atravessavam seu cotidiano, o que, em certo sentido, sinalizava a organização das equipes e os problemas de comunicação entre eles. Em seguida, buscávamos no material empírico as estratégias individuais e coletivas utilizadas para dar continuidade ao processo de assistência aos pacientes. Nem sempre conseguíamos perceber com clareza as soluções individuais e coletivas daqueles trabalhadores para gerir sua atividade e, nesse sentido, ir e vir do material empírico ao teórico passando pelas muitas discussões de orientação foi fundamental para nossa análise ganhar consistência a nossos olhos pesquisadores. E para dar consistência ao processo de análise da atividade a partir do dispositivo da comunidade ampliada de pesquisa.

Cabe destacar que os profissionais direta ou indiretamente envolvidos no atendimento ao paciente careciam de estratégia coletiva para validar suas ações. O problema então não era gerencial, como inicialmente deixavam transparecer. Havia ali a dificuldade de se estarem organizando coletivamente para os enfrentamentos comuns a qualquer atividade laborativa. Isso ganhou visibilidade logo nos primeiros encontros,

quando os trabalhadores davam mostras de pouco conhecer sobre a atividade do outro. E, quando conheciam, desconheciam nesse modo de fazer o que favorecia ou desfavorecia a continuidade de assistência ao usuário.

Só no desenrolar da pesquisa foi ganhando visibilidade o que a atividade tinha de potente apesar da precarização e dos fracassos. Mas como avaliamos isso e, principalmente como podemos afirmar isso?

Nos modos de gestão da atividade daqueles trabalhadores são convocadas suas próprias potências. Não se trata de repetir passivamente um prescrito, mas de buscar o que torna possível sua criação. E, nesse sentido, apesar da precarização do Setor de Emergência do Huap tornar a atividade impedida, interessa destacar que os impedimentos que estavam colocados para aqueles trabalhadores poderiam constranger, mas não impedir de todo esse dever, pois, contra os dispositivos de constrangimento da organização prescrita do trabalho, os trabalhadores podem criar (e por vezes criam) dispositivos que possibilitam fuga da repetição mecânica.

Apesar de todas as demandas presentes, os trabalhadores procuravam concluir a atividade iniciada como forma de garantir a assistência aos pacientes sob seus cuidados. Por exemplo, um paciente não pode receber o curativo aos poucos nem aquele que chega traumatizado pode esperar o tempo de a equipe estar disponível para tratá-lo. O tempo da doença do paciente não é o tempo que a equipe lhe pede para esperar o atendimento. Assim, apesar de aqueles trabalhadores vivenciarem esses diferentes ritmos de forma penosa, a própria situação de trabalho lhes impedia uma ritualística mecânica de mera execução. Embora a gestão dessas variabilidades fosse feita entre riscos, sofrimentos e adoecimentos, existia ali um debate de normas que favorecia o desenvolvimento da atividade e que apontava para uma dimensão coletiva frágil, porém potente. Ir dando visibilidade a essa potência foi, a nosso ver, o ponto alto desta pesquisa.

Em contrapartida, a grande demanda de trabalhadores licenciados e/ou adoecidos apontava para a dificuldade de gestão pessoal das variabilidades no trabalho. Assim, deslocar uma enfermeira para o Almojarifado não resolveu o problema, pois não se pode supor um setor que escape a essa dinâmica do meio. Portanto, se as pessoas não conseguem minimamente gerir seu trabalho, o setor acaba se tornando um depósito de pessoas adoecidas, como tão bem destacou aquela enfermeira, em que eles se atrapalhavam ao invés de se ajudarem. E isso apontava para a gestão coletiva, que ali refletia também o caos. Assim, apesar de potente, o agir daqueles trabalhadores sobre a

situação era assim bastante frágil em razão da pouca interlocução entre os plantões, comprometendo em muitos momentos a continuidade dos cuidados ao paciente.

Nesse sentido e conforme a abordagem da clínica da atividade seria interessante chamar atenção para os vários *impedimentos* identificados na atividade do setor de emergência do Huap, desde a falta de condições adequadas de trabalho até o número reduzido de profissionais para atender a uma demanda grande de usuários. Esses problemas limitavam a possibilidade de os profissionais garantirem a continuidade da assistência ao paciente, afetando tanto a saúde do trabalhador quanto a qualidade do trabalho, pois eles faziam, mas à custa do uso exacerbado de si.

