



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPGCoI

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

GABRIELA FABIAN NESPOLO

**InquietAÇÕES do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização
de quem cuida**

PORTO ALEGRE

2017

GABRIELA FABIAN NESPOLO

**InquietAÇÕES do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização
de quem cuida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Nespolo, Gabriela Fabian

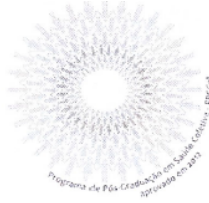
InquietAÇÕES do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização de quem cuida / Gabriela Fabian Nespolo. -- 2017.

76 f.

Orientador: Emerson Elias Merhy.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Estudos do Trabalho. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Biomedicalização. 4. Tenda do Conto. 5. Saúde Coletiva. I. Merhy, Emerson Elias, orient. II. Título.



GABRIELA FABIAN NESPOLO

“Inquietações do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicação de quem cuida”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 07 de agosto de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy - Orientador
Presidente - PPGCo/UFRGS

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla - Examinador
Membro - PPGCo/UFRGS

Prof. Dr. Ricardo Brug Ceccim - Examinador
Membro - PPGEDU/UFRGS

Profa. Dra. Dagmar Elaine Kaiser - Examinadora
Membro convidado – DAOP - Eenf/UFRGS

Dedico esta escrita às trabalhadoras e aos trabalhadores da saúde que, nas suas lutas diárias, são puro amor nos encontros cuidadores.

Agradecimentos

À Nelsa, minha mãe, exemplo de lutadora assídua por um mundo melhor.

Ao Claudir, meu pai, por lutar pelos direitos dos trabalhadores em todos os dias de sua vida.

Ao Tiago, meu irmão, trabalhador da saúde, que compartilha as suas e as minhas alegrias e angústias do cotidiano do trabalho na saúde.

Ao Mateus, meu companheiro, ouvinte, conselheiro e fonte de amor.

Ao Emerson, mestre orientador, que, através de sugestões e construções, desde o início me apontou as melhores direções, me fazendo crescer ideologicamente junto à pesquisa. Pelo exemplo de professor comprometido com a realidade e com a construção de um Brasil melhor, que se faz resistência mesmo com o desmonte que diariamente vem sendo realizado pelo atual governo.

Às professoras Cris e Êrica, pelo incentivo em seguir estudando através do mestrado, oportunizando outras visões e pesquisas na saúde.

Aos professores Alcindo e Ricardo, pelo quanto da dedicação de vocês junto à construção de uma sociedade mais justa e inclusiva fez parte da minha caminhada neste mestrado e andaré junto a mim durante a vida.

À professora Dagmar, que contribuiu no delinear da pesquisa e que bem conhece as lutas da enfermagem.

Às colegas, técnicas em enfermagem do Grupo Hospitalar Conceição, que apoiaram e incentivaram esse estudo, pois sabem o quanto temos a construir no cotidiano do trabalho em saúde e o quanto se faz urgente ampliar o olhar para o trabalhador da saúde.

Aos amigos e familiares que incentivaram, compreenderam as ausências e compartilham a alegria desta construção.

A todos, muito obrigada.

O Corpo, a Culpa, o Espaço

(O Teatro Mágico)

Que corpo é esse que já não se aguenta?

Que **resiste** ao limiar

Que desaba sobre si

Músculos e ossos

Poros e narinas

Olhos e joelhos

Seios, costas, cataratas

Suas torres de vigia

Que corpo é esse?

Que **pulsa, escuta,**

Expulsa, abraça

Comporta, contém

O corpo ocupa!

O corpo não é culpa

O corpo, a culpa, o espaço

Que corpo é esse?

Que corpo é esse?

Que **protege, reage**

Que é **origem e passagem**

Que corpo é esse que já não se aguenta?

Que se esgota

E não se resgata

Aqui

Por enquanto

É tudo ainda!

Resumo

O cuidado ao trabalhador da saúde tende a ser realizado no cotidiano, nos encontros, na transformação do sofrimento em potência, entretanto, o afastamento do trabalho e a biomedicalização apresentam-se como alternativas uma vez que o sofrimento, ao invés de ser potencializado para produzir novos sentidos do viver, passa a ser transformado em adoecimento. Esse enlace é perpassado por essa pesquisa, que objetivou compreender como os trabalhadores da enfermagem constroem cuidados de si, mapear as intervenções dos modos de cuidar de si e compreender de que forma o trabalhador lida com os afetos provocados no cotidiano da saúde. Procedeu-se a uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo, que seguiu os pressupostos metodológicos da exploração da multiplicidade de fontes, na qual quatro técnicas em enfermagem de um grande hospital do sul do Brasil participaram de um dispositivo denominado Tenda do Conto. Foi oportunizando que elas contassem suas “afecções” no encontro com o mundo, dialogando com os acontecimentos no cotidiano do trabalho e da vida, o que permitiu que a pesquisadora dialogasse com a micropolítica, com os contos de cada trabalhadora/pesquisadora e narrasse a sua Tenda. Os resultados surgiram através das aproximações nas contações e trouxeram algumas reflexões a respeito dos contrastes do trabalho em saúde e dos detalhes do processo relacional no plano do cuidado, onde cuidar de si esteve presente no cotidiano através de: autorreconhecimento, “engenhar” no ambiente de trabalho, cooperação intraequipe e prática de atividades fora do ambiente de trabalho. Os resultados também aludem que as trabalhadoras cuidam de si através dos encontros, na micropolítica, na cooperação, no reconhecimento do outro, no autogoverno e na resignificação do sofrimento. Para lidar com os afetos provocados produzem vínculos e realizam novas construções. Observou-se que os Serviços de Saúde do Trabalhador poderiam melhor contribuir para a saúde dos trabalhadores, caso a lógica de organização desses serviços fosse pautada por processos que tomam isso como central. Espera-se com essa pesquisa ter contribuído para uma nova visão do que seja o cuidado de si no cotidiano do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Estudos do Trabalho. Saúde do Trabalhador. Biomedicalização. Tenda do Conto. Saúde Coletiva.

Abstract

The care by the health worker tends to be carried out in daily life, in meetings, in the transformation of suffering in potency. However, the distance from work and biomedicalization are presented as alternatives once suffering, instead to be potentiated to produce new senses of living, is transformed in sickness. This situation is permeated by this search, which aimed to understand how nursing workers build care of themselves, map the interventions of the ways of caring for themselves and understand how the worker deals with the affects caused in the daily health. A qualitative search of descriptive character was carried out, which followed the methodological assumptions of the exploration of the multiplicity of sources, in which four nursing techniques from a large hospital in the south of Brazil participated in a device called Tent of the Tale. It was opportune that they tell their “affections” in the encounter with the world, dialoguing with the events in the daily work and life, this allowed the researcher to dialogue with the micropolitics, with the stories of each worker/researcher and to narrate their Tent. The results came from the approximations in the reports and brought some reflections about the contrasts of health work and the details of the relational process in the care plan, where caring for oneself was present in the daily life through: self knowledge, “to “engineer” in work environment, cooperation between the team and activities outside of the work environment. The results also mention that women workers take care of themselves through meetings, micropolitics, cooperation, recognition of the other, self-government and the resignification of suffering. To deal with the affects caused they producing links and realize new constructions. It was observed that the Workers' Health Services could better contribute to workers' health, if the logic of organizing these services was based on processes that take this as central. It is hoped that this research would have contributed to a new vision of what is the care of oneself in the daily work of health.

Keywords: Work Studies. Worker's Health. Biomedication. Tent of the Tale. Collective Health.

Sumário

1	Inquietações Iniciais	10
2	Objetivos	19
2.1	Objetivo geral	19
2.2	Objetivos específicos	19
3	Contexto Teórico	20
3.1	Potencialidades e paradoxos do trabalho vivo em ato	20
3.2	Psicodinâmica do processo de trabalho em saúde (um tanto adoentado)	22
3.3	Práticas alternativas no cuidado de quem cuida	24
4	Metodologia	27
4.1	Tipo de estudo	27
4.2	Campo de estudo/População	28
4.3	Coleta de dados	29
4.4	Análise de dados	30
4.5	Aspectos éticos	31
5	Outros Tantos Desafios (Um parêntese determinante nesta construção)	32
5.1	A mudança em mim	32
5.2	Navegando por campos expressivos	34
6	Contação em Saúde: Explorando resultados e discussões	37
6.1	Contrastes do trabalho em saúde	37
6.2	Detalhes do processo relacional no plano do cuidado	50
7	Considerações Finais: Fechando para possibilitar novas aberturas	62
	Referências	64
	Apêndice A – Informações de Vida e Trabalho	69
	Apêndice B – Guia da Tenda do Conto	70
	Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro	73
	Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição	76

1 Inquietações Iniciais

Às 16h de hoje, domingo, escuto a campainha chamar. Ando em direção ao quarto pensando qual o motivo do chamado. Ao entrar observo a esposa desesperada, vou até o leito e ao identificar a parada cardiorrespiratória corro para o corredor e grito: PARADA! Retorno ao leito e inicio as compressões cardíacas, ao entorno observo a esposa sair do quarto e a equipe entrar com os equipamentos de reanimação do paciente. Revezos, então, com outros colegas, as compressões cardíacas (elas demandam empenho e força). Sigo com os outros cuidados ao paciente. Ouço: - Precisa puncionar uma veia. Imediatamente, com os materiais em mãos, procuro uma veia. Meus olhos nada mais focam, a não ser uma veia túrgica, uma única veia e assim teremos mais chances, mais possibilidades. Senti a veia! Meu coração alegra-se com isso, tento puncioná-la uma vez (sem sucesso), sigo na busca de outra veia, encontro! Tento puncionar novamente (sem sucesso). Na próxima tentativa outro colega conseguiria. 30 minutos após incansáveis manobras de reanimação, sem sucesso, o paciente foi à óbito. Encerro meu plantão às 19h, vou para casa, encontro minha família, mas não consigo pensar em outra coisa, se não no óbito do paciente, no desespero da esposa e na veia que eu não consegui puncionar¹.

O que me inquieta? A motivação desta pesquisa surge em virtude das sensações, ansiedades, angústias e afetos produzidos no local onde eu passava as tardes de minha vida, quando – há um ano – ainda atuava como técnica em enfermagem. Aprendo, trabalho, troco, contribuo, cartografo, (re)conhecia-me como técnica em enfermagem há seis anos em uma unidade de internação de neurologia², de um Grupo Hospitalar de Porto Alegre/RS, que é referência para o atendimento em saúde de grande parte da população do estado do Rio Grande do Sul. Em 2013 iniciou-se o trabalho da equipe de neurologia junto à Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC), conforme Portaria n° 665 do Ministério da Saúde de 12 de abril de 2012.

O AVC, popularmente conhecido como derrame, é a primeira causa de morte e incapacidade no País. A cada ano a doença cerebrovascular atinge 16 milhões de pessoas ao redor do mundo, dessas, seis milhões morrem. O AVC decorre da insuficiência no fluxo sanguíneo em uma determinada área do cérebro, por esse motivo é comum um paciente que sofreu um AVC apresentar sequelas. As mais frequentes são

¹ Fragmento extraído das vivências no cotidiano de trabalho da autora (2015).

² Mesmo compondo essa equipe durante seis anos e possuindo um forte vínculo, desde 2013 vinha aguardando a nomeação para assumir como enfermeira no hospital. Em 2016 fui nomeada e precisei trocar de unidade hospitalar, onde sigo trabalhando como enfermeira pediatra. Novas sensações, novas descobertas, novos desafios. Hoje, embora faça um ano que saí da unidade de neurologia, todo o dia penso neles, na forma agradável e unida de realizarmos a jornada de trabalho diário e de como é maravilhoso fazer o que se gosta.

dificuldades na fala e paralisação de parte do corpo (BRASIL, 2012a). Por gerar essas incapacidades torna-se bastante importante a reabilitação. Conforme Hesbeen (2003), a reabilitação é a ciência e a arte da gestão de obstáculos potencialmente geradores de desvantagens, tendo como finalidade analisar, prevenir e ajudar a ultrapassar os obstáculos, de forma que a recuperação do paciente aconteça da melhor forma, auxiliando no reestabelecimento de sua vida e saúde. Nesse processo envolve-se diretamente, com atenção e empenho, a equipe de saúde.

Todos os dias eu cartografo na unidade onde trabalho, cartografo no trajeto de ida e volta para o hospital, cartografo o dia inteiro. A cartografia³ é o resultado do que o cartógrafo faz e o corpo afetado se expressa cartograficamente, dá língua aos afetos (ROLNIK, 2014). O cartógrafo vai deparando-se com as afecções do mundo e, assim, vai desenvolvendo modos de sentir, já que não existe um modelo ou padrão de resposta, ou seja, somos inventores de sentimentos e não repetidores de comportamentos predefinidos. O cartógrafo de fato não existe como um a priori, mas o sujeito (que pensa) sim. Nós temos somente a ideia do que acontece no corpo, a ideia das afecções do corpo e é somente pelas ideias como expressões dos afetos, não como um antes, que conhecemos o próprio corpo e o corpo dos outros, ou o próprio espírito e o espírito dos outros. Deleuze (2002) diz, a respeito disso, que existem conexões entre as afecções do corpo e as ideias do espírito, onde ideias correspondem a afecções.

Por possuir uma rotina preestabelecida, eu alimento certa ilusão de que saberei como reagir frente aos novos desafios, entretanto, não é assim que acontece. Durante as (novas) ações ocorrerão (novas) afecções e isso produzirá (novas) sensações em mim, gerará nova cartografia. E, como um devir, precisarei encontrar alguma forma de lidar com os sentimentos e guiar as ações, haja vista que tenderá a interferir no modo como realizarei o encontro com um outro, que encontro, no campo da produção do cuidado. Tanto para Spinoza quanto para Deleuze, o afeto é uma variação contínua de instantes quaisquer, a(in)cidentes de nossa força de existir, de nossa potência de agir (MACHADO, 2009). Já, a afecção é o estado de quem sofre uma ação de afeto ou a ação de um outro corpo sobre o seu, sendo sempre uma mistura (RODRIGUES; CORREA, 2014). Cruz (2015) denomina essa forma de lidar com a mistura de sentimentos como guias. E, esses guias fazem parte da caixa de ferramentas para sentintes.

³ Cartografia, diferente de mapa (representação estática), como uma constante transformação, desconstruindo certos mundos e formando outros (ROLNIK, 2014). O corpo cartógrafo que vai modificando-se na medida em que vai deparando-se com encontros, afecções e intensidades.

12h20, perdi o ônibus que utilizo para ir até o local do trabalho. Pego o celular e ligo para o setor do hospital para avisar que me atrasarei. Meu coração acelera, olho incansavelmente na direção por onde deverá vir o próximo ônibus.

Ao entrar no ônibus procuro um assento vazio. Reconheço a moça sentada na janela, é a familiar da Dona Vilma, paciente de 93 anos que permaneceu alguns meses no hospital e havia recebido alta hospitalar há certo tempo.

Sento e permaneço em silêncio, percebo que ela me cuida com o canto do olho, talvez tentando lembrar de onde me conhece. -Oi enfermeira, acho que foi você quem cuidou da minha avó. Ela teve outro AVC e faleceu faz 20 dias, ainda estamos tristes, mas ela falava muito e muito bem de vocês.

Desci do ônibus com um pouco de pressa ainda, mas aquele trajeto até o hospital foi diferente, eu sentia muita tranquilidade e paz⁴.