Durante a pesquisa, a Emergência enfrentava difícil interface com outros setores do próprio hospital e com a Rede de Saúde, a fim de conseguir que os pacientes fossem remanejados para tratamento após os cuidados básicos recebidos no pronto-socorro. Nesse momento, os trabalhadores esbarravam na desestruturação desses setores que ainda não possuem um sistema de referência e excelência. Entendemos, assim, que a questão da gestão de leitos e vagas é um problema a ser solucionado ainda no hospital, e também na Rede de Saúde.

Cabe destacar que seria necessária a melhoria da rede básica do SUS para que o Setor de Emergência não fosse tão pressionado pelo aumento da demanda causado pela precariedade da rede, um dos problemas principais que afetavam a assistência e culminou no fechamento parcial da emergência.

Em contrapartida, seria insuficiente apontar a gestão externa e interna do hospital como causa principal dos problemas vivenciados na Emergência, pois a falta de fluxo não decorria apenas desses fatores. Para analisarmos as questões que se apresentaram naquele setor, foi necessário considerarmos mais a complexidade dos problemas, em vez de apostar numa causa principal, para avançar nos intrincados engendramentos daquela dinâmica laborativa.

Ao longo da pesquisa percebemos que as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores na emergência acabavam pesando como um fardo sobre algo que deveria ser plástico num pronto-socorro: o atendimento aos casos emergenciais.

Essa fragilidade se agravava em parte pela contratação temporária dos recursos humanos – 80% de efetivos possuía vinculação por prazo de dois anos – dificultando o engendramento do gênero naquele coletivo. Por outro lado, a rotatividade é característica que faz da Emergência um setor de trânsito. Os trabalhadores passam pela

emergência, nela permanecendo por período capaz de comprometer e/ou dificultar a produção e transmissão de saberes e vinculações efetivas.

Cabe destacar que, além da contratação temporária, um dos problemas enfrentados na pesquisa foi o fato de que a própria chefia da emergência que demandou a pesquisa saiu por não agüentar mais o tipo de gestão autoritária realizada no hospital, desmontando o esforço de construção coletiva em curso, o que nos deixa preocupados sobre o futuro daquele setor.

Assim temos um dispositivo coletivo que se estabelece e desenvolve de maneira empobrecida em face da fragilidade do gênero, levando os trabalhadores a atravessar a precarização daquele cotidiano no fio da navalha.

É fato que a falta de recursos e de condições laborativas colabora para bloquear e impedir a oxigenação e circulação da dimensão coletiva na atividade de trabalho. Mas, não obstante, mesmo que impedida, a atividade se encontra presente, movente e potente, dado que se anuncia em alguma possibilidade, como força forçando. Assim, os impedimentos, por mais variados que fossem e por mais que se revelassem em operação no Setor de Emergências, não impediam ao trabalhador dar provas de sua riqueza criativa frente à freqüência exacerbada da precariedade que produz limitações a suas ações. Como exemplos concretos de potência da atividade, o colar cervical de papelão e o desligar o botãozinho nos apontam formas coletiva e individual de gestão da atividade daqueles trabalhadores para se proteger e lutar contra os riscos do trabalho. Como exemplos de gestão pessoal da atividade poderíamos destacar ainda o não criar vínculos, mas sim relacionamentos, como forma de manter limite entre o profissional e o usuário. Não chamar o paciente pelo nome próprio, mas pelo número do leito, como freqüentemente presenciemos durante as nossas observações nos boxes. Ou então falar com o paciente num certo tipo de voz, como ocorreu com a assistente social na emergência pediátrica, falando com as crianças com voz de criança como possibilidade de estabelecer uma comunicação com o paciente. Ou então trocar de roupa e não ir para casa com a roupa do hospital, como destacaram alguns deles, como forma de estabelecer limites entre um espaço e outro. Ou não ficar dentro do hospital nos horários de intervalos indo lancha em outros locais fora do contexto hospitalar. Ou então desligar o *botãozinho* de algum caso de paciente grave, se ocupando de cursos e ginásticas fora do horário de trabalho. Podemos destacar, ainda, a estratégia de uma enfermeira que revelou procurar se comunicar com o paciente para tê-lo como aliado e

não como opressor. Ou seja, cada um a seu modo procura desenvolver estratégias que os preservem de uma realidade cotidiana difícil.

Como estratégia coletiva poderíamos destacar o desejo de alguns trabalhadores do Almojarifado em terminar as tarefas mais cedo para ficar trocando idéias em conversas externas ao hospital. Ou então, quando organizaram um espaço na Emergência para o momento do cafezinho, tentando se proteger coletivamente das dificuldades cotidianas do trabalho.

Outro aspecto positivo está na própria demanda para a pesquisa, que revela o movimento daqueles trabalhadores para se fortalecer em relação ao que já percebiam como inevitável: o desmonte do setor.

Reunir os trabalhadores numa sala e colocar em ação um dispositivo que acionasse debate entre eles foi muito positivo uma vez que esses debates podem servir para que eles busquem a melhoria de seu setor, de outros setores do hospital ou do próprio SUS, mediante organização coletiva.

A observação global da atividade dos profissionais e as reuniões com o grupo possibilitaram a constituição de hipóteses explicativas dos problemas em foco e que, a nosso ver, podem dar visibilidade a formas de planejamento para estudos futuros naquele sistema. Assim, estas considerações, longe de procurar apenas dar respostas, buscam ampliar as formas de se perguntar sobre aquele ofício. Por exemplo, a quem interessa essa experiência do trabalhador? Quais os meios de trabalhos concretos desse trabalhador? Qual a interface entre essas experiências singulares e coletivas de trabalho/saúde com a organização e com a comunidade em que se inserem? Num esforço de síntese, diríamos que as experiências desse trabalhador em sua atividade permitem o desenvolvimento de uma ação individual e coletiva de agir que o reequilibra. Mas não dá para inventar a roda todos os dias. É preciso, assim, não justificar a precarização das situações de trabalho, mas se indignar com ela, pois, se, por um lado, a atividade está inserida num meio dinâmico que varia e exige do trabalhador constante desenvolvimento de seu ofício, por outro, as transformações na economia e nos setores de produção afetam de forma significativa o trabalho humano, dificultando-o sobremaneira. O referencial teórico que utilizamos na pesquisa nos dá instrumentos procedimentais para tais observações. E para diferenciá-las sem as confundir.

Por esse motivo, em nossa concepção é interessante analisar a gestão pessoal e coletiva daqueles trabalhadores a partir da evidência de dois problemas. Primeiro: o hospital não vai sair da situação em que está no momento e seus setores precarizados

continuarão ainda nesse processo de funcionamento e sem condições adequadas de assistência.

Segundo: o trabalhador faz aquilo que a rotina dele o acostumou. Já está automatizado nesse processo, e questionar já não é tão fácil. Trazer as pessoas para essa discussão foi um desafio, principalmente a tentativa de deixar ali a idéia de que o trabalho pode (e deve) ser entendido de modos diferenciados como forma de produzir debates de normas.

Assim, continuando a explorar o principal objetivo de nossa pesquisa sobre a forma de aqueles trabalhadores gerirem o trabalho apesar das dificuldades, é importante tentarmos entender como funciona a dinâmica intersubjetiva deles a partir do trabalho coletivo. Como é para a enfermagem e para o serviço social? E como é a relação entre eles?

Sendo o trabalho o lócus do estabelecimento de relações em que as competências do trabalhador são postas à prova, podendo ser desenvolvidas ou impedidas intensamente através das múltiplas experiências que o contexto laboral proporciona, é impossível dissociar, nessa perspectiva, as suas emoções, cognições e ações. São processos concomitantes, e os tomamos articulados, como processos de subjetivação, nessa vivência cotidiana que coloca os trabalhadores diante de tarefas que necessitam de uma gestão pessoal e coletiva para sua realização. Assim, seja qual for o grau de complexidade da atividade, é o trabalhador que estará ali intermediando essa realização. Não está fora do processo.

O trabalho tanto da Enfermagem quanto do Serviço Social deve ser entendido no cotidiano da assistência. Nesse processo apreendemos que existe pouco tempo disponível para esses profissionais conversarem sobre seu trabalho devido ao acúmulo de tarefas e à característica específica da atividade de cuidado de cada categoria. E, nesse sentido, entendemos que a metodologia de futuras pesquisas sobre o trabalho desses profissionais deve levar em conta essa especificidade, já no seu desenho preliminar.

Apesar de Clot (2006) aconselhar que não se misture em dispositivo categorias diferentes para análise, nossa pesquisa contempla enfermeiros e assistentes sociais como população-alvo. Assim, não podemos deixar de destacar o impasse que nos assolou por não sabermos inicialmente como conduzir nossa análise do material empírico, dado os modos diferentes de funcionar de cada gênero. Mas a solução se descortinou quando percebemos que os modos de funcionar de cada categoria não eram prioridade em nossa

pesquisa e sim o funcionamento coletivo daqueles trabalhadores. Pois para funcionarem em equipe, esses gêneros têm de se comunicar. Foi a partir daí que o impasse se dissipou, uma vez que o importante ali era analisar a organização coletiva daqueles trabalhadores, muito menos do que observar os conflitos que advêm dos diferentes modos de funcionar dos gêneros⁷³.