A produção do conhecimento como uma experimentação cotidiana e corporal alimentam a caixa de ferramentas para sentintes de cada pessoa. Essa caixa de ferramentas para sentintes é uma ferramenta metodológica que possibilita percorrer as sensações, vivências e os desconfortos no cotidiano. São ferramentas que desterritorializam o conhecer epistêmico, que ampliam o conhecimento do corpo, esse corpo que sente, esse corpo sentinte (CRUZ, 2015), pois é sentindo que se percorre o caminho e vivencia-se o processo de trabalho no que é a relação com o outro.

O processo de trabalho em saúde percorre os profissionais que fazem parte da equipe. Na unidade do AVC as ações são realizadas junto à equipe multiprofissional, composta em cada turno por enfermeira, técnicos e auxiliares em enfermagem, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e médicos neurologistas. Peduzzi (2001), ao estudar equipes de saúde multiprofissionais, formula o conceito de “equipe integração”, a qual possui: comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferentes técnicas entre trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos realizados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica interdependente. O trabalho realizado em conjunto com a equipe onde eu trabalhava abrangia essas características capazes de fazer um atendimento mais articulado, construindo um trabalho coletivo, com horizonte ético, no qual a troca entre os diferentes saberes tendem a auxiliar a uma recuperação de forma integral para os pacientes.

Ainda, essa autora, ao formular uma segunda modalidade de equipe, “equipe agregação”, onde os trabalhadores simplesmente agregam-se, com justaposição das

⁴ Fragmento extraído das vivências no cotidiano de trabalho da autora (2015).

ações, enfatiza que ambas as modalidades (integração/agregação) se misturam nas equipes que atuam no cotidiano dos serviços. E, de certa forma, tendem a enfrentar hierarquias rígidas, trabalho excessivamente prescritivo, reduzida autonomia para o cuidado, conhecimento profissional como protagonista na cena do encontro entre trabalhadores da saúde e usuários. A respeito do cotidiano e das condições em que se realiza o trabalho, Pitta (2003) diz que interfere diretamente nas relações entre a equipe e o sofrimento no trabalho. Na unidade do AVC, apesar de o trabalho ser realizado junto a uma equipe multiprofissional/integração/agregação, apresentava-se como significativa a constatação da alta prevalência de profissionais da enfermagem em uso de terapia medicamentosa e acompanhamento psiquiátrico para o tratamento de depressão e de ansiedade.

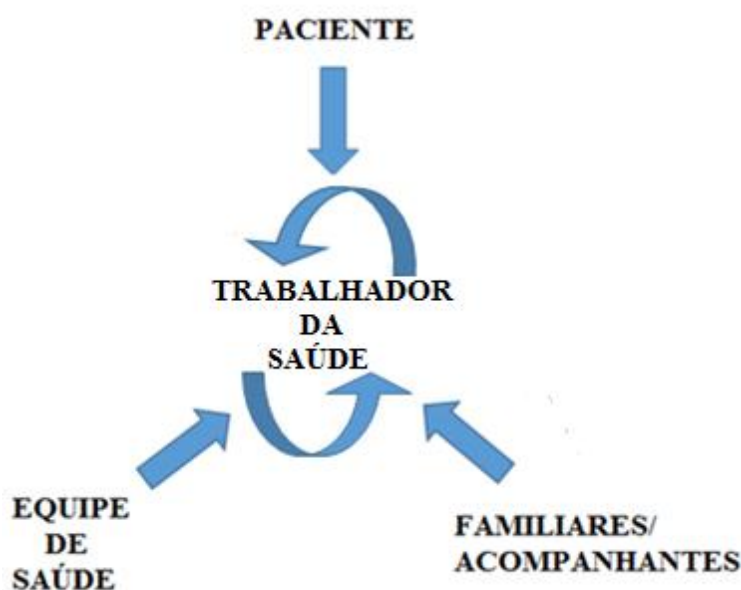
Somente no turno da tarde, na unidade de neurologia, 60% da equipe de enfermagem fazia uso de medicações psicotrópicas⁵ e foi isso que impulsionou o desejo dessa pesquisa, além da intenção de produzir vida nova em mim. Na minha prática de trabalho como técnica em enfermagem administrava minhas tarefas diárias em conjunto com meus colegas e essa foi uma das razões pela qual decidi focar a pesquisa no trabalho da equipe de enfermagem que integrava. Entretanto, vale destacar que, embora existam características próprias de cada profissão, alguns aspectos da saúde do trabalhador são partilhados por toda equipe, como o sofrimento psíquico que o trabalho intra-hospitalar pode causar ao trabalhador (MARTINS, 2003).

Bandeira (2004) traz alguns elementos que auxiliam a reflexão e a justificativa em focar a pesquisa na enfermagem: a equipe de enfermagem tende a prestar um trabalho assistencial mais exaustivo, havendo maior nível de tensão, angústia e ansiedade, tornando-se, por vezes, um trabalho fatigante, com longas jornadas de trabalho, cobranças da instituição hospitalar, além das autoexigências, o que, frequentemente, faz com que os trabalhadores necessitem de alguns dias de ausência ao trabalho por problemas de saúde ou certa trégua para a sobrecarga no trabalho. Nessa mesma perspectiva, Borgonovo (2001) apresenta alguns desafios e problemas enfrentados no cotidiano do trabalho intra-hospitalar, quando há más condições de trabalho, convivência contínua com o sofrimento psíquico e físico dos pacientes, excessiva demanda de cuidado e dificuldades encontradas no relacionamento interpessoal. A enfermagem percebe-se condicionada a um ambiente estruturado para privilegiar a doença, tendo como característica principal a medicação.

⁵ Informações coletadas no cotidiano de trabalho da autora (Equipe de neurologia, turno tarde, outubro/2015).

A partir dos estudos de Bandeira (2004) e Borgonovo (2001), somado às experiências diárias do trabalho da enfermagem, torna-se possível esquematizar as possibilidades dos afetos potenciais disparadores que tendem a ser gerados no encontro dos três agentes do processo direto do cuidado de saúde: paciente, familiares/acompanhantes e equipe de saúde e que atravessam as ações do trabalhador da saúde, que serve como um primeiro mapa para aproximar das nossas questões nesse estudo (Esquema 1):

Esquema 1- Possibilidades dos afetos potenciais disparadores do cuidado em saúde com foco no trabalhador da saúde



Fonte: elaborado pela autora (2016).

Os afetos potenciais disparadores tendem a surgir durante o processo de trabalho e influenciam a maneira do trabalhador da saúde realizar o cuidado, além de influenciar o apoio de familiares/acompanhantes frente a esse processo. Contudo, as afecções que surgem na interação entre os agentes implicados não são possíveis de certo esquadramento, pois gerariam o desprezo da experiência dos afetos que cada um vive quando encontra o outro. O esquadramento levaria as experimentações a certa tipologia, condição de uma caixinha de respostas padrão fechadas e isso não acontece na vida real vivida por cada um no cotidiano do trabalho. A experiência do encontro é intensiva, única, mesmo quando se procura enquadrá-la sob algo que não se encaixa.

A relação entre as pessoas não é unidirecional, é intercessora, todo encontro é uma micropolítica⁶ (MERHY, 2007), pois se produz a partir do agir cotidiano coletivo de cada um, onde em seu lugar específico operam o processo de trabalho de acordo com seus processos singulares, que refletem na significação da produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2007). O corpo não é uma entidade biológica cerebral fechada com respostas padronizadas, é uma máquina sensível a construir relações de afecções entre si nos encontros e dar sentido próprio para isso. Por isso, há trabalhadores de saúde que, diante do mesmo acontecimento, agem de modo distinto: uns energizam e outros não, pois não conseguem, em certas situações, experimentar o oposto e recolher novas aprendizagens com seu processo de trabalho. Além do que, no campo da saúde, existe a presença de forças políticas hegemônicas estruturadas, que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes, possibilitando a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais (MERHY, 1999), que interfere no processo de cuidar de si e cuidar do outro.

Apesar da dinâmica constante do processo de trabalho em saúde em geral, a enfermagem ainda apresenta algumas peculiaridades em relação às outras categorias profissionais, 84,6% dos profissionais de enfermagem do Rio Grande do Sul são mulheres (COFEN, 2015). No setor em que trabalhava como técnica em enfermagem, 100% da equipe de enfermagem é composta por mulheres, muitas que possuem a dupla jornada de trabalho (hospital/serviço doméstico) e, por vezes, a dupla jornada de trabalho (hospital I/hospital II) além do serviço doméstico em seus lares, os filhos e a dependência que as famílias encontram nas mães e mulheres.

Mesmo com todos esses constitutivos que sobrecarregam as atividades no local de trabalho e na rotina diária, eu observava, no dia a dia, as pessoas que constituíam a equipe em que eu trabalhava sorrindo, compartilhando a angústia da doença e transmitindo energias para uma melhor recuperação dos pacientes. Percebia o envolvimento no cuidado do outro se deslocando de si mesmo e perguntava-me: como pode ser possível a trabalhadora de saúde desenvolver afetos tão calorosos em um ambiente frio e mecânico como o hospitalar? E, como trabalhar com o misto de afetos que é gerado ao cuidar do outro? É possível sublimar as angústias na tentativa de transparecer uma fortaleza no cuidado do outro? Será que é no cotidiano, no interior da equipe que acontece o cuidar de si? É possível transformar o sofrimento em potência?

⁶ Micropolítica como produção da subjetividade. O que vem de dentro, processo molecular de produção de territórios existenciais, fundamentais na fabricação do mundo e nas afecções (ROLNIK, 2014) (FEUERWERKER, 2014).

Bandeira (2004) sugere que as emoções do trabalhador da saúde são negadas, resultando em possíveis situações de sofrimento ao não verbalizar o que sente, de forma que o sofrimento parece ser sempre despotencializador. No mesmo sentido, Becker (2004) destaca a dificuldade dos profissionais de enfermagem de olharem para si mesmos, posicionarem-se como indivíduos com certa fragilidade que também precisam de cuidados, no preceito de que o cuidado ao paciente, de certa forma, não fuja do modelo tradicional de saúde - atenção intra-hospitalar - onde o paciente necessita ser paciente e é deslocado de agente ativo para agente passivo de seu próprio processo de saúde-doença.

Segundo Franco e Merhy (2013), o modelo de cuidar em saúde predominante, centrado no emprego de alta tecnologia (tecnologia dura e leve-dura especializada), é generalizado tanto pelos trabalhadores da saúde quanto pelos pacientes, e deveria ser invertido, pois as intervenções, trocas e cuidados realizados pela equipe de saúde partem de duas dimensões do fazer: o conhecimento e a subjetividade. O primeiro, adquirido na formação acadêmica e prática, o segundo, adquirido a partir da visão particular que cada pessoa tem sobre o mundo do cuidado. Por essa razão, surge a necessidade de um cuidar mais condizente com a realidade de cada paciente, invertendo a lógica do cuidado centrado em saúde/equipamentos de alta tecnologia para o cuidado em saúde/tecnologias relacionais (tecnologias leves).

Merhy (2007), ainda, afirma que o trabalho em saúde é centrado na micropolítica do trabalho vivo em ato, não podendo ser capturado pela lógica do trabalho morto (equipamentos e saber tecnológico/trabalho alienado), pois ele surge principalmente nas tecnologias relacionais, nos processos intercessores, nos encontros entre singularidades que portam graus significativos de liberdade ao dar seu sentido no como fazer a produção do cuidado. O ato do trabalho em saúde se dá na existência do trabalho vivo, sendo construído pela ação dos atores em cena, utilizando-se do autogoverno de cada parte envolvida no cuidado, como um espaço aberto de reinvenção do agir em saúde, na intensividade do encontro e das relações de poder.

A reinvenção do agir em saúde depende dos atores do cuidado em saúde, entre eles, o trabalhador da saúde que, de certa forma, pode (re)inventar seu processo de trabalho e encontrar maneiras de cuidar de si ao cuidar do outro. Cuidar de si é cuidar de um corpo que sente, vive, comunica-se, relaciona-se, sendo fonte de expressividade, comunicação e historicidade (MERLEAU-PONTY, 2006). O cuidar de si ocorre no momento do envolvimento na ação de cuidar e relacionar-se com o outro, valorizando o

encontro entre as pessoas e acontecendo a representação material: um corpo de desejos e relações investindo no mundo.

Esse (mundo) corpo sensível, que sofre, chora, desejando e desejado, sexuado e erotizado, é também um corpo em si mesmo, um mundo de desejos. Sensível porque é pelos sentidos que o mundo existe em si e para si, são com os olhos e o olhar, o ouvido e o escutar, a pele e o sentir que o corpo existe, e não pelo pensamento apartado dos sentidos em si, como uma a priori da existência. É necessário o corpo se imundizar⁷ dos mundos em multiplicidades que o real acolhe, além de criar mundos que se expressam por gestos, falas, proporcionando novas possibilidades de ver e dizer (visibilidades e dizibilidades) (DELEUZE; GUATTARI, 1995), novas construções, autorreconhecendo-se no encontro com o outro.

Cristophe Dejours, que vem desenvolvendo trabalhos sobre as relações entre saúde e trabalho, aponta uma tendência dos trabalhadores de criar estratégias, amenizando o conflito entre a organização do trabalho (fonte de sofrimento) e o funcionamento psíquico. Dejours apresenta as condições de mobilização no trabalho a partir de um tipo de inteligência criativa e astuciosa (DEJOURS, 1997), essa inteligência cria mecanismos para lidar com os desafios diários, já que os trabalhadores da saúde possuem certa dificuldade de olharem para si mesmos, de cuidarem de si. Nesse sentido surge o título desta pesquisa, nas inquietAÇÕES geradas no dia a dia do trabalho em saúde, onde diferentes pessoas/profissionais criam diferentes mecanismos desde a (re)invenção diária do processo de trabalho até a biomedicalização⁸ (IRIART; MERHY, 2017) do viver, com a utilização de medicamentos como tentativa de minimizar o sofrimento.

Merhy (2009), em *Clínica do Corpo sem Órgãos*, caracteriza a biomedicalização do viver como força capitalística ao trazer ideias e reflexões a respeito do fenômeno da medicalização⁹ da vida em sociedade, onde o outro é objeto da prática do cuidado passível inteiramente da manipulação do cuidador sobrecodificado no campo da biomedicina. Ou seja, as pessoas não têm o direito de estarem melancólicas, tristes ou introspectivas frente aos desafios da vida. O prescritor considera isto como depressão,

⁷ Imundizar como perspectiva (de trabalhadores in-mundo) adotada por Abrahão *et al.* (2013), onde o corpo mistura-se, se afeta, deixando-se contaminar com tal processo, sujando-se de mundo, provocando e recolhendo a reflexão sobre o cuidado, sendo atravessado e inundado pelos encontros.

⁸ Biomedicalização para compreender a radicalização do processo de medicalização, como forma de medicalizar a vida, com regulação, vigilância e transformação de indivíduos e populações (IRIART; MERHY, 2017).

⁹ Medicalização a partir da utilização de medicações, associado ao sofrimento, doença, tratamento e reabilitação (IRIART; MERHY, 2017).

medicalizando todo tipo de sofrimento, mesmo que o sofrimento seja constitutivo de qualquer viver e que seja necessário para produzirmos a nós mesmos. Dessa forma, apresenta-se como necessário pensar a partir de outra biopolítica, desprivatizando o controle do corpo do outro.

Justifica-se a elaboração deste trabalho pelo aprofundamento do estudo na saúde do trabalhador da saúde, em específico o de enfermagem comprometido com o cuidado no serviço de saúde, que executa o trabalho, de certa forma, adoentado. Ceccim *et al.* (2014) afirmam que a investigação não busca somente a produção de conhecimento, mas a produção de modos de pensar e que devemos nos questionar sobre o que buscamos com a nossa pesquisa e que mundo criamos com a pesquisa que realizamos. Para direcionar este estudo foi formulada a seguinte questão norteadora: Como o trabalhador de enfermagem, com um corpo (portador de uma história) que cuida do outro e que produz ações subjetivas e individuais, constrói cuidados de si ao cuidar do outro? Cuidar de si quer dizer o que mesmo para esse trabalhador?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Compreender, através das inquietAÇÕES do trabalho em saúde, como os trabalhadores de enfermagem constroem cuidados de si.

2.2 Objetivos específicos

- Mapear algumas das invenções dos modos de cuidar de si na prática do autogoverno.
- Compreender de que forma o trabalhador de enfermagem lida com os afetos provocados no cuidado em saúde, no contexto hospitalar.

3 Contexto Teórico

Para aprofundar e compreender um pouco mais a pretensão desta pesquisa, procurei inserir algumas perspectivas na construção do pensamento sobre a relação entre o trabalho e o sofrimento, onde posicionei meus estranhamentos, desconfortos, minhas certezas e dúvidas em relação ao meu processo de trabalho, na constituição do campo de investigação: modos do governo de si e dos outros na contextualização do trabalho na área da saúde. Perspectivas que constantemente intersectam-se uma através da outra, não delimitando exatamente uma primeira, segunda e terceira, mas representando um pouco do tudo que me inquieta enquanto pesquisadora/trabalhadora.

Busquei um referencial teórico que transitasse por diferentes abordagens: em um primeiro momento que resgatasse o trabalho em saúde em ato, através da micropolítica, com potencialidades e paradoxos a partir de pensadores singulares, que exercitam o diálogo transdisciplinar em saúde (FRANCO; MERHY, 2013). Em um segundo momento surgiu a necessidade de trazer elementos que atravessam a psicodinâmica do trabalho e a clínica da atividade, um trabalho por vezes adoentado, onde a opção mais rápida tende a ser a medicalização (DEJOURS, 1992; 1994; 1997; 1999; CLOT, 2011; MERHY, 2007; NEGRI, 2003). No terceiro momento procurei resgatar as possibilidades de práticas alternativas que possuem como objetivo o cuidar de quem cuida (FOUCAULT, 2006; MERHY, 2009; VIETTA, 2015).

3.1 Potencialidades e paradoxos do trabalho vivo em ato

O trabalho em saúde realiza-se no trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2008), evidenciando que o componente estratégico nesse processo é o trabalhador e as suas competências para produção na saúde. Pode-se considerar, nesse sentido, o trabalho em saúde como enigmático e complexo, pois a produção em saúde não existe em si mesma, necessita que o trabalhador assuma o papel de protagonista junto ao paciente, a partir de processos relacionais que partem das experiências e do modo de cada um realizar seu trabalho vivo em ato para a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2008).

O trabalho em saúde é caracterizado pela intenção de produzir cuidados juntamente ao paciente e possui tecnologias de intervenção. Merhy (2007) destaca a dimensão micropolítica do trabalho em saúde como micropolítica do trabalho vivo em

ato na saúde, além da importância da construção dos processos relacionais entre o mundo tecnológico e das necessidades dos usuários, colocando em evidência as tecnologias leves, baseadas nas relações de troca de saberes, encontros de subjetividades, sem que isso necessariamente signifique liberdade, felicidade e realização. As tecnologias de saúde são classificadas por Merhy (2007) como tecnologia leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves se inscrevem centralmente nos processos relacionais, produção de vínculo, acolhimento, gestão do processo de trabalho, território do trabalho vivo da micropolítica dos afetos (SOUZA, 2007). Tecnologias leve-duras: o conhecimento, relacionado ao modo de agir de cada trabalhador da saúde, introduzido por saberes tecnológicos estruturados. E, tecnologias duras: vinculadas a normas e organizações, aparatos tecnológicos, equipamentos e máquinas.

As tecnologias leves estão diretamente relacionadas aos modos de construção dos vínculos formados com o paciente. Segundo Santos *et al.* (2006), o vínculo do serviço de saúde com os pacientes amplia a eficácia das ações e favorece a participação do paciente durante o cuidado, de forma que o momento do cuidado tem o potencial de ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto trabalhadores quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que ambos sejam reconhecidos na condição de sujeitos que desejam, falam e precisam ser cuidados/cativados.

Nessa perspectiva, compreender o mundo do trabalho em saúde e as tecnologias envolvidas na produção do cuidado desafiam a maneira de pensar a produção de conhecimento em saúde. A micropolítica apresenta novas possibilidades de compreensão sobre o processo de transversalidades no interior das instituições de ensino e dos serviços de saúde e na reflexão dos modos de educar/formar e trabalhar/cuidar em saúde. E, assim, demonstrando necessárias novas formas de pensar o trabalho em saúde, novas maneiras de produzir conhecimento, localizando novos atores, novos papéis, novas referências (MERHY, 2007).

A necessidade de novas práticas e formas de pensar o trabalho em saúde incitou o surgimento de duas políticas pelo Ministério da Saúde: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) e a Política Nacional de Humanização da Saúde/HumanizaSUS (BRASIL, 2004). Ambas as políticas vêm funcionando como importantes dispositivos para formação dos trabalhadores da saúde. O conceito de Educação Permanente em Saúde parte do princípio de que somente uma aprendizagem significativa seria capaz de promover a participação e protagonismo de trabalhadores em processos de mudanças das práticas de trabalho, funcionando como dispositivo de aproximação entre o cotidiano dos profissionais de saúde e necessidades

de saúde da população e refletindo coletivamente as práticas de saúde como potencial educativo para sua (re)organização.

A Educação Permanente no Serviço de Saúde é uma estratégia que surge com o objetivo de fortalecer a reflexão compartilhada da ação, o trabalho em equipe, potencializando a capacidade de gestão no processo de trabalho, auxiliando na transformação das práticas institucionalizadas nos serviços de saúde (BRASIL, 2009). A Política Nacional de Humanização surgiu em um sentido semelhante, definida como ação prioritária da agenda de compromissos da gestão do Ministério da Saúde no momento de sua implementação, foi articulada em três eixos: direito à saúde, acesso com vínculo, trabalho criativo e valorizado e produção e disseminação do conhecimento (BRASIL, 2004). Ambas políticas transversais que surgem com a perspectiva de melhorar o acesso, a qualidade dos serviços prestados no SUS e os processos de trabalho e saúde-doença.

(Re)pensar o processo de trabalho na área da saúde aponta (re)pensar a formação do trabalhador, os quais não são incentivados a pensar neles mesmos enquanto cuidadores e pessoas que necessitam de cuidados, na ideia de cuidar de si cuidando do outro, e não de uma vítima de outros. Essa reflexão tende a potencializar o surgimento de políticas integrantes de ações de atenção à saúde do trabalhador (SILVA; COSTA, 2008). Ambas as políticas, que vem sendo implementadas na última década, convergem no sentido de aproximar o processo do trabalho em saúde ao trabalhador da saúde e ao exercício do diálogo transdisciplinar em saúde.

3.2 Psicodinâmica do processo de trabalho em saúde (um tanto adoentado)

O processo do trabalho em saúde requer relações entre saúde, trabalho e vida. Nesse sentido, Christophe Dejours, médico francês, com formação psicossomática e psicanálise, aborda a psicodinâmica do trabalho (DEJOURS 1992; 1994; 1997; 1999). Não apenas o trabalho em seu negativo, como psicopatologia do desemprego ou modernização capitalista, mas, sobretudo, as possibilidades do trabalho como estruturante psíquico, seja encaminhando o sofrimento em direção do prazer ou da saúde, interessado na restauração da integridade e dignidade do homem no papel de produtor.

Para Dejours (1992), os trabalhadores não são passivos em relação às exigências e às pressões organizacionais e conseguem criar mecanismos para defesa dos efeitos a curto e longo prazo à saúde mental: os trabalhadores sofrem, mas, mesmo de forma

muito limitada, exercem sua liberdade para construir sistemas defensivos/coletivos. Em 1994, Dejours destacou que o encontro entre o trabalhador (identidade) e o trabalho (modus operandi) altera as subjetividades inseridas neste processo, onde ambos sofrem alterações, isso já era considerado por Marx, onde a práxis expõe a relação homem/mundo do trabalho em um processo de mútua produção (DEJOURS, 1994).

Assim como Marx, Taylor reconhecia a fábrica como um lugar de intensa dominação, onde deveria ser permanentemente pensada, pois ao contrário disso, os trabalhadores, com seu trabalho vivo em ato, teriam possibilidades de construir outras formas de produção (MERHY, 2007). Nessa mesma perspectiva, Merhy segue o pensamento a respeito dos trabalhadores onde, durante o trabalho vivo em ato, tendem a buscar formas de utilizar sua autonomia e criatividade, pois, caso contrário, tenderiam à desmotivação e ao desinteresse frente ao trabalho. Ou seja, cada trabalhador tem ideias, valores e concepções sobre o trabalho em saúde e como ele deveria ser realizado. E, de certa forma, os trabalhadores usam seus pequenos espaços de autonomia no processo de trabalho para agir de acordo com seus valores/interesses (FEUERWERKER, 2005).

Dejours (1997), após participação em um seminário sobre o modelo japonês, na perspectiva de autonomia e criação do trabalhador, saindo da incipiência sobre as relações entre subjetividade e trabalho, traz ideias a respeito da inteligência da prática, uma certa mobilização no trabalho, uma dimensão desconhecida até então, que ele denominou de inteligência criativa, astuciosa e corporal. Segundo ele, a inteligência criativa seria responsável por criar mecanismos para lidar com o sofrimento gerado no ambiente de trabalho.

A inteligência criativa, como mecanismo de criação, espraia-se sob outras perspectivas e Dejours (1999) amplia sua defesa a respeito da ideia da banalização da injustiça no sistema neoliberal, que se sustenta menos na violência que na colaboração agregada pela maioria dos trabalhadores às formas de organização do trabalho, e ainda explicita uma segunda dimensão desconhecida sobre o trabalhador, a sabedoria prática. Apresenta, ainda, três dimensões essenciais: engenhosidade, cooperação e mobilização subjetiva. Dejours recebe críticas de Clot, pois, para Clot, o processo de trabalho e subjetividade deve estar em constante análise, não sendo vistos apenas como trabalho psíquico, mas como atividade concreta (CLOT, 2011). Ainda que Foucault (1982) já defendesse que a subjetividade tem a ver com o tempo e se expressa no corpo, pois ela é a expressão do que em nós, em nosso núcleo de subjetividade, se relaciona com as coisas, com o mundo e esse elo acontece em um corpo e dele não se desvincula. De fato,

o corpo não apenas orgânico, mas o corpo construído pelas relações com as coisas que encontra em sua existência.

Nessa perspectiva, Merhy (2013) propõe um paralelo entre autogoverno dos trabalhadores e oferta de Dejours em seu texto chamado a organização não existe, a organização existe. Merhy explora a construção coletiva de uma certa inteligência de conceitos-ferramentas, onde cada um mobiliza linhas de forças variadas, com agires micropolíticos e macropolíticos para si e para o outro, em uma certa tensão entre molecularidades e molaridades. Esses agires tem o potencial de produzir novos mundos, novas organizações que se constroem no dia-a-dia: no encontro no corredor, no cafezinho, no intervalo, conversas informais que geram ruídos, que alimentam o processo de trabalho e que, de certa forma, suprem demandas do trabalhador.

Essa tensão interna no território do trabalho vivo se mostra intrínseca ao mundo da gestão no campo da política e da organização, apresentando-se como um campo fértil para criação de estratégias de ação da educação permanente e um local de concretização de formação ao trabalhador, de modo que ele seja protagonista de sua própria vida. Tornar-se protagonista é estar presente na origem dos próprios atos, na origem de si mesmo como sujeito-multidão, onde ser multidão é estar em movimento (NEGRI, 2003).

E, uma multidão de singularidades produz no trabalhador da saúde diferentes formas de lidar com os afetos do cotidiano; seja pela inteligência criativa de Dejours, através da inteligência de conceitos-ferramentas e ruídos do cotidiano de Merhy, ou através da medicalização, que proporciona uma forma imediata de suprir demandas do trabalhador da saúde, que não encontrou outras formas de conforto e tornou o sofrimento em um adoecimento.

3.3 Práticas alternativas no cuidado de quem cuida

Toda pessoa absorve e administra uma caixa de ferramentas de saberes. Essa caixa de ferramentas é composta e acumulada a partir das experiências do viver, pelos afetos e pelos sentimentos gerados em suas experiências, bem como nos encontros que acontecem com outras pessoas e que são constituídas pelos saberes que produz a partir disso, para si. (Re)conhecer a caixa de ferramentas de cada trabalhador da saúde é caminhar por um terreno de desafios e de ansiedades, que surge nas (im)possibilidades do cotidiano das práticas de saúde.

Essa caixa de ferramentas é importante na produção do cuidado em ato na saúde, e mesmo que o trabalhador da saúde espere que seu trabalho seja sempre repetitivo, é necessário que seja resolutivo. No entanto, em várias situações, na busca de ser resolutivo quanto aos problemas de saúde, o trabalhador inventa, sai da rotina e, inclusive, amplia a própria caixa de ferramentas com as novas experimentações realizadas (MERHY, 2009).

A produção do cuidado para o trabalhador seria como uma rotina estabelecida, onde ele se desloca para o ambiente do trabalho organizado para desenvolver as mesmas tarefas do cotidiano, seguir os mesmos protocolos e, inclusive, encontrar pessoas semelhantes ao dia anterior. Entretanto, o momento dedicado ao cuidar do outro tem em si muitos mistérios, o vínculo que acontece no trabalho em ato é rico de processo relacional, onde se estabelecem acordos, pactos e, também, confiança. Mas, e quando surgem outros imprevistos? Ou, ainda, quando surge algo que não está na rotina? Bem, quando surgem imprevistos poderá emergir um novo corpo sem órgãos (MERHY, 2009) pronto para a construção de outras formas do saber e do agir, somado aos saberes que formam as ferramentas utilizadas nas ações em saúde.

Ao contrário disso, mesmo vivendo situações cotidianas e que se repetem, há trabalhadores que não conseguem experimentar o oposto e nem absorver novos aprendizados, fazendo com que o ambiente de trabalho torne-se um local de sofrimento, ou pior, de adoecimento tanto individual quanto coletivo. E, como fazer para lidar com isso? Quais alternativas o trabalhador da saúde possui? Como agir diante do sofrimento no ambiente de trabalho? Faz-se, como primeira alternativa de minimizar o sofrimento, a utilização de medicamentos ao biomedicalizar esse processo? Existe espaço para ouvir, problematizar as angústias e ansiedades dos trabalhadores da saúde?

Essas problematizações nos remetem à perspectiva de cuidar de si. Platão, segundo Foucault (2006), expressou, entre outros exemplos negativos do que seja cuidado de si, a forma de cuidado praticado pela medicina, que se ocupa do corpo como aquilo de que a pessoa se serve e não como aquilo que representa o sujeito. Apresenta-se, além disso, o paradoxo de um preceito do cuidado de si que, para a sociedade em geral, mais significa egoísmo ou volta sobre si e que talvez soe como uma espécie de desafio, uma vontade de ruptura moral. Ou, então, soe aos nossos ouvidos como a expressão um pouco melancólica e triste de uma volta do indivíduo sobre si, incapaz de sustentar, perante seus olhos, entre suas mãos, por ele próprio e que, nada mais então teria, senão ocupar-se consigo.

Por outra perspectiva, cuidar de si parte do conhecimento de si. Segundo Foucault (2006), quando resgata o termo cuidar de si (epiméleia heautoû), diz que existe parentesco entre as palavras epiméleia com meléte, que quer dizer exercício e meditação. E, talvez, seja nesse sentido e através de outras práticas que o trabalhador da saúde também encontre cuidados de si. Cuidados de si que vão produzindo mais existência, na existência.