A demanda exacerbada de serviços, a falta de materiais de trabalho e a forte redução de servidores tornavam a situação de trabalho bem complicada, dificultando não só a assistência ao paciente, mas principalmente as possibilidades de organização coletiva do corpo de trabalhadores daquele setor. Tudo isso aliado à estrutura precarizada daquele setor de emergências com espaço inadequado, equipamentos obsoletos, etc. De modo geral, esses trabalhadores colocaram que a dificuldade na resolutividade aos casos assistidos na emergência estava articulada à superlotação, que por sua vez estava relacionada ao tema das condições de trabalho dos profissionais e com a dificuldade de comunicação tanto com outros setores do hospital quanto com a rede. A sobrecarga dos profissionais culminava no motivo de afastamento mais comum por depressão, o que aumentava o déficit de pessoal no setor. Os profissionais acometidos desse sintoma ou se licenciavam, ou eram transferidos para outras atividades dentro do setor, como o caso da enfermeira que foi deslocada para trabalhar no Almoxarifado. Esses problemas estavam articulados entre si, e entendê-los era conhecer a organização como um todo – implicavam tanto aquela equipe quanto o hospital como um todo nas dificuldades de oferecer qualidade no atendimento a partir das condições de trabalho propostas aos trabalhadores.

Pois, se os problemas organizacionais aumentavam o tempo de permanência do paciente no setor, criavam impasses muito maiores na construção coletiva da rede de assistência, exigindo que cada um a sua maneira buscasse ultrapassar as contradições da organização do trabalho.

E era isso o que estava no centro da atividade de um e de outro: ainda que separados, e no entanto juntos, o que eles procuravam era fazer prevalecerem as obrigações do ofício. E é aí que reside o que Clot (2006, pp. 85-86) chama de função psicológica do trabalho: *“é também mediante esse gênero de arranjos anônimos em que se*

⁷³ Nos debates, quando essa questão se descortinava no modo de uma categoria se desimplicar atribuindo à outra a responsabilidade pela descontinuidade do processo à assistência, nós intervíamos, chamando a discussão novamente para o coletivo.

intercambia o sentido das atividades que a eficácia de uma equipe não para de ser demonstrada repetidamente.”. Ou seja, a ação do trabalhador não vem em linha direta, do objeto, mas das confrontações na estrutura das atividades, e essa experiência muda o uso do objeto, que passa então a reestruturar a atividade de outra forma. Assim, para o desenvolvimento do ofício, os trabalhadores necessitam estar sempre reinterpretando o processo da atividade a partir de suas inovações.

Voltando às questões do grupo sobre como garantir a continuidade dos cuidados, Clot (2006, p. 83) destaca que as técnicas que o trabalhador desenvolve, por exemplo, na trocas de turnos entre a equipe diurna e a noturna, traduzem “*a ação dos sujeitos sobre a organização dos gêneros e sobre as barreiras que os separam.*”.

Nesse sentido, o que verificamos é que o mesmo setor não é um lugar idêntico para os profissionais, nem o trabalho em turno tem o mesmo sentido para um e outro. Os próprios valores e os ideais profissionais que os estimulam não são comparáveis. Contudo, essas réplicas diferentes dirigidas à mesma atividade não podem ser compreendidas fora da própria situação de trabalho. E o que a situação trazia de questão era (entre tantos outros motivos já citados) a contratação de funcionários temporários que se constituíam numa espécie de híbrido categorial, afetando a construção de ações coletivas.

Foi a partir dela que buscamos entender qual a relação daquele trabalho com a saúde daqueles trabalhadores. Nossa pesquisa se volta, assim, para o campo da saúde no trabalho, principalmente pela ênfase diante do desemprego e das transformações políticas, econômicas e sociais na atualidade. A crescente degradação dos ambientes de trabalho em hospital abre possibilidades de estudo na área, razão pela qual a demanda dos trabalhadores da emergência do Huap emergiu como uma forma de luta e reivindicação da categoria. Este estudo tenta contribuir, portanto, para revitalizar a prática de organização dos trabalhadores e para revitalizar o campo dos conceitos pelo dispositivo aplicado da comunicada ampliada de pesquisa. A saúde posta em debate é ponto de partida para o trabalhador discutir as condições de trabalho, contribuindo para a organização da categoria e produzindo avanços no conhecimento. Chegar à discussão da precariedade do trabalho é mote para chamar as pessoas a participar do debate. O tema atrai o trabalhador para discutir possibilidades de superar as condições de trabalho, as alternativas coletivas e qualidade de vida no trabalho.