Existem, nesse sentido, estudos (VIETTA, 2015) que abordam a bioquímica das emoções, ou seja, afetações e pensamentos que alteram os sistemas biofísicos: tensões musculares, alimentação saudável, correção postural que influenciam na dimensão emocional das pessoas. Perceber que existe o corpo, mas existe muita energia, pois na física o corpo é feito de partícula (matéria) que é onda (energia que vibra), que percebe o mundo e, com a caixa de sentintes a partir da caixa de ferramentas, influencia em si, ao seu redor, no cuidado do outro e no cuidado de si.

4 Metodologia

O chegar não é mais valioso que a andança¹⁰.

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que seguiu os pressupostos metodológicos da exploração da multiplicidade de fontes. Nessa perspectiva, a partir das leituras que realizei sobre cartografia, senti-me cativada pela produção da narrativa em ato desamarrada (ROLNIK, 2014), onde o desafio é dar condições de visibilidade e dizibilidade do que passa individualmente na produção da saúde, de cuidado e de vida nos encontros cuidadores. Para isso, o devir pesquisador deve estar aberto para atravessar e ser atravessado pelo processo de pesquisar e de cuidar (FERIGATO; CARVALHO, 2011), frente aos acontecimentos e afecções que se estabelecem na produção da vida, dos afetos e das práticas (DELEUZE; GUATTARI, 1995), inclusive, para o lugar negativo que se produz.

A abordagem qualitativa foi escolhida, pois trabalha com um conjunto de características humanas (aspirações, valores, crenças, atitudes) o qual é parte da realidade social, uma vez que o universo da produção humana ocorre num mundo de relações, representações e intencionalidades que dificilmente poderia ser traduzido por indicadores quantitativos (MINAYO, 2008). Trata-se de uma criação singular de sentidos para a realidade vivida e experienciada (ROLNIK, 2014), através da iniciativa dialógica no mundo do trabalho.

A proposta da narrativa em ato desamarrada não segue um roteiro, ela pressupõe a abertura para a inventividade e criação, onde os envolvidos podem utilizar diferentes recursos para poderem falar de suas afecções no encontro com o mundo, dialogando com os acontecimentos no cotidiano do trabalho e da vida (ROLNIK, 2014). No campo de pesquisa ela pode ser construída a partir de dispositivos de produção na narratividade do sujeito da pesquisa, para além do que já se faz, sem invalidar, com entrevistas e grupos focais, e isso tem uma importância chave nesse estudo, por considerar o trabalhador um pesquisador de si e não só um objeto de um pesquisador de fora e neutro. Assim, explorar a narratividade que o próprio trabalhador faz de si no trabalho e do seu sofrimento é fundamental nesse estudo. Aqui, no caso, foi lançada mão de estratégias como a Tenda do Conto, mais adiante explicitada, com esse fim.

¹⁰ Trecho do curtametragem Caminhando com Tim tim, 2016.

4.2 Campo de Estudo/População

O estudo foi desenvolvido com técnicas em enfermagem da unidade de neurologia adulta de um hospital pertencente a um Grupo Hospitalar em Porto Alegre/Rio Grande do Sul. Esta instituição é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerada a maior rede pública de hospitais do sul do país, composta pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmeina (HF), Hospital da Criança Conceição (HCC) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010).

A pesquisa qualitativa, diferentemente da pesquisa quantitativa, permite que a amostra de participantes seja escolhida com a intenção de dar luz às questões em estudo e de aumentar a amplitude dos dados, desvendando, assim, as realidades múltiplas sobre o fenômeno em estudo. Por essa razão, a seleção dos participantes foi por escolha intencional, pretendendo-se que tenha sido representativa de experiências emocionais dos contextos micro e macro que surgiram na pesquisa (MORSE, 1994). A cada uma das seis trabalhadoras escolhidas foi enviado um convite para participarem da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: não consentirem em participar do estudo, ausência de estabelecimento de vínculo com a equipe de trabalho, estarem a menos de um ano trabalhando na unidade e ausência e/ou indisponibilidade no período da coleta de dados.

Dentre os seis convites realizados, uma foi excluída, pois estava em licença maternidade e outra fazia parte da equipe a menos de um ano. Aceitaram participar da Tenda do Conto quatro técnicas em enfermagem, todas do sexo feminino, trabalhadoras do turno da tarde, com vínculo empregatício a mais de quatro anos na atual instituição, pertencentes, inclusive, à mesma equipe. Três delas já haviam trabalhado em outra instituição hospitalar e duas já haviam apresentado afastamento do trabalho por questões psicológicas e uso de medicação psicotrópica. Cabe enfatizar que as trabalhadoras, ao serem convidadas para participar da pesquisa, foram convidadas a pesquisar a si mesmas também.

Franco e Merhy (2007), nesse contexto, enfatizam que as pesquisas do processo de trabalho buscam revelar, nas relações que se constituem nesse território, o atravessamento de subjetividades, o diferente, a produção de fluxos de cuidado e não cuidado, o inesperado e a tradução do saber-fazer no mundo que produz cuidado nos diferentes cenários. E, os trabalhadores da saúde são fundamentais nesse processo, pois

eles poderão revelar o mundo de sua produção, a potência das relações e dos encontros, expressando suas vivências no mundo do trabalho.

4.3 Coleta de dados

O encontro é precioso, é necessário¹¹.

A fase de coleta de dados aconteceu no mês de dezembro de 2016 e foram utilizadas fontes primárias e fontes secundárias. Na fase da coleta em fontes secundárias, foi utilizado o Apêndice A (Informações de vida e trabalho), cujos dados permitiram traçar um perfil da trabalhadora de saúde participante da Tenda do Conto a partir de situações do cotidiano vivenciadas junto à pesquisadora no mundo do trabalho. Com a utilização desses dados pretendeu-se compreender questões da vida da trabalhadora da saúde sob alguns constitutivos, apresentando-se possíveis inquietações do trabalho em saúde.

Na fase da coleta em fontes primárias, foi produzido um contexto para que a trabalhadora falasse de si no mundo do trabalho. Por isso, foi utilizado o dispositivo da Tenda do Conto. Justifica-se esse dispositivo de coleta de dados, pois, a Tenda do Conto, além de facilitar a narrativa do outro sobre si, é um momento de entrega ao desafio de revisitar momentos, situações, imagens e palavras que vão somando-se à missão de puxar fios da memória e acontecimentos que contribuíram, de certa forma, para o processo de trabalho e de vida (GADELHA; FREITAS, 2010).

Nesse sentido, Valla (2006) afirma que as diferentes formas de sentir e perceber o mundo - ferramentas da caixa de sentintes (CRUZ, 2015) - são reconstruídas a partir das vivências registradas na memória, as quais nos sinalizam que é por meio da interação com os outros que o sujeito consegue expressar as emoções e os sentimentos. Para potencializar esses momentos foi utilizado, na Tenda do Conto, o método da caixa de afecções, da função radar e da oficina de contação de histórias, conforme Apêndice B (Guia da Tenda do Conto). A caixa de afecções foi utilizada com o propósito de ser um dispositivo para apoiar a construção dessa pesquisa. Nela constam todas as coisas que tenham significado para o mundo do trabalho e da vida e ela vem acompanhada de três proposições (EPS EM MOVIMENTO, 2014).

Rolnik (2014) ainda apresenta a função radar que se dá através do olho vibrátil, diferente do olho retina. O olho vibrátil capta as vibrações, os movimentos, as

¹¹ Trecho do curta-metragem Caminhando com Tim Tim, 2016.

potencialidades de novas produções. E, é esse olho vibrátil que é capaz de identificar situações do cuidado em ato que nos afetam e que produzem mecanismos de visibilidade e dizibilidade, construindo, assim, o mundo do trabalho com vivências, trocas, experiências e encontros (EPS EM MOVIMENTO, 2014). A função radar inseriu-se na Tenda do Conto resgatando encontros e desencontros no cotidiano da trabalhadora da enfermagem.

A dinâmica da Tenda do Conto foi elaborada na sede do Sindicato dos Metalúrgicos de Porto Alegre¹², próximo ao hospital, local calmo, tranquilo, previamente combinado com as participantes. Inicialmente foi lida e explicada a proposta às participantes, e, ao aceitar participar da pesquisa, foi possibilitada uma oficina de contação de histórias individual, onde a trabalhadora foi convidada a partilhar suas afecções, enquanto trabalhadora no mundo do trabalho, explorando a contadora de histórias de si. Inclusive com a possibilidade de trazer objetos que pudessem representar afecções vivenciadas. Posteriormente foram lançadas as três proposições. A contação, que durou em torno de 30 minutos cada uma, foi gravada e transcrita na íntegra, garantindo anonimato e sigilo às trabalhadoras/pesquisadoras, onde cada participante teve sua identidade substituída por nomes de flores: Margarida, Orquídea, Rosa e Violeta, especificado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

4.4 Análise de dados

Para análise das informações, inicialmente foram transcritas as narrativas construídas do mundo do trabalho na Tenda do Conto, desde o falado até o subentendido e sentido pela narradora e pela pesquisadora principal desse estudo, visto que os relatos tendem a mobilizar afetos e memórias afetivas. Nessa elaboração possibilitou-se uma visão geral do conjunto a partir de impressões prévias e orientações de falas. Após essa etapa foi realizada a exploração do material, onde naveguei pelos momentos de aproximações, produzidos pelas participantes da pesquisa, na tentativa de responder as questões norteadoras deste estudo. Por ser trabalhadora e narradora também tenho minha Tenda produzida e por isso eu experiencio lugares semelhantes ao das trabalhadoras/pesquisadoras convidadas.

¹² A Tenda do Conto não foi elaborada dentro do hospital, na tentativa de não vincular a pesquisa com o processo de trabalho, mas sim com a vida de cada trabalhadora em si, de forma que se apresentasse uma nova perspectiva do cotidiano do mundo do trabalho.

A produção de fonte primária tendeu a interseccionar dados reunidos através da fonte secundária (Apêndice A - Informações de vida e trabalho), cruzando diferentes formas de produzir informações, tornando-se possíveis algumas revelações das vivências semelhantes uma das outras, o que gerou certa categorização. Contudo, cabe ressaltar, que não busquei detalhes do processo de cuidado em saúde, mas tentei entrar no mundo dos detalhes da produção da vida no ambiente de trabalho, relações de sentidos, interesses, afecções produzidas no cuidado em ato e na perspectiva de entender a porosidade na produção dos encontros, abrindo, de certa forma, espaço para o imprevisível, o inusitado (FEUERWERKER, 2014).

4.5 Aspectos éticos

O estudo seguiu as Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, que regula as pesquisas com seres humanos no Brasil, a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, obtendo aprovação conforme parecer nº 31906 e, posteriormente a Plataforma Brasil, obtendo autorização para sua execução, mediante protocolo nº 61012616.8.0000.5699. O parecer de aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé é de nº 1.811.713, conforme anexo A, e o parecer de aprovação do Comitê de Ética do Hospital Nossa Senhora da Conceição é de nº 16270, conforme anexo B.

As participantes da pesquisa foram convidadas a participarem da pesquisa e, ao aceitarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice C, assegurando a participação voluntária, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a preservação do anonimato e a confidencialidade das informações. Os arquivos das gravações permanecerão guardados junto à pesquisadora por cinco anos e após serão destruídos (BRASIL, 2012b). Cabe enfatizar que as participantes correram riscos ao participar dessa pesquisa, possibilitado possíveis desconfortos ao recordar e relatar situações vividas.

5 Outros Tantos Desafios (Um parêntese determinante nesta construção)

“O critério de avaliação do cartógrafo é o grau de intimidade que cada um se permite, finito ilimitado que o desejo imprime na condição humana desejante e seus medos” (ROLNIK, 2014, p.67).

5.1 A mudança em mim

Após três anos da conclusão da graduação, trabalhando como técnica em enfermagem, fui convocada para trabalhar como enfermeira. Mas não era só isso [...] Agora meu trabalho seria com crianças de todas as idades. No primeiro mês tudo era novidade, até procedimentos que já desempenhava com adultos eram diferentes, como uma simples injeção. Mas o que mais me machucava era ver os pequenos doentes, tão doentes que às vezes até respirar espontaneamente era difícil. Certa sexta-feira, eu já estava assumindo uma unidade acompanhada por quatro técnicos em enfermagem, eram 20 crianças, com idades que variavam de seis meses a três anos. Às 7h30, de manhã ainda, duas crianças estavam instáveis, na primeira passagem da médica que estava de plantão, vários exames foram solicitados para ambas as crianças. Soro instalado, sonda para alimentação e para eliminação, veias puncionadas, estavam ambas mais estáveis e assim foi até o final do plantão. Após longa conversa com pais/mães/acompanhantes eu saí do hospital com a sensação de que havia me tornado uma enfermeira pediatra. Ao retornar ao hospital, na segunda-feira, soube que uma das crianças não havia resistido, e partiu meu coração. A imagem daquela criança se fazia presente em meus pensamentos, também se fazia presente tudo que ela não viveu e por algumas noites seguintes ela participava dos meus sonhos. Talvez o tão esperado trabalho como enfermeira andaria junto com outras muitas responsabilidades [...] E outras inquietudes e incertezas singulares começariam a tornarem-se plurais em mim.¹³

Coincidentemente, a fase de coleta de dados Tenda do Conto e contação de histórias inicia-se no momento em que deixo de fazer parte da equipe pesquisada como técnica em enfermagem e deixo de participar do cotidiano da equipe de neurologia adulta. Desde que iniciei o trabalho na enfermagem trabalhei no mesmo local, vendo as mesmas pessoas e seguindo a mesma rotina, agora passaria a ser tudo diferente. Nos primeiros dias trabalhando do outro lado do hospital¹⁴, ainda me pegava entrando pelo mesmo local que entrara nos últimos seis anos. Não estava confortável com tal mudança, talvez com um sentimento de arrependimento e não era mais tão feliz ao ir trabalhar, porque não encontraria o meu local de conforto.

¹³ Fragmento extraído das vivências no cotidiano de trabalho da autora (2016).

¹⁴ Como fui convocada para trabalhar no Hospital Pediátrico dessa mesma instituição, o prédio de trabalho era praticamente o mesmo, mas a entrada era pela rua de trás.

Chorei todos os dias nas primeiras duas semanas, em todas as voltas para casa e ao deitar na cama pensava: Como eu podia ter esperado tanto tempo para alcançar um objetivo e agora ser tão difícil? Logo entendi que eu somente havia saído da minha zona de conforto, era necessário aprender, apreender, crescer, pois todos os dias haviam novos desafios e algumas dificuldades. Hoje, passados alguns meses, tenho essa compreensão, mas não escondo a saudade que sinto da antiga equipe da qual fazia parte.

Ao ser convocada para trabalhar nessa instituição, durante o primeiro ano, a enfermeira é “folguista”, uma espécie de substituta (apesar de eu achar que a melhor denominação seria “plantonista”, pois encontro sempre os mesmos colegas nos plantões aos finais de semana), ou seja, quando alguma enfermeira “fixa” nos postos de enfermagem está de folga, atestado médico, ausenta-se ou está de férias é a enfermeira “folguista” que assume a unidade. No início, eu permaneci 20 dias com a mesma equipe para cobrir as férias da enfermeira da unidade, foi um período maior onde foi possível criar certo vínculo com a equipe, entretanto, há semanas em que transito por cinco, seis, sete equipes de enfermagem diferentes, dependendo do número de dias em que trabalharei na semana.