Outro aspecto importante a destacar neste estudo diz respeito ao tipo de movimento que a luta pela saúde no trabalho possibilita. O campo da saúde do

trabalhador, ao incorporar o trabalhador como co-participante do processo de conhecimento, possibilita empreender ações na perspectiva de alcançar mudanças no ambiente de trabalho, podendo representar, ainda, um meio dinamizador da participação de todos no cenário de decisão coletiva e renovação política de organização dos trabalhadores. Uma nova cultura pode estar presente no movimento pela saúde no trabalho.

Por esse motivo, pensamos esta pesquisa a partir de abordagens teóricas que se afastam das formas tradicionais existentes no campo da psicologia do trabalho, cujo foco de atenção, na maioria das vezes, é a doença, o biológico e o indivíduo afastado do seu contexto de trabalho e que reforça a possibilidade de acomodação às condições de trabalho que geram adoecimento, incapacidade e morte. Contrariamente, quando o foco de atenção é a saúde em sua acepção de conquista e de criação, percebe-se o potencial político do tema para gerar mobilização, participação e gradual, entretanto decisório, processo de mudança via renormatizações.

Este estudo aponta ainda para o caráter coletivo e emancipatório do trabalhador. A trajetória contada, portanto, não acaba aqui, continua no desafio de romper com as fronteiras do mundo do trabalho para ampliar o movimento que, muitas vezes, caminha silencioso nas várias formas de resistência pela vida laborativa.

O dispositivo da comunidade ampliada de pesquisa utilizado permitiu (a nosso ver) polifonia capaz de dar visibilidade aos problemas do Setor de Emergência. Entendemos esse diagnóstico como uma primeira tarefa necessária para que outros pesquisadores possam, apoiando-se nesta visão global aqui apresentada, expandi-la aos demais setores do hospital.

Por esse motivo, esta pesquisa não se constituiu simplesmente numa devolução do material coletado aos sujeitos-voluntários. Ou em mero procedimento de tradução, interpretando esses dados à luz do referencial teórico escolhido. Tivemos duplo intento ao buscar o referencial teórico que norteia este estudo: poder contribuir com o campo-sujeito investigado via apropriação crítica dos trabalhadores quanto a sua realidade à medida que a discutem, a problematizam e sobre ela refletem; poder contribuir com o campo dos saberes gerados nas atividades pelas forças de convocação e reconvocação, ao buscar implementar com aquele coletivo o dispositivo da comunidade ampliada de pesquisa.

Acreditamos, assim, ter seguido à risca o objetivo de nossa pesquisa na implementação de um dispositivo que mobilizasse o grupo a uma produção em parceria

com as pesquisadoras, seguindo os princípios das várias abordagens que valorizam a experiência dos trabalhadores. Essa sistemática se constituiu em dispositivo de mais escuta e participação do grupo, contribuindo com nossa ação. Foram cuidados essenciais para assegurar uma relação ética e de confiança entre o pesquisador e os participantes, possibilitando a análise das situações de trabalho daquele coletivo.

Em nossa perspectiva metodológica, a pesquisa se caracterizou num convite aos trabalhadores para analisar conosco o seu trabalho, podendo assim criticar nosso olhar sobre a atividade e propor outras possibilidades de análise. Pois, nesse movimento, os trabalhadores são, além de interlocutores, também co-autores desta pesquisa, nos ajudando na análise das situações de trabalho. Os convidamos a falar sobre o que os fez pensar seu trabalho. Com que análises eles concordavam e de quais discordavam em nosso relatório de validação. E como eles podiam fazer, embora não pudéssemos identificar por não ter a experiência deles.

O trabalho reflexivo ampliado sobre a ação em curso preconiza não mera observação ou coleta de dados. Os aspectos subjetivos do trabalho são compreendidos a partir de discussão em que as interpretações e os sentidos para os fatos apresentados não são construídos de fora pelos pesquisadores, mas são frutos do diálogo que já inclui o pesquisador. Assim, concentramos nossa reflexão no processo de trabalho a partir de uma perspectiva teórica que pressupõe o diálogo entre saberes de diferentes disciplinas e os saberes advindos da experiência do trabalhador. Portanto, as questões trazidas pelo grupo, bem como suas estratégias de ação, suas impossibilidades e angústias, foram sendo articuladas ao referencial teórico que norteia esta pesquisa. Para Schwartz (2000) não só os trabalhadores têm necessidade dos conhecimentos produzidos pelas diversas disciplinas para valorizar seus saberes específicos e transformar sua situação de trabalho, como essas mesmas disciplinas só se podem desenvolver a partir das questões trazidas pelo mundo do trabalho. Daí nosso interesse nesta pesquisa estar além da simples validação dos dados.

Cabe destacar, ainda, as questões de que queríamos dar conta nesta pesquisa, mas não conseguimos. E por que não conseguimos? Uma das maiores dificuldades de nossa pesquisa refere-se à duração de um mestrado, tempo insuficiente para analisar a riqueza da atividade observada. Outro fator que merece destaque é a dificuldades dos pesquisadores em ter acesso às fontes documentais sobre a Emergência, dando-nos a noção da invisibilidade daquele setor no corpo do hospital. E o quanto isso pode ser explorado em investigações futuras. Mas, como o tempo de um mestrado se impõe,

temos que concluir, deixando clara a necessidade de novos encaminhamentos do tema para avançar e ousar mais na investigação do que se encontra potencialmente presente naquela atividade humana através dos processos de renormatização e de ressingularização do trabalho em menor ou maior grau.

Assim, para finalizarmos torna-se importante destacarmos que questões poderiam ser enfrentadas por novas pesquisas, já que surgiram no transcorrer de nosso processo investigativo, mas, como não fossem prioridades em nossa pesquisa, não foram contempladas, apenas citadas. E o quanto tais questões poderiam se encaminhar para estudos futuros.

À época da pesquisa os trabalhadores se queixavam de que o hospital não reconhecia nem valorizava o trabalho da Emergência. Expressavam que seria muito bom que a pesquisa revelasse a necessidade de se valorizar o trabalho deles naquele setor. Bem, nossa pesquisa traz a visão da Emergência em relação aos demais setores e de como eles não se sentem contemplados pelo hospital. Mas, em razão do tempo limitado não nos propusemos a entrevistar os demais setores do hospital para entrecruzamento de visões distintas sobre o mesmo tema, o que também fugia a nossos propósitos. Não há, portanto, um debate de valores entre os setores do hospital, mas fatos analisados apenas pela perspectiva dos trabalhadores da Emergência. Esse primeiro passo, entendemos, merece outros estudos como forma de ampliar e dar continuidade a esses debates.

Outro ponto é o fechamento parcial da Emergência que atravessou o final de nossa pesquisa e não pôde ser analisado por nós, apesar de esse movimento ter descortinado outros cenários para aqueles trabalhadores, colocando-os diante de questões que apontavam para a forma de gestão coletiva da atividade e que tinham implicações diretas na resolutividade da equipe aos casos assistidos na emergência. Assim, seria interessante novos encaminhamentos para analisar como estão as construções coletivas com o fechamento parcial da Emergência. Nossa pesquisa não tinha esse objetivo e nem tempo hábil de verificar como esse coletivo se reorganizou frente às mudanças impostas pela decisão da direção em referenciar o setor. Mas esse movimento os colocava, em posição de se reorganizar coletivamente em razão dos novos atravessamentos na rotina do setor. Por exemplo, a tendência a ter leitos ocupados por pacientes transferidos de outras partes do hospital, *descaracterizando* o setor de emergências. A tendência a montar equipes flutuantes, a exemplo das recentes escalas das assistentes sociais, que não estavam exclusivamente lotadas naquele setor.

Suas atividades, a cargo de estagiárias, perdia força e fragilizava a categoria. Seria importante, então, que outros estudos pudessem evidenciar a complexidade desses problemas, questionando se essa equipe tem ou não estrutura para receber pacientes bastante comprometidos e referenciados. Pois se a Emergência caminha para se referenciar, então as exigências organizacionais se voltarão para uma equipe referenciada também. Cabem assim novas pesquisas para analisar se a permanência prolongada do paciente se modificou com o fechamento parcial da Emergência.

A dicotomia produzida por dois modos de funcionamento num hospital universitário (um voltado para a formação, e outro para a assistência) também merece mais estudos porque de alguma forma a questão sobre como funciona um pronto-socorro referenciado atravessou os limites de nossa pesquisa, mas não foi por nós analisado. A contradição entre ensino, pesquisa e assistência apenas foi apontada ao longo dos capítulos.