A respeito disso, Pitta (2003) diz que os membros da organização desenvolvem mecanismos de defesa estruturados socialmente, que tendem a se tornar aspectos da realidade externa, de forma que novos e antigos membros da instituição devem entrar em acordo, o que em parte é verdadeiro, mas não completamente. Não que tenha sido um acordo, mas, curiosamente, transitar de unidade para unidade faz com que eu esteja sempre sozinha. Conheço superficialmente praticamente todas as pessoas do hospital pediátrico, entretanto, a troca diária, o envolvimento, eu faço comigo mesma e um pouco em cada local que trabalho.

A carga horária da equipe de enfermagem, nessa instituição, é de seis horas diárias, 36 horas semanais. A enfermeira “folguista” trabalha mais aos finais de semana, momento em que a jornada de trabalho é de 12 horas diárias. Como minha família trabalha em horário comercial e folga aos finais de semana, eu tenho visto menos eles. Preocupo-me com alguns colegas, pois quase não observo eles saírem do hospital. Como a sobrecarga de trabalho é extensa, muitos trabalhadores precisam afastar-se do trabalho, o que demanda horas a mais trabalhadas por outros. Alguns optam por trabalhar mais, aliás, é grande a disputa para a troca de turno noturno, pois mesmo a carga horária sendo maior, a remuneração também é proporcional. Pitta (2003) diz que o regime de plantões e dobrar plantões são práticas comuns entre os trabalhadores da saúde e que, tal prática, potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam as

integridades físicas e psíquicas, e que o trabalhador noturno tende a apresentar mortalidade mais precoce que os trabalhadores diurnos.

Tento restringir as horas trabalhadas às horas mínimas necessárias, para conviver mais com a família e os amigos, ainda que em boa parte do tempo em que esteja em casa, meu pensamento esteja no paciente que foi atendido ontem, na mãe que tentei confortar antes de sair do hospital ou, até, revisando o que foi feito no último dia de trabalho, pensando e conferindo se nada passou despercebido. Pitta (2003), sobre isso, diz que o trabalho do pessoal determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento, mas que ao longo do tempo, a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil.

Dejours traz a reflexão de que quando se passa um dia inteiro tentando resolver um problema ou cumprir uma rotina e não se consegue, os cuidadores não pensam no trabalho somente no tempo em que estão nele, mas continuam pensando quando saem do trabalho e isso pode trazer consequências para os familiares, gerar insônias e fazer as pessoas sonharem durante a noite. Dejours defende que o trabalho impulsiona processos de subjetivação, realização de si e a construção da saúde, justificando, assim, as insônias, mudanças de humor, a irritabilidade, todos os afetos e os sonhos que se encaminham durante a noite (BARROS; LANCMAN, 2016).

5.2 Navegando por campos expressivos

Mesmo vivendo tantas mudanças e desacomodações em mim, sigo encontrando ex-colegas e ainda sinto necessidade de conversar com elas, então, em alguns dias visito meu antigo local de trabalho para tomar um café. Entre um cuidado e outro aos pacientes, as conversas e as risadas são as mesmas e sinto-me tão acolhida como em nenhum outro lugar me senti ainda. Já havia convidado algumas trabalhadoras para participarem da pesquisa e, assim, inicio um novo passeio, através das intensidades instauradas nos sucessivos momentos de aproximações vividos na contação de histórias, onde foi possível ouvir, viver e reviver, compondo certo campo expressivo, rico em detalhes vividos, de certa forma, por todas nós.

Encontrar as trabalhadoras é um corpo que encontra outro corpo, descrita por Deleuze (2002) como a produção do conhecimento não sendo uma operação de um sujeito (com certo racionalismo), mas a afirmação da ideia da alma, onde Espinosa descreve como fruto dos encontros, dos intercessores, que produzem afetações no corpo.

Quando um corpo encontra outro corpo, as relações se compõem para formar um todo mais potente.

Esse todo são as trabalhadoras que são portadoras de uma memória viva, possibilitando reconstruir o trabalho como uma realidade pulsante, em movimento. Ao narrarem suas histórias, as contadoras deixam de ficar no passado esquecido, para serem redescobertas. O estoque de experiências resgatadas para o presente, que estão vivas na memória individual e, talvez, na memória coletiva, auxilia a reconstrução da vida e projeção de esperanças (LOPES, 2000). Quando resgato histórias orais e produção de agenciamento de memória sobre o vivido através da Tenda do Conto, pretendo contribuir de maneira criativa e dialogar com a micropolítica, com os contos de cada trabalhadora e com o que julgaram relevante para compartilhar.

Segundo Lopes (2000), o testemunho oral não tende a estar apegado aos fatos, mas enxergá-los de outro ângulo. Seria como decompor um texto, fragmentá-lo e retirar somente o que é compatível com a síntese que se busca, sendo sempre uma representação do real. Ao contar uma memória coletiva, a narradora utiliza uma lógica de estruturação dos acontecimentos inscrita no seu próprio tempo. O modo como cada pessoa fala sobre a vida, as palavras escolhidas e os momentos vividos tendem a serem elementos essenciais para a compreensão da sua história, ainda que sofra interferências da Tenda do Conto como dispositivo de coleta de dados.

A Tenda do Conto contava com um painel artesanal com algumas imagens do cuidado em saúde, com situações do dia a dia, com pacientes, colegas, equipe, entre outros. Contava com a montagem de um olho, onde muitos olhares se compõem dentro dele e uma caixa (a de afecções, uma caixa simples) onde puderam ser depositados objetos, mas, além disso, puderam ser depositados sentimentos, encontros e histórias. Tinha, também, uma cadeira (um tanto confortável) para que as trabalhadoras sentissem-se confortáveis durante seus relatos.

Os relatos transcritos são documentos centrais do trabalho, visto que as trabalhadoras, ao contarem suas histórias, buscam uma espécie de canal para expressão de sentimentos contidos. Pode parecer um tanto difícil participar da cena, considerando que nem sempre a linguagem escrita consegue conservar as reações provocadas pela expressão oral, sendo assim me desculpo antecipadamente, pois o trabalho de transcrever é uma remontagem, em que os pontos, pausas e figuras de linguagem procuram retratar as demarcações de expressões faciais e gestuais, na medida em que foi possível conservá-las.

Por momentos tomei a decisão de inserir falas inteiras e fiz isso por um motivo que carrega tanto afeto quanto contido em algumas contações: admiração por histórias e experiências represadas, onde se buscou por vezes um canal de partilha na busca de dignidade. Enfim, os resultados alcançados exigiram de quem ouviu e de quem narrou um esforço de cooperação.

6 Contação em Saúde: Explorando resultados e discussões

Partindo do pressuposto que “o trabalho, no que ele tem de essencial, não pertence ao mundo visível” (DEJOURS, 2004, p.30), partimos para a contação de histórias (reais, vivenciadas por trabalhadoras), onde é possível o imaginário transitar pelos interiores trabalhantes. Convido você para percorrer a exploração dos vários ambientes possíveis do conjunto de experiências que partem de elementos comuns, afecções vivenciadas, (des)encontros, acontecimentos que vão além dos cotidianos, abrindo-se para novas narratividades.

6.1 Contrastes do trabalho em saúde

Quem são os terrores?

Segundo Merhy (LOPES, 2000), a centralidade do trabalho na vida das mulheres e homens é óbvia. Trabalho e trabalho, trabalho e exploração, trabalho e lucro, trabalho e produção e os trabalhadores são as formas vivas que permitem que o trabalho tenha a sua existência. O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, exaltou o corpo como força de trabalho, força de produção e foi o instaurador dessa realidade, ou seja, o controle da sociedade não se dá pela consciência ou pela ideologia, mas sim pelo corpo.

Nessa perspectiva de exploração, o trabalho exige dos trabalhadores um esforço coletivo para que a capacidade de “gerar” memória não seja eliminada pelos mecanismos de captura que a gestão de processos pretende, ainda que seja reconhecido como um lugar onde dignidade e cidadania são reivindicadas. Aliás, toda memória é sempre uma produção coletiva e nunca uma mera lembrança individualizada, como vários autores indicam (Bosi, Ecléa em *Memória e Sociedade: Lembranças de velhos*, 1994; Silva, Ermínia em *Circo-Teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil*, 2007).

Apesar do reconhecimento que a sociedade encontra no trabalho, constitutivos de vida (como família, filhos, trabalho doméstico) fazem parte da jornada diária dos trabalhadores e a questão de gênero se impõe. O trabalho de cuidado aos doentes sempre foi tipicamente feminino, por muitos séculos as mulheres foram transmitindo experiências de vizinha a vizinha, de mãe para filha (PITTA, 2003), sendo chamadas de mulheres sábias e/ou bruxas. Com o passar do tempo e com a conquista da independência sobre muitos fatores, as leigas e religiosas foram sendo substituídas por

trabalhadoras de enfermagem, que além das atividades no local de trabalho, desempenham dupla ou até tripla jornada com o serviço doméstico, apresentando-se como referência para suas famílias:

Violeta, mulher, negra, 44 anos, moradora do bairro mais violento da cidade de Porto Alegre. Teve uma oportunidade de estudar, fez o curso técnico em enfermagem. Seu pai falecido, sua mãe, uma senhora muito idosa e dependente dos cuidados de Violeta, uma sobrinha portadora de HIV, que criou como filha desde os dois meses de vida, agora com 17 anos.

Nossas folgas de escala reduziam-se a quantidade de domingos e feriados no mês. Às vezes folgávamos quatro, cinco ou seis dias no mês. Violeta destinava um dia de folga para o dia do pagamento, que era quando ela passava pelas farmácias de Porto Alegre para buscar medicações para sobrinha e mãe, além de pagar contas e fazer compras. Violeta marcava outro dia de folga para levar a mãe e a sobrinha nas consultas médicas, e toda quinta-feira, Violeta saía mais cedo do trabalho para frequentar as sessões de sua religião, ainda quando era viável, suas folgas eram nas quintas-feiras para não precisar sair mais cedo.¹⁵

O dono da casa que alugamos há três anos está pedindo a casa de volta, porque tem um familiar que precisa morar lá [...] O Gustavo (filho de Margarida de nove anos) está indo muito mal na escola [...] E com isso, eu não consigo pagar minha faculdade. Além de minha casa estar um caos. (Margarida)

Moro a 500 km da casa dos meus pais. Eles são agricultores, saí de casa com 18 anos e vim trabalhar em Porto Alegre. Faz dois meses que meu pai faleceu, minha mãe está morando sozinha, pois não quer vir morar aqui. Estou muito preocupada com ela, já que a morte do meu pai foi repentina e eles tinham uma relação de 42 anos. (Orquídea)

Tu vai trabalhar e vai para casa depois, tem que ser mãe, tem que ser esposa, às vezes não tem alguém para dividir o serviço doméstico. Muitas colegas também possuem dois empregos e tem esses afazeres. (Rosa)

Com tantos constitutivos, dependência física e psicológica e problemas familiares, como as trabalhadoras tendem a chegar ao ambiente de trabalho? Violeta, Margarida, Orquídea e Rosa trazem situações cotidianas vividas além do trabalho, no trabalho, durante o trabalho. O trabalho em saúde, delas, é minucioso no que tange administração de medicações, verificação de sinais vitais e atenção quanto ao quadro de saúde do paciente. Para execução do trabalho com tamanha responsabilidade e pressão

¹⁵ Durante a Tenda do Conto, a pesquisadora registra pensamentos e lembranças vividas junto às trabalhadoras, além das informações constantes nas fontes secundárias. Violeta, técnica em enfermagem, participou da Tenda do Conto.

emocional, tende a tornar-se necessária a utilização de estratégias no cotidiano do trabalho.

As estratégias que tendem a ser construídas e geradas no cotidiano do trabalho, seja a partir das ideias de Dejours (1997) e/ou Merhy (2009), acerca da inteligência criativa e utilização de ferramentas construídas a partir das experiências de cada trabalhador, sugerem que o trabalho em ato tende a ser revestido de significados e sentidos partilhados, novas formas de fazer, aproximações e distanciamentos. Ainda que tentar caracterizar o que o trabalhador tende a fazer seja um tanto arriscado - mesmo partindo de Marx, que diz que o trabalho é subjetivo e parte da subjetividade que não pertence ao mundo visível, não sendo possível medir quantitativamente sofrimento, prazer, amor, raiva (DEJOURS, 2012) - o cotidiano do trabalhador é desafiado pelos in/acidentes, manifestando-se, inclusive, certo fracasso.

Os acidentes do mundo do trabalho na área da saúde tendem a serem um tanto desconcertantes, visto que não atingem uma máquina, matéria prima ou equipamento. Os acidentes atingem os próprios trabalhadores e os pacientes, os quais são pessoas que possuem histórias e que, a depender do acidente ou incidente, poderão desde ficar sem uma refeição/medicação, ficar permanentemente com alguma sequela, lesão e até irem a óbito. Essas questões deveriam ser melhor consideradas e analisadas, inclusive, pelo serviço de saúde do trabalhador das instituições, equipes de redução de riscos, gestores e sindicatos que permanentemente estão dentro das instituições.

A respeito das possíveis causas do fracasso, caracterizado por Dejours (1997), que de certo modo tende a ser observado na área da saúde pelo número de trabalhadores afastados, além de outros constitutivos, apresenta-se a sobrecarga no trabalho. Pitta (2003), em seu estudo, identifica alguns elementos que sobrecarregam os trabalhadores: além das jornadas prolongadas de trabalho, pressão repressora na hierarquia vertical, não controle do trabalhador sobre a execução do trabalho, alienação, fragmentação de tarefas, grande demanda hospitalar e desgaste físico devido ao número excessivo de pacientes sob responsabilidade de cada trabalhador. Incluindo nessa conta o uso progressivo de substâncias psicoativas nos ambientes laborais¹⁶: café, álcool, outras drogas ilícitas e medicações psicotrópicas, como ansiolíticos. Alguns relatos nos contos das trabalhadoras refletem a sobrecarga e excessiva demanda:

¹⁶ Informações coletadas no cotidiano de trabalho da autora (Equipe de neurologia, turno tarde, outubro/2015).

Era um salão e cada funcionário ficava com oito pacientes dependentes. Quando chegava a hora da comida, eu ficava no meio daquelas camas todas, arrumava todas as bandejinhas e ficava girando, eu dava uma colher para um, dava uma colher para outro, dava para outro e dava para outro. Às vezes parecia que eu não estava conseguindo dar atenção, eu queria ficar ali dando comida, conversando. Mas eu tinha que me dividir daquele jeito pra dar a atenção que eu podia. (Violeta)

E o ato do puxar¹⁷ também, eles pensam que é algo sem carinho, mas não é. É que a força que a gente tem, a gente tem que pegar assim, firme. E eu já vi muitos pacientes falarem assim: - Ó que bruto. Mas, daí eu penso: Nossa, será que eu fui bruta mesmo? [...] Mas não, se eu não fizer essa força, eu também vou me prejudicar. Se eu pegar de outro modo que não seja aquele, eu vou sentir dor no meu corpo quando eu parar. São dois sentimentos [...] (Violeta)

Eu tento não levar nada para casa de tristeza, de coisa assim. Apesar de que a gente se afeta também [...] A gente pensa que é forte, eu tenho torcicolo toda noite, fico com o pescoço torto dois, três dias de tensão, não tenho nenhum problema físico, já fiz exame. Além da força física que a gente faz, a gente vai se desgastando. O teu corpo tentando auxiliar a melhora do outro, e voltado para enfermagem não se tem um plano laboral, uma hora pra fazer um aquecimento, um alongamento, uma coisa assim pra desopilar um pouco a cabeça daquilo ali ou cuidar da gente mesmo, porque a gente só cuida dos outros e às vezes não cuida da gente. (Orquídea)

Mesmo tendo que executar o cuidado do outro, não posso esquecer que tenho que me cuidar um pouco, pois se eu não me cuidar hoje, amanhã eu não estarei aqui para ajudar ele de novo, mesmo que ele pense que foi usada toda essa força bruta, que pareça que a enfermagem é robô, que não tem sentimento. Mas a gente tem muito sentimento. (Violeta)

Wisner (PITTA, 2003) traz para o estudo correlações de agressões dos ambientes de trabalho em relação à saúde dos trabalhadores, que consiste na noção da carga de trabalho a partir de três aspectos – físico, cognitivo e psíquico, onde o sofrimento e a fadiga física provocada pelos períodos de trabalho podem provocar uma sobrecarga de trabalho cognitivo, determinando alterações afetivas. Dejours (1994) defende, nesse mesmo sentido, que atrás da carga mental teríamos uma ordem de fenômenos de natureza neurofisiológica e psicológica que implicam em variáveis comportamentais, caracteriais, psicopatológicas, motivacionais, entre outras, resultando em sofrimento para o trabalhador, como é possível perceber nas seguintes citações:

¹⁷ Na unidade do AVC a grande maioria dos pacientes possui sobrepeso e tendem a apresentar hemiparesia (quando metade do corpo perde a força física). Se o paciente ficar acamado e necessitar de cuidados (como o banho de leito, por exemplo) é instalado um lençol embaixo de suas costas, pois o paciente tende a escorregar no leito e dessa forma facilita-se sua movimentação.

Às vezes a gente sonha com os pacientes, têm uns que eu deito pensando, eu sonho, eu venho pra cá pensando neles. Eu sei que não faço meu trabalho somente pelo dinheiro, porque daí, eu nem iria me preocupar com o paciente que está com muita dor [...] Ele diz que a dor dele só passa com tal medicação, mas não tem tal medicação prescrita, daí eu fico bem nervosa por não conseguir ajudar como eu gostaria. E daí a gente fica nervosa e eu acho que o nervoso no corpo da gente deve refletir de algum modo. Mas são essas coisas que te afligem mais. Tem um limite, tu não podes ir além daquele limite. (Violeta)

O que mais me marca é criança, ver criança sofrer, a família. O idoso quando tu já esperas a morte a gente já não sente tanto assim, sei lá. Para mim o jovem é mais dolorido de se ver. A criança doente, o sofrimento, a esperança que é gigantesca, a gente não consegue mensurar. Só quem está no lugar deles pra dizer o tamanho da esperança de quem tem um câncer, que está sofrendo muito. Tu achas que se for contigo tu não vais ter toda aquela esperança, tu vai estar ciente do que vai estar acontecendo e não vai ter toda essa esperança. Só que, na verdade, só quem está no lugar pode falar, ninguém pode julgar a esperança e a dor do outro. (Orquídea)

Um dos momentos que mais me marcou foi um dia em que fui trabalhar no setor de oncologia e cuidados paliativos do hospital, onde em 12 horas de trabalho eu recebi um paciente de 50 anos de idade, com câncer de pulmão, já com metástase, e, em menos de 12 horas, na presença da mulher e da irmã, ele estava conversando, ele estava caminhando [...] E foi prescrita medicação sedativa, e ele foi deitando, foi parando de falar, tivemos que colocar fraldas, não comeu mais e a gente passou ele para o outro turno em estado comatoso. No dia seguinte ele já tinha morrido. Acho que é o que mais me mobiliza porque parte da minha família tem essa idade, inclusive meus pais e saber lidar com isso no dia a dia causa muito sofrimento enquanto trabalhador da enfermagem e da saúde. (Rosa)

Ainda que o sofrimento seja encarado como dor, medo e tristeza, conforme as falas a cima, é necessário desconstruir o sofrer. Essa (des)construção parte do princípio de contextualizar o sofrimento como condição de estar exposto – o fato de estar vivo já expõe o corpo. O corpo que carrega suas histórias e caixa de ferramentas, que é afetado, é sofrido cotidianamente e, a partir das afecções, encontra diferentes perspectivas de encarar o sofrimento. Nos encontros da Tenda do Conto, uma ação de Orquídea resgata diferentes percepções de sofrimento. Ela trouxe um objeto um tanto desconfortante: uma atadura elaborada para contenção dos pacientes (na falta das contenções próprias para este fim):

Trouxe isso, porque isso costuma causar alívio para o nosso sofrimento, que é ver um paciente fazendo o oposto do que é necessário para ele ficar bom. E trouxe, também, porque é o motivo de sofrimento do paciente, que fica inviabilizado de coçar inclusive o próprio nariz. (Orquídea)

Apresenta-se nessas histórias a existência de várias enfermarias em uma mesma situação, enquanto submetidas por lógicas organizacionais. Entretanto, todas vão se revelar para aquilo que já está programado: lugares de poder, linhas de mando, práticas e regras de funcionamento. Estruturas dadas e constituídas, em operação, que vão significando certa vida produtiva no interior daquela organização (CRUZ, 2015). Certa organização já é prevista nos processos de trabalho, entretanto, no cotidiano do serviço de saúde, não é incomum a falta de materiais e equipamentos para a realização dos cuidados junto aos pacientes.

Eu vejo que a gente ainda faz pouco. Onde eu trabalho há uma demanda de fazer um trabalho bem feito, pois há uma demanda menor de pacientes, número maior de funcionários. Mas às vezes a gente não tem material para isso. (Orquídea)

Quando eu estou desestimulada para trabalhar, por questões de falta de material, questões que falta muita coisa, acabam nos dando empecilho para dar um atendimento bom, um amparo, acaba que tem dias que a gente vem desestimulada para trabalhar. (Margarida)

Pensei nesse momento [...] refleti em silêncio. Se não tem flanela para o auxílio de banho de leito aos pacientes, usamos apósito. Se não tem apósito, usamos trapo. Se não tem trapo, cortamos lençol. Se não tem lençol, cortamos avental de isolamento. Se não tem avental de isolamento, como se faz para lavar um paciente?

Se não tem atadura própria para conter um paciente em surto, usamos apósito. Se não tem apósito, usamos trapo. Se não tem trapo, usamos uma fronha dobrada. Se não tem fronha para dobrar, cortamos lençóis. Se não tem lençol, como fazemos para conter um paciente de forma correta?

Questões enfrentadas nos cotidianos por profissionais de diferentes hospitais, em diferentes setores. É necessário cuidar, inventar, se reinventar. É necessário, além de todas outras demandas, lidar com falta de material e até falta de colegas.¹⁸

No interior das organizações, como que operando em outros planos, percebe-se fluxos contínuos de intensidades entre os sujeitos, que se encontram nos espaços de produção, em seus diferentes processos de trabalho. É como se uma nova realidade naquelas organizações emergisse sobre a primeira, dando-lhe outra vida, superpondo-se e dominando a dinâmica dos cenários que se compõem cotidianamente, nos vários

¹⁸ Durante a Tenda do Conto, a pesquisadora registra pensamentos e lembranças vivenciadas junto às trabalhadoras, além das informações constantes nas fontes secundárias. Violeta, técnica em enfermagem, participou da Tenda do Conto.

processos de produção do cuidado. Ela não é organizada, porque não há limites capazes de delimitar o seu campo de ação (FRANCO, 2006), mas tende a ser criativa, ainda que seja necessário lidar com a falta de materiais/equipamentos e/ou pessoal para realização do trabalho.

Segundo Dejours, o trabalho é a oportunidade de aprender a se implicar no exercício democrático. Para que esse espaço funcione é necessário produzir acordos, regras do trabalho, tecnicamente chamadas de atividades deonticas (BARROS; LANCMAN, 2016). Entretanto, para isso, é importante que as pessoas falem de seus trabalhos, testemunhem, sejam capazes de justificar as razões pelas quais elas preferem trabalhar de determinada forma. É necessário, também, do outro lado, aprender a escutar as razões dos colegas, outros trabalhadores, o porquê preferem esta ou aquela forma de trabalhar, processo relacional trazendo prazer ao trabalho em ato.

Se o processo relacional não funciona dessa forma no mundo do trabalho, cada um trabalha por si, competindo, sendo avaliado individualmente, tendendo a introduzir concorrência entre colegas. Nessa concorrência, aquele que tem um bom resultado é ameaça para todos, destruindo a cooperação, a ajuda, a união e a solidariedade. Esse processo, de origem neoliberal, tende a fazer com que as pessoas trabalhem mais e mais, gerando patologias de sobrecarga, distúrbios osteomusculares (LER/DORT), karoshi, burnout, doping (BARROS; LANCMAN, 2016).

Frente à solidão, sobrecarga, medo dos outros, ao transformar o sofrimento em adoecimento, recorre-se ao afastamento do trabalho e ao uso de medicações e substâncias psicoativas, biomedicalização e medicalização, na tentativa de ir além do limite do corpo fisiológico e das capacidades psíquicas, visto que adoecer nesta sociedade é deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser oculto e excluído. Durante a Tenda do Conto tive oportunidade de partilhar narrativas de Violeta, antiga colega de trabalho diário, de intervalos, de abraços nos corredores, e até agora me pergunto como podíamos conviver diariamente com Violeta e não saber o que acontecia no interior dela? Como era possível vivenciarmos a micropolítica do encontro todos os dias e Violeta viver um sofrimento tão contido e egoísta. E será que era o sofrimento de Violeta egoísta ou eram egoístas as relações de trabalho que partilhávamos na equipe?

*Violeta coloca ambas as mãos embaixo das pernas, perde o sorriso do rosto e continua:*¹⁴

Eu fiquei muito triste quando eu fiquei doente, pois eu não fui tão bem assistida quanto eu trato os meus pacientes. Eu comecei a ficar doente, tinha muita dor na coluna. E eu ia à saúde do trabalhador e eles diziam

assim: É dor lombar, me davam remédio e não faziam exame nenhum. E eu continuei insistindo e eu comecei a ver que aquela dor física estava passando para mental, pois eu vi que não estava tendo atenção. Parecia que o que eu estava falando era mentira, parecia que eu não queria trabalhar, que eu queria atestado e não era isso, fui em vários médicos, um passava para o outro. Para fazer uma ressonância magnética eu fui chamada de louca. O médico chegou a dizer que era falta de sexo. Eu tive que realmente agir como louca, tive que bater na mesa. Tudo isso para fazer um exame, e quando eu fiz o exame viram que eu não estava mentindo. Que eu tinha problema grave [...] E que não tinha como operar, e eu fui ficando mais abalada e fui vendo que aquilo foi indo para mente e eu mesma comecei a me medicar.

Não é uma coisa correta, mas eu não tinha ajuda, eu tinha muita dor, estava desesperada, então eu comecei a me aplicar injeções. Eu comprava na farmácia *Voltarem*, tudo que era injetável e eu comecei a me aplicar porque me aliviava naquele momento, mas eu sabia que era por pouco tempo, só que eu precisava aliviar a cabeça também porque eu não conseguia mais dormir, não conseguia nada e no momento que eu fazia aquele bando de medicamentos, todos juntos, que eu sabia que estava me prejudicando, eu conseguia dormir, conseguia descansar e naquele momento passava a minha dor. Mas o que mais me doía era a dor psicológica, a dor do abandono, não tinha ninguém que podia me ajudar.

O olhar de Violeta murchou, meu peito também se apertou. Violeta começou a relatar o descaso na saúde, como pode o serviço de saúde do trabalhador tratar alguém assim? Alguém que destina tanta vida para ajudar os outros? Violeta enche os olhos de lágrimas e continua.¹⁹

E eu comecei a me injetar, comecei na perna direita, sabendo o que poderia fazer uma necrose, tanto que eu ficava mudando de músculo. Quando eu vi que estava ficando sobrecarregado o músculo, que ia me prejudicar, eu escolhi um ponto, escolhi a coxa direita, sabia que só eu poderia fazer por mim e na aquela hora era como se eu estivesse me entregando, porque eu ajudo as pessoas a não ter dor e ninguém podia me ajudar. Talvez um sentimento de pena de mim mesma. Eu gostaria também de ter sido ajudada e não fui. Eu necrosei minha perna durante minhas férias, fui parar no pronto socorro, foi retirada uma boa parte da minha coxa, fiz edema de glote por causa das medicações todas. Quando eu cheguei pra consultar eles perguntaram quem tinha feito aquilo na minha perna, eu não conseguia falar, eu só conseguia apontar para mim mesma e, naquele momento também [...] É duro teus próprios colegas, os médicos, as pessoas te julgam muito mal, elas não sabem da tua história, mas elas te julgam pelo que elas estão vendo. Eles diziam assim: - Tu já sabe o que vai acontecer, foi tu que fez isso, tu que procurou e vai acontecer isso e isso. Eu não conseguia dizer nada, só chorava, estava toda inchada.

Fui, fiz o que tinha que fazer e lá ninguém fazia curativo, ninguém ajudava a tomar banho, só faziam medicação. E um dia eu pedi medicação para dor, chegou uma colega e falou: Tu é da enfermagem,

¹⁹ Durante a Tenda do Conto, a pesquisadora registra pensamentos e lembranças vivenciadas junto às pesquisadas, além das informações constantes nas fontes secundárias. Violeta, técnica em enfermagem, participou da Tenda do Conto.

não é?! Tu já sabe os horários, sabe como funciona. Eu fiquei quieta, não falei nada, pedi para meus familiares trazerem minha medicação de casa, eu sabia que estava cometendo outro erro, mas estava me sentindo uma refém lá dentro. E um dia eu estava com acesso, e estava fora da veia, eu falei dessa forma humilde [...] está doendo, acho que está fora. Ela olhou pra mim e disse que não estava fora da veia, só porque eu era da enfermagem, ela fez a medicação doeu até meu ombro e eu não podia falar nada. Eu tive que ficar quieta, tive uma semana de internação, eu não quis reclamar de ninguém, não quis fazer queixa, eu estava feliz por estar viva e bem. E saí do hospital e fiquei pensando tomara que eu nunca faça isso com ninguém.

*Nessa hora, muitas lágrimas também saltam dos meus olhos. Como pode alguém que deveria cuidar das pessoas, agir dessa forma? Como será que é o tratamento destinado aos pacientes desse local?*²⁰

Não sei se as pessoas pensam que por serem da enfermagem nunca vai acontecer nada com elas [...] Acho que o maior preconceito acontece com o doente mental, eu estava perturbada e as pessoas me recriminavam, falavam que eu era uma viciada. Eu pedia um remédio para dor e era julgada por ser viciada. Esse outro lado da enfermagem que mais me chocou, fiquei abalada, mas foi um aprendizado. Isso eu nunca quero fazer, não vou fazer, vou sempre procurar fazer o melhor, assim como eu faço o meu trabalho aqui. Foi importante eu passar por isso para me conhecer mais. (Violeta)

Importante refletir que ao reinterpretar um fragmento do seu passado, a narradora constrói sua versão da história, relatar/reviver uma memória é falar do que passou, desafiar um caso é contar o que poderia ter sido. Após vivenciar tamanho processo de dor, Violeta encontra uma forma de crescimento com o sofrido/vivido. Violeta, um ano antes desse episódio, afastou-se do trabalho por 15 dias por depressão, onde foi indicado o uso de algumas medicações, como *clonazepam*, *diazepam*, *fluoxetina*, *sertralina* e *ácido valpróico*. Margarida afastou-se do trabalho em 2015 e 2016 por depressão, onde foi indicado o uso *lítio e sertralina*²¹.