Em suma, tantas interrogações ao final da pesquisa não nos deixa outra impressão senão a de que não conseguimos avançar muito na compreensão de uma complexidade que produzia um quadro de fragmentações coletivas a olho nu. Diante de nós o desmonte estava se produzindo e, de alguma forma, intervindo naquele nosso movimento de colocar o dispositivo da comunidade ampliada de pesquisa em ação. Ajudamos aqueles trabalhadores? Não é possível sabermos. Ajudamos a nós? Creio que sim. De certa maneira não termos dado a esta pesquisa um colorido rosado já é em si tentativa de nos colocar no movimento de não entender essa investigação como pronta e acabada. Temos muito a avançar em nossos estudos.

Mas, numa tentativa de conclusão, manifestamos nosso desejo de que esta pesquisa possa, de alguma forma, auxiliar outras tantas que partirem do mesmo ponto de vista da atividade como operador de análise.

Esperamos, ainda, ter conseguido transmitir para o leitor a forma de esses trabalhadores gerirem suas experiências pessoais e coletivas de trabalho num contexto atravessado por movimentos tão complexos que culminaram no fechamento parcial do Setor de Emergências, e suas conseqüências naquele coletivo de trabalho, uma vez que as equipes se fragmentaram pela saída dos contratados, da troca de chefias e do afastamento dos pares. Sendo assim, o fim aqui representa o início de uma investigação, pois uma pesquisa nunca dará conta da diversidade que opera no meio laborativo. E não deveria ser diferente, pois esse é o motor para o desenvolvimento do conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHUE. Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino. *A reforma universitária e os hospitais universitários*, 2004. Disponível em: http://www.abrahue.org.br/pdf/palestra_amancio.pdf.

_____. A rede federal de hospitais universitários. In: *Documento enviado ao Ministro da Saúde*. Porto Alegre, 1995 (mimeografado).

ALVAREZ, D.; TELLES, A. L. Relações ergonomia-ergologia: uma discussão sobre prescrições e normas antecedentes. In: *Contribuições da RAPT sobre a abordagem ergológica – resumos*. Niterói: Núcleo de Estudos em Inovação, Conhecimento e Trabalho/ UFF, 2001, p.42.

ATHAYDE, M. R. C. *Gestão de coletivos de trabalho e modernidade: questões para a engenharia de produção*. Tese de doutorado em Engenharia de Produção, Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 1996.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo:HUCITEC, 1981.

BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. 7 ed., São Paulo: HUCITEC, 1995.

BRITO, J.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M.; BARROS, M. E. B. Trabalho na escola, subjetividade e saúde. In: *O Sujeito na Saúde Coletiva*. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. Meios e normas do homem no trabalho. In: *Proposições*, v. 12, n. 2-3 (35-36), jul./nov., 2001, p. 109-121.

CLOT, Y. Ivar Oddone: os instrumentos de ação. In: *Les Territoires du travail*, Catéis: Marseille, n.3, maio, 1999, p. 23-27.

_____. *A clínica da atividade: uma metodologia de intervenção no trabalho como atividade coletiva e dialógica*. Curso ministrado pelo professor Yves Clot, nos dias 17,18 e 19 de setembro de 2007, Universidade Federal Fluminense – UFF.

_____. *A função psicológica do trabalho*. Tradução de Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Y. & FAÏTA, D. Genre et style en analyse du travail. In: *Travailler*, n.º 4, 2000, p. 7- 42.

CLOT, Y; FAÏTA, D; FERNANDEZ, G. & SCHELLER, L. Entretiens en autoconfrontation croisé: um méthode em clinique de l'activité. In: *Education Permanente*, 146, 2001, p.17-27.

COPPEDE. *Diagnóstico Institucional do Hospital Universitário Antonio Pedro: Relatório*. Niterói: Coppede/UFF/Huap, 1991.

CRU, D. Saberes de prudência nas profissões da construção civil – Nova contribuição da psicologia do trabalho à análise da prevenção de acidentes na construção civil. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, vol.15 n. 59, jul/ago/set.1987, p. 30-34.

DANIELLOU, F., LAVILLE, A. ; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. In: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n. 68, vol. 17, out/nov/dez, 1989.

DANIELLOU, F. A Ergonomia em busca de seus princípios. In: *Debates epistemológicos*. São Paulo: Ed. Edgard Blücher, 2004.

DEJOURS, C. *O fator humano*. RJ: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata, H. *Sobre o modelo japonês. Automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho*. São Paulo: Edusp, 1993, p. 280-309.

_____. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. In: *Revista Produção*, v. 14, n. 3, set./dez. 2004, p. 27-34.