Apresenta-se oportuna a reflexão a respeito das medicações: Existe a utilização cada vez mais frequente das substâncias psicoativas, que também agravam patologias de sobrecarga, elas geralmente são ingeridas por automedicação ou prescritas por médicos do serviço de Saúde do Trabalhador, com anuência dos laboratórios farmacêuticos. Sendo, este, um grande mercado, fabricante de dependentes, fonte de benefícios

²⁰ Durante a Tenda do Conto, a pesquisadora registra pensamentos e lembranças vivenciadas junto às trabalhadoras, além das informações constantes nas fontes secundárias. Violeta, técnica em enfermagem, participou da Tenda do Conto.

²¹ Dados reunidos a partir das informações constantes nas fontes secundárias (APÊNDICE A).

consideráveis para as indústrias farmacêuticas e químicas e até para os próprios médicos (IRIART; MERHY, 2017).

Assim como é oportuna a reflexão de como dar suporte para uma trabalhadora como Violeta viver esse processo como Educação Permanente, abrindo em si fissuras para uma fuga que lhe permita gerar novos sentidos para o seu fazer e o seu sofrimento. Importante enfatizar que ações por fora da biomedicalização da vida do trabalhador são muito escassas e, em nome de uma medicina ocupacional ou de uma pobre saúde do trabalhador, tem-se gerado verdadeiras atrocidades com a vida dos trabalhadores.

Os Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador vêm desenvolvendo um papel pouco interessante nas instituições de saúde, junto às equipes de trabalho. Desde que ingressei na instituição onde trabalho, há sete anos, eu escuto minhas colegas falarem da dificuldade que é acessar os profissionais da Saúde do Trabalhador (pela grande demanda da instituição) e que, quando conseguem acessar, tem o Doutor João que acredita que os trabalhadores só querem atestado médico, não havendo necessidade de ouvir as demandas de cada paciente/trabalhador que atende. Tem o Doutor Paulo que pouco escuta e já prescreve medicação, tornando todo tipo de sofrimento como medicamentado, tem o Doutor Francisco que não toca no trabalhador, é ríspido e difícil de acessar. Dessa forma a maneira mais rápida e menos dolorida de amenizar qualquer dor, sem maior exposição, enfatizando o conhecimento/acesso do trabalhador da saúde à medicação, acaba sendo a automedicalização.

Essa postura dos Serviços de Saúde do Trabalhador, paradoxalmente em relação a sua origem, possui base nos referenciais trazidos pela Medicina Ocupacional, que fundamentada no capital, acaba(va) por ocultar as consequências específicas do modo de produção capitalista sobre o perfil de morbimortalidade da população trabalhadora, buscando, inclusive, limitar o conhecimento dos trabalhadores aos riscos presentes no cotidiano do trabalho (LOPES, 2000). Além disso, a Medicina Ocupacional restringia-se ao entorno do mundo do trabalho, construindo um olhar centralmente na lógica da doença e da sua medicalização, responsabilizando-se pelo trabalhador adoentado somente enquanto executor de tal função, reconhecido somente pelo que fazia, desprovido de história de vida (que já chega consigo ao local de trabalho e que influencia diretamente na forma como realizará o seu trabalho e produzirá seu sofrimento).

No Brasil, nos anos 80 em meio a transição democrática, em sintonia com o que ocorria no mundo ocidental, essa perspectiva vai encontrando oposição e vai surgindo outra perspectiva fundamentada na luta pela saúde na agenda do movimento

sindical, com o objetivo de construir uma nova constitucionalidade no país (LOPES, 2000). Essa construção destaca algumas mudanças: nova maneira de pensar o processo saúde-doença-trabalho-cuidado, reconhecimento do trabalho no processo e modo de adoecimento e morte dos trabalhadores (como intoxicação por chumbo, mercúrio e benzeno), reivindicação por políticas públicas que alcançassem toda a população e a conquista de novas práticas sindicais em saúde através dos debates, circulação de informação, inclusive reformulação do trabalho das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs), entre outros.

Surge, nessa perspectiva, a Saúde do Trabalhador, diferente da Medicina Ocupacional. Saúde do Trabalhador que corresponde a um campo da Saúde Pública, que buscaria intervir na relação entre o sistema produtivo e a saúde, propondo inserir o processo de trabalho (e não o indivíduo) no centro da análise ao mesmo tempo em que valorizaria a experiência do trabalhador, o trabalhador como sujeito ativo no processo saúde-doença, inclusive na sua potência em perceber e operar o arriscado mundo do trabalho para o seu viver. O que anos depois vem a ser preconizado, mesmo que de uma outra maneira, pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ao ver a dobra formação-trabalho-gestão da organização.

As estratégias de Educação Permanente em Saúde: ampliação da reflexão compartilhada e trabalho em equipe, melhorando a capacidade de gestão no processo de trabalho, surgiram na tentativa de transformar as práticas institucionalizadas nos serviços de saúde (BRASIL, 2009). Serviços, estes, que mesmo após anos seguiram trabalhando através de uma prática vertical, unilateral, médico (profissional de saúde) centrado e biomedicalizante e que, após certo tempo, vem encontrando em grande parte de serviços de saúde, como Saúde do Trabalhador, uma postura semelhante.

Infelizmente, mesmo com a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, que propõe o olhar ampliado sobre as demandas do trabalhador, o Serviço de Saúde do Trabalhador, ainda que possua tamanha amplitude em seu conceito, continua sendo capturado pela lógica da biomedicalização, assumindo medidas meramente paliativas, sem focar na mudança efetiva dos modos de trabalhar. Ao contrário disso, a lógica de organização de trabalho nesses serviços deveria ser através das demandas dos trabalhadores, pautando-se por um mundo ergonômico, em processos que tomam isso como central. Importante tanto para o trabalhador, quanto para o cuidado oferecido ao paciente nas instituições hospitalares, que tais trabalhadores tenham suas demandas clínicas melhores assistidas, e consigam encarar o sofrimento como potência.

Se refletirmos sobre a dinâmica do processo de trabalho na saúde, observamos, além da falta de planejamento de ações preventivas pelo Serviço de Saúde do Trabalhador, que as tarefas dos técnicos e auxiliares são mais intensas, repetitivas e financeiramente e socialmente piores valorizadas, além disso, convivem mais tempo com os doentes. O que resgata, inclusive, a discussão sobre o delineamento e determinação dos cuidados aos pacientes, que se concentra somente na equipe médica. Talvez não seria mais efetivo o cuidado se houvesse compartilhamento do cotidiano do paciente intraequipe multidisciplinar? Afinal, são técnicas em enfermagem e enfermeiras que mais partilham momentos junto aos pacientes.

Há na constituição do modo de produção do cuidado um processo de disputa de projetos que vão se colocando na medida em que as conexões relacionais entre os sujeitos vão se formando e revelando projetos singulares, que podem refletir “subjetividades solidárias”; ou projetos liberais, expressando “subjetividades capitalísticas” (GUATARRI, 1998) ou tantas outras possibilidades subjetivantes. Nesse sentido é sempre um lugar constituído por tensões, própria das relações de sujeitos interessados que se encontram nesse lugar e produzem esse complexo mundo. Ao mesmo tempo trata-se de um ambiente de conflitos, que são produzidos nas relações sociais e subjetivas que aí se materializam. Essas tensões se manifestam no modo de agir na sua micropolítica, para a produção do meio social na qual estão inseridos, vai compondo certa forma a produção do cuidado, resultado da disputa e pactuação processadas no espaço-tempo em que se dá o processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2007).

Segundo Pitta (2003), o trabalhador da saúde lança mão de noções moralizantes, em vez de libertárias e desejantes, para suportar um cotidiano duro, visto que o cuidar da pessoa doente percebe-se inserido em um contexto social onde a piedade e solidariedade tenderiam a serem sentimentos presentes, valorizados dentro de uma estratégia de sobrevivência e de sociabilidade. A “vocação” para o trabalho em hospitais, apesar do trabalho duro de esforço físico, como enfatizado anteriormente, e do penoso lidar com dejetos e situações mais desfavoráveis dos usuários, está vinculado com certa sublimação, certa forma de lidar com pulsões instintivas em atos reconhecidos. Entretanto, através das memórias, é possível observar situações onde equipes de saúde utilizam-se de outros mecanismos para lidar com o sofrimento diário gerado. Não cabe um julgamento ético sobre a forma de trabalho, quando considerado que, do ponto de vista da micropolítica, todo agir é um ato ético, fazendo referência à ação dos corpos em si, em suas autoproduções, no encontro com os outros.

O que mais eu tenho de decepção da enfermagem, ou da área da saúde em geral [...] é que o profissional tem muito preconceito. Quando eu trabalhei na maternidade o julgamento era diário e de todos os profissionais, independente da idade, era do técnico ao médico, qualquer um. Tinham noites que eu ouvia as mulheres gritando e elas já estavam à noite inteira no Centro Obstétrico e eu trabalhava uma noite sim, outra não. E quando eu voltava na outra noite estava lá, a mesma mulher em trabalho de parto ainda. E às vezes as gurias não podiam chamar o plantão, pois ele estava dormindo e não podia acordar ele. Mas ele estava recebendo para isso, se quisesse dormir, que fosse para casa. Eu achava aquilo muito injusto: a pessoa estar em trabalho de parto a um tempão e não poder receber uma medicação para dor que fosse. (Orquídea)

*Os olhos de Orquídea transmitem tanta indignação que ela parece viva nessa situação. Indignação que perturba, que limita, que parece comum no cotidiano do trabalho hospitalar.*²²

Tinha uma menina que era estagiária de enfermagem e ficava lá sozinha à noite. E era muito comum ela falar: - Na hora de fazer tu não achou ruim, não é? Essa frase está a 10, 20 anos na boca da enfermagem, e as pessoas de Centro Obstétrico, Bloco Cirúrgico sempre tem essas frases para responder e a gente vê isso no dia a dia, todo mundo fala isso. É muito triste tu depender de outras pessoas, porque tu estás ali vulnerável, às vezes não pode ter acompanhante, enfim [...] E quem vai te atender e vai te julgar de primeiro impacto já é uma pessoa que vem cheia de julgamento. E tu não precisa disso, tu estás ali porque estás precisando, enfim. Se estava bom na hora que ela fez, o problema é da paciente. Não está saindo do teu dinheiro, não está saindo do teu bolso. Cada um com seus problemas. O trabalhador tem que fazer seu trabalho, guardar seu preconceito [...] Falar na salinha de lanche se quiser, mas não para o paciente. (Orquídea)

A produção dos conflitos, dos atos inusitados e dos atos inúteis que são elaborados pelos sujeitos do trabalho em saúde revela que os mesmos são compartilhados por diferentes atores sociais e agentes institucionais, sendo estes também seus protagonistas. Por isso, verificar os atravessamentos das relações de trabalho é muito importante.

²² Durante a Tenda do Conto, a pesquisadora registra pensamentos e lembranças vivenciadas junto às trabalhadoras, além das informações constantes nas fontes secundárias. Orquídea, técnica em enfermagem, participou da Tenda do Conto.

6.2 Detalhes do processo relacional no plano do cuidado

Quem não percebe que o outro está sofrendo, ao invés de produzir solidariedade, produz solidão (CRUZ, 2015, p. 218).

As relações cotidianas são encontros de corpos. Mas o que é corpo? Deleuze (2002) afirma que o corpo não está no presente; o corpo é o antes e o depois, é o cansaço e a espera e o desespero também é atitude do corpo. A submissão do corpo quanto à autodisciplina que em Nietzsche (1999) adentra o corpo animal, e, em Foucault (1987) disciplina o corpo anômalo acabam por questionar o que pode suportar o corpo... É possível ser sensível ao sofrimento do corpo sem adoecer? Todo sofrimento está caracterizado como tristeza?

Sofrer é a primeira condição do corpo por estar exposto ao fora, o corpo sofre ao ser afetado, como enfatizado anteriormente na escrita. Deleuze diz que o corpo não cessa de ser submetido à erupção contínua de encontros, com a luz, com o oxigênio, com os alimentos, sons, palavras, necessitando o corpo encontrar seu equilíbrio a partir de tantos atravessamentos de encontros que geram o sofrimento (LAPOUJADE, 2011). Pelo corpo se sofre, mas também é possível transformar esse sofrimento em prazer, em potência?

A inteligência criativa, astuciosa e corporal, estudada por Dejours e descrita nos capítulos iniciais dessa escrita, tende a trabalhar a favor da criação de estratégias defensivas no mundo do trabalho, de forma que o intenso sofrimento vivenciado cotidianamente não se transforme em patologia. Merhy também aborda as estratégias que tendem a ser mobilizadas, como o autogoverno e a produção de si no trabalho em ato, junto ao outro, fazendo da afecção que faz sofrer, produção de novos sentidos de si e do agir com e sobre o outro. A inteligência desenvolvida pelo trabalhador, segundo Dejours (1997), tende a começar pelo fracasso, sendo capaz de superá-lo, confrontando com o real, até que se encontre uma solução, permitindo tentar algo que não se tenha tentado até o momento.

O mais provável é que sejam necessários alguns anos de experiência para desenvolver as habilidades ou linhas de força, que permitirão superar certas dificuldades e encontrar soluções para os conflitos internos e externos cotidianos. A dominação da técnica, os estoques de experiências, os anos de permanência nos locais de trabalho são condições essenciais, que além do vínculo com a própria equipe, fazem o trabalhador conhecer os processos de trabalho e perigos ao desenvolvê-los (LOPES, 2000).

Nos seguintes relatos é possível identificar os agires micropolíticos e macropolíticos, explorados por Merhy (2013), que através da inteligência de conceitos-ferramentas também mobilizam linhas de força expondo as construções (ruídos)/representações no dia a dia do mundo do trabalho: seja nas conversas informais, no intervalo, nos diferentes encontros ou até no sentir falta dos encontros:

Às vezes eu estou de folga no domingo e não sei o que fazer [...] Eu sinto falta de trabalhar, de encontrar todo mundo, de fazer medicação nos pacientes. (Violeta)

E na hora do pavor está todo mundo correndo, mas quando termina a gente está junta e vai lá tomar um lanche, e conversar, e espairecer, e se distrai com outro tipo de conversa. Então isso faz a diferença do cuidado com o paciente e com a equipe. (Margarida)

Confidências, histórias de vida, segredos, desejos e sensações diversas que fazem parte dos nossos cafés, intervalos no posto de enfermagem, na sala de lanche, no refeitório do hospital. Nos encontros, abraços no corredor e despedidas fazem a diferença na nossa vida. (Rosa)

Eu gosto do nosso trabalho, eu sinto falta quando estou longe, pra falar a verdade, o lugar que eu menos sofro é aqui. (Violeta)

Os nossos momentos de lazer na própria unidade fortalecem isso. A gente poder parar para tomar um café, poder conversar, a gente tem intervalo entre medicações, poder realizar o cuidado do paciente junto com o colega, trazer questões do dia a dia. Eu acho que se não pudéssemos falar, não conseguíssemos conversar ou compartilhar com ninguém, seríamos infelizes em nosso trabalho. (Rosa)

Sabe quando que eu consigo extravasar? Quando a gente se junta. Quando a gente vem para o posto, que a gente pode uma falar para outra colega [...] (Violeta)

Às vezes as pessoas falam: - Trabalha sábado, domingo, feriado. Mas eu gosto. Em casa às vezes eu nem converso. Eu converso mais com vocês aqui do que em casa. Minha mãe tem 70 anos a gente não conversa quase nada. E minha filha adolescente é só besteira. Então eu consigo conversar mesmo é com vocês. É uma família aqui. Eu converso com vocês, converso da vida particular, tenho mais intimidade e eu acho que esse é meu jeito de extravasar, porque eu extravaso na hora, eu converso com vocês e me sinto melhor. É bom poder falar [...] Chegar num canto do posto que a gente saiba que ninguém vai ouvir e a gente poder falar isso [...] É bom tu ter a tua colega, tua amiga do lado para poder dizer isso. Se a gente não conseguir além de ser colega ser amiga, aí a gente não consegue trabalhar, porque se tu for uma pessoa fechada, ficar só no teu mundo [...] Não me misturo com ninguém, não ajudo ninguém, não faço nada por ninguém, eu vejo que esses tipos de pessoas começam a ficar doentes por dentro. Eles não conseguem extravasar e a gente precisa disso. (Violeta)

Esses relatos trazem os ruídos (MERHY, 2013) produzidos nos ambientes de trabalho, no encontro, na micropolítica, na força do que acontece na política do desejo, na subjetividade e na relação com o outro (GUATARRI; ROLNIK, 2000) que se apresentam como cuidados de si dentro da própria equipe. Cruz (2015) aponta que o cuidar de si acontece no cotidiano, socializando com outro trabalhador e socializando inclusive o sofrimento que o mundo do trabalho gera em si, seja como potência ou desespero. Quando Violeta traz em sua fala que o local em que ela menos sofre é no local de trabalho, mesmo estruturado em um ambiente de sofrimento e dor, é possível evidenciar que na ação o que faz sofrer pode virar produção de vida interessante.

Talvez esteja aqui a primeira conclusão: O cuidado de si inicialmente é micropolítico, na sua intensividade é por dentro. Mas o cuidado de si construído no cotidiano é dentro da equipe de trabalho, é entre colegas de trabalho que acontece o cuidado e onde o trabalhador desenvolve ferramentas para lidar com os afetos provocados. Após ouvir e transcrever as contações de histórias, eu vou trocando e me encontrando em cada experiência e vou compreendendo que a subjetividade é modelada à medida que o trabalhador se experimenta, se afirma, se expressa, se diferencia e se identifica no coletivo. Inclusive em uma relação de reciprocidade onde são criadas relações e vai tornando-se possível identificar o próprio mundo, no processo da história própria de cada trabalhador (LOPES, 2000). O mundo do trabalho passa a ser prazeroso mesmo recheado de sofrimento e dor, pois são proporcionados, além da dominação da técnica, muitos encontros.

Surgem reflexões importantes sobre como cada um usa o seu trabalho vivo em ato e seus sentidos, uma vez que é possível identificar a construção do cuidado de si no mundo do trabalho. Por exemplo, quando falamos em cooperação, Dejours afirma, em Barros & Lancman (2016), que o investimento significativo em cooperação é um elemento que determina a qualidade do trabalho e que a riqueza fundamental é trabalhar junto. Entretanto, se as pessoas respeitassem as ordens dadas pela hierarquia a respeito da forma de trabalhar junto, não funcionaria. Os trabalhadores tendem a reinventar junto com os outros, outras maneiras de trabalhar através da cooperação.

Se abordarmos o fator gênero é possível perceber uma variável complexa quanto à susceptibilidade aos efeitos adversos do trabalho sobre a saúde. Por razões antropométricas, as mulheres podem ser muito mais aptas que os homens para algumas tarefas e menos aptas para outras (LOPES, 2000), é na cooperação que se tende a encontrar os melhores acordos. Entretanto, existem diferentes maneiras de pensar a cooperação na organização do trabalho. Se uma pessoa possui dor nas costas, em um

determinado momento, ao tencionar a organização do trabalho, as pessoas que trabalham mais tendem a rejeitar aquele que tem dor. Contudo, se a cooperação realmente existe e um trabalhador não está bem, os outros o ajudam, e ao invés dele precisar afastar-se do trabalho os outros aceitam que ele trabalhe menos intensamente. Assim vai se construindo esse cuidado de si e do outro dentro da própria equipe de trabalho e a constituição do verdadeiro trabalho em equipe.

Então eu vejo uma equipe, é uma equipe que eu gosto de trabalhar e não sairia por nada, porque tem essa união, essa vontade de trabalhar, essa vontade de tentar salvar, é satisfatório. (Margarida)

São dois sentimentos: o sentimento da equipe unida no momento do atendimento, que enche de orgulho ver que a gente pode contar com pessoas que trabalham de verdade, que estão empenhadas, que estão ali tentando, não estão fazendo somente a técnica, mas tentando salvar aquela vida, e que é uma vida que tem outras vidas esperando isso da gente. Me marcou uma vez que não conseguimos trazer o paciente de volta, mas todo mundo tinha o mesmo sentimento depois, de ter tentado fazer de tudo. (Margarida)

Eu penso que é a equipe que transforma esse sofrimento em potência, é a unidade da nossa equipe, é o trabalho em equipe que vai fazer com que aconteça um cuidado tanto com o paciente, quanto com o trabalhador da saúde que vai potencializar o sofrimento para que seja encarado como positivo. (Rosa)

O trabalho em equipe, como trabalho coletivo (PEDUZZI, 2001), é fortemente marcado nas falas, também pelo fato do cuidado ser realizado em uma unidade de enfermagem onde os pacientes são fisicamente comprometidos e possuem sobrepeso. Ou seja, se o trabalho não for primeiramente realizado em equipe pela simples divisão de peso, logo os trabalhadores tendem a se afastar do trabalho por dores e sobrecarga física. Entretanto o trabalho em equipe enfatizado refere-se ao contar com o colega, compartilhar a agilidade e a angústia na tentativa de salvar a vida do outro.

Pitta (2003) traz em sua pesquisa que equipes que trabalham em unidades fechadas, com quadros clínicos de pacientes agudos, tendem a desenvolver maior coesão intraequipe, ainda que o trabalho seja realizado com situações dramáticas de vida: emergência, UTI, Unidade de Queimados, entre outras. A organização dessas unidades tende a valorizar a presença e a atividade de cada um, criando compromisso entre os trabalhadores. Vale destacar algumas estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores, estudados por Pitta, para proteger-se da sobrecarga emocional e afetiva: Coesão interna, hiperatividade verbal, verbalização de outros acontecimentos além do trabalho e agressividade reativa (tratando-se do quadro clínico dos pacientes).

Essas estratégias apresentam-se como intervenções que os trabalhadores tendem a utilizar, não se valendo de uma verdade universal, para lidar com os afetos provocados e para cuidar de si na prática do autogoverno, de forma que o trabalho vivo é o caminho que passa pelo corpo, pela inteligência, pela transformação da relação de si consigo mesmo. Foi justamente aqui onde me vi protagonista dessa transformação, na produção da minha vida e sofrimento vivido com tantas mudanças no último ano. Começo agora a compreender mais profundamente o motivo de ter escolhido aprofundar o estudo e dissertar sobre esse assunto:

O sofrimento que está entranhado no trabalhador da saúde, mas que, sobretudo, é potência que se expressa tanto em minha escrita, como em minhas escolhas e minhas relações ao outrar-me. O sofrimento que provoca interferência, que problematiza de forma coletiva o processo de trabalho nas equipes de saúde, evidenciando que o sofrimento de cada um está conectado a sua rede existencial, evidenciando que o dizer do outro opera na afecção que é produzida (ROCHA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, espria-se a ação de trabalhar, que não é só produzir, é também transformar a si mesmo. Eu mesma venho me produzindo, sendo fabricante do que eu tenho vivido. Escrever sobre o meu próprio cotidiano de trabalho também é uma forma de aliviar o sofrimento em mim. O mundo do trabalho apresentando-se como um lugar tenso entre o previsto e imprevisto, o vivo e o morto, o controle e a autonomia, a prisão e a liberdade, entre o político e o técnico, entre o subjetivo e a subjetivação. Essas muitas oportunidades que o trabalho possui, além disso, de mobilizar o olhar do outro sobre a produção do trabalho desenvolvido, reconhecendo e fortalecendo a identidade de cada um. Como nos seguintes trechos:

Eu fiz um estágio na UTI neonatal e poder acompanhar uma criança, que nasceu com 600 gramas e foi crescendo, chegar aos dois quilos e ter alta junto com a família foi algo inexplicável. Da mesma forma, acompanhar partos são momentos que enchem o coração, enchem a alma. Ou quando estamos o dia inteiro cuidando de um paciente e ele pergunta se a gente vai voltar amanhã, e que hora que vamos embora do plantão, com a expectativa de que tenham muitas horas ainda, isso traz pra gente um reconhecimento do trabalho, que sabemos que existe pouco, mas que faz com que a gente se motive também. (Rosa)

Quando eu fui para o primeiro estágio tinha um paciente que era muito envergonhado e não tirava a roupa na nossa frente. Ele não deixava a gente levar ele no banheiro, nós tivemos um estágio de mês inteiro com ele, e não sabíamos que no mês seguinte iríamos para o outro lado do hospital. Quando fomos embora, ele nos esperou durante uma semana inteira, todas as noites, sentado no saguão e estava frio e ele fugia, pois era tudo fechado com portas, para nos esperar. A gente

cuidava bem dele, era minucioso com ele, diferente dos técnicos do hospital, que às vezes não tem tanto tempo para fazer pequenas coisas. Então depois daquilo ali eu quis dar o mesmo atendimento para os meus pacientes, tão detalhista quando aquele que eu dava como estagiária, porque eu tinha tempo pra isso. Não que sempre seja possível, pois às vezes a demanda é grande. (Orquídea)

Teve outra situação de um paciente, que não chegou a ter uma parada respiratória, nem cardíaca, mas eu lembro na época de não ter feito mais que minha obrigação. Só que quando ele voltou da UTI, ele veio me agradecer, mas, para mim como técnica, ele não estava mais ali, ele estava desacordado. Só que quando ele voltou, ele não sabia nem meu nome, ele veio direto em mim e me agradeceu, por tudo que eu estava fazendo por ele, além de me entregar um pingente de Nossa Senhora, que fica em cima do meu armário. Ele disse que eu estava acalmado ele, mas eu nem lembrava mais disso. Então eu sempre lembro dele, quando eu estou desestimulada eu lembro dele, porque é uma satisfação, a gente é pouco elogiado, a gente recebe poucos méritos, é pouco valorizado, mas quando os pacientes nos valorizam com elogios, agradecimentos, a gente vendo que eles ficaram satisfeitos com nosso trabalho, isso gratifica muito e estimula a dar força para continuar. (Margarida)

Um paciente, que ouviu o que precisava, em seu pior momento. Um agradecimento capaz de fazer parte da história [...] Pequenos gestos? Pequenos para quem? (Margarida)

A respeito da dinâmica do reconhecimento, conforme surgem nas falas, fator que é importante para identidade do trabalhador e prazer no trabalho, Mendes (2007) enfatiza que se trata da valorização do esforço e sofrimento investido pelo trabalhador para a realização das atividades. Dessa forma, compreende-se que o trabalho prospera no mundo subjetivo: do reconhecimento (SILVA *et al.*, 2015). Clot (2011), através da clínica da atividade, faz algumas críticas ao reconhecimento de Dejours que espera somente o reconhecimento do outro. Clot diz que o reconhecimento é menos o reconhecimento pelo outro, ampliando o autorreconhecimento, ou seja, a possibilidade do trabalhador se reconhecer no que faz.

O sofrimento e as defesas no trabalho, sejam individuais ou coletivas, desempenham o papel de articular a saúde e a doença, o saudável sendo tomado como o resultado do compromisso entre sofrimento e estratégias de defesas individuais e coletivas, em função da manutenção da saúde (MENDES, 2007), ou seja, através do reconhecimento uma parte do sofrimento tende a ser transformada em prazer (DEJOURS, 2013). Ainda, segundo Mendes (2007), a mobilização subjetiva - outra dimensão da relação homem-trabalho -, que é um processo paralelo à utilização de estratégias/mecanismos de defesa, consiste em ressignificação do sofrimento,

resgatando o sentido do trabalho, que depende do coletivo de trabalho, da dinâmica do reconhecimento e da produção de vínculos.

Na hora que eu consigo suprir a demanda do paciente, eu também me alívio. (Violeta)

Quando a gente se torna mais próximo, que eu consigo me abrir para ele e ele consegue se abrir comigo, fica mais fácil, fica tipo uma grande família. (Violeta)

Só o fato de a pessoa te olhar, rir e agradecer. A gente só dá uma risadinha e diz que nem foi nada, parece que não foi nada, mas se for ver: O porquê que a pessoa está me agradecendo tanto? É por que foi realmente importante. Mas, pra mim, foi tão espontâneo, porque muitas vezes eu estou fazendo mais que meu trabalho, eu estou dando amor para eles, sabe [...] Aquela coisa de tu estares perto: - Comeu? - Quer mais um pouquinho? -Vamos limpar a boca aqui. Às vezes eu penso assim: sou até meio chata por tratar outros adultos assim, mas o jeito da gente falar essas coisas é com carinho. (Violeta)

O vínculo estabelecido entre pacientes e trabalhadores da saúde exige de ambos disposição e empatia. São singularidades, autorreconhecimento e valorização que predisõem o cuidado atencioso. Segundo Pitta (2003), uma organização de trabalho saudável e flexível favorece a elevação de autoestima e protagonismos positivos no processo de cuidado melhorando níveis de saúde física e mental dos trabalhadores e seus pacientes. Sobre isso, Mendes (2007) diz que uma organização de trabalho inflexível, onde não se tenha a possibilidade de modificar o trabalho sempre prescritivo, permitindo o trabalhador de fazer uso de sua inteligência e novas criações para executar suas tarefas, tende a intensificar o sofrimento do trabalhador.

O trabalhador, entretanto, pode transformar as condições geradoras de sofrimento, buscando/inventando outras formas de enfrentá-las, seja através da sutileza, engenhosidade, autogoverno, abrindo caminhos para suportar o adoecimento sem adoecer, funcionando como modo de proteção. Essas engenhosidades tendem a ser sustentadas pelo coletivo para lidar com as contradições encontradas na precarização do trabalho (SILVA *et al.*, 2015), e, muitas vezes, são essas inventabilidades que dão sustentação no aprimoramento do trabalho de cada um, no que tange inclusive lidar com os afetos provocados:

No setor em que trabalhava tinha uma caixa com produtos de higiene. Na realidade, eram produtos que juntávamos [...] Alguns traziam de casa, outros compravam [...] Eram sabonetes, cremes, mas principalmente perfumes. Os perfumes eram os preferidos. Tinha o perfume com uma tampa dourada, que seu João (morador de rua, paciente acamado) preferia. Tinha o perfume de flores, que ficava a tarde inteira no ambiente (e às vezes ia pra casa na nossa roupa), que era o preferido de Dona Rosa (paciente confusa, internada há quase um mês, que a família pouco visitava ou trazia material de higiene). Tinha o pós-barba esquecido por outro paciente. Alguns pacientes só aceitavam fazer a barba se fosse para usar o pós-barba da caixa.²³

Quando se vê, todos os dias, o sofrimento dos pacientes, além do trabalhador desenvolver alguma forma a lidar com o seu sofrimento, é necessário desenvolver outras tantas formas de auxiliar o sofrimento do outro. A caixa de produtos de higiene foi surgindo através de uma conversa informal, evidenciada pela falta de sabonetes, hidratantes, material para tricotomia na instituição. Como era possível tomar banho e não ficar cheiroso? Como era possível receber um morador de rua na unidade e não ter condições de auxiliar o seu bem-estar? Como era possível viver e trabalhar sem tudo que nos era relatado após o auxílio, que por si só já modificava, inclusive, o aspecto da doença. Os trabalhadores desse setor, de certa forma, foram deixando de serem vítimas e passaram a desenvolver formas de intervir nas realidades de trabalho.

Em alguns momentos constantemente vivenciados pela equipe, apresentou-se a necessidade de revisitar, estranhar, analisar, construir outras linhas de fuga em busca de outros mundos e processos (CRUZ, 2015), ou seja, além da saúde dos pacientes, é provável que esse processo seja importante para a promoção de saúde dos trabalhadores também, onde coletivamente