_____. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C. et al. In: *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. et al. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1990.

DELEUZE, G. Três problemas de grupo. In: ESCOBAR, Carlos Henrique (org.). *Psicanálise e Ciência da História*, Rio de Janeiro: Ed. Eldorado, 1974, p. 125-138.

FAITA, D. A análise do trabalho e o estatuto da atividade em Bakhtin. In: *Análise dialógica da atividade profissional*. Rio de Janeiro: Ed. Imprinta Express, 2005.

GAILLARD, I. Coopération. In: MONTMOLLIN, M. (ed.). *Vocabulaire de l'Ergonomie*, 1 ed., Toulouse:Octares, 1995, p. 97-98.

GONZÁLEZ, R. F. *Epistemología cualitativa y subjetividad*. São Paulo: Educ, 1997.

GUERIN, F., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURRAFOURG, J., KERGUELLEN, A. *Comprendre le travail pour le transformer: La pratique de l'ergonomie*. 1 ed., Mountrouge, Ed. De L'Anact, 1991.

LACOSTE, M. Communications. In: MONTMOLLIN, M. (Ed.) *vocabulaire de l'Ergonomie*, 1ª ed., Toulouse: Octares, 1995, p. 60-67.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEPLAT, J. *Regards sur l'Activité em Situation de Travail: Contribution à la Psychologie Ergonomique*. 1ª ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.

MONTEIRO, M. Hospital Universitário Antonio Pedro: um pouco de história. Documento comemorativo dos 30 anos do Huap. Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFF. Niterói, 1981. Mimeografado.

MONTMOLLIN, M. Situation de travail. In: MONTMOLLIN, M. (Ed.). *Vocabulaire de l'Ergonomie*, 1ª ed., Toulouse: Octares, 1995, p. 225-226.

MORGAN, G. Explorando a caverna de Platão: as organizações vistas como prisões psíquicas. In: *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

NAT/UFF. Núcleo de Assistência Técnica em Administração Hospitalar. *Diagnóstico Institucional do Hospital Universitário Antonio Pedro: Decreto-Lei 408/61*. Niterói, 1979, vol.1.

_____. *Núcleo de Assistência Técnica em Administração Hospitalar. Diagnóstico Institucional do Hospital Universitário Antonio Pedro: Deliberação 2.403, de 27/01/1964*. Niterói, NAT/UFF, 1979, vol.1.

_____. *Núcleo de Assistência Técnica em Administração Hospitalar. Diagnóstico Institucional do Hospital Universitário Antonio Pedro: Relatório*. Niterói, NAT/UFF, 1979, vol. 1.

NOUROUDINE, A. A linguagem: dispositivo revelador da complexidade do trabalho. In: SOUZA-E-SILVA, M. C. & FAÏTA, D. (orgs.). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 17-30.

ODDONE, I. et. al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, R. M. R. *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho – LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRST/ES*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

REGIMENTO Interno do Huap. In: *Manuais do Serviço Social*. Niterói, UFF, 1951,1968 e 1984.

SCHWARTZ, Y. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: F. Daniellou (Dir.). *L'ergonomie em quête de ses principes. Débats épistémologiques*. Toulouse: Octarès Éditions, 1996, p. 141-182.

_____. *Disciplina Epistêmica Ergológica – Paidéia e Politéia. Pro-Posições*, vol. 13, n. 1 (37), Campinas, jan/abr, 2002, p.126-149.

_____. *Reconnaissances du travail – Pour un approche ergologique*. Paris: PUF, 1997.

_____. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. In: *Trabalho & Educação*. n. 7, Belo Horizonte, jul/dez, 2000, p. 38-46.

_____. *Experience et connaissance du travail*, 1 ed. Paris: Messidor/Éditions Sociales,1988.

SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (orgs.). *Trabalho & ergologia – conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff Editora, 2007.

SOUZA, L. R. *O problema hospitalar no Brasil, novas soluções*. Rio de Janeiro: FBH/Cebrae, 1976.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia – ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: *Labirintos do trabalho – Interrogações e olhares sobre o trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A, cap. 3, 2004, p. 63-90.

VIGOTSKY, L. *Pensamento e linguagem*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WISNER, A. *Por dentro do trabalho. Ergonomia: método & técnica*. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

_____. A inteligência no trabalho. In: *Textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro, 1994.

VIDAL, M. C. R. A interdisciplinaridade da Ergonomia. In: *Ação Ergonômica*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, 2001, p. 4-8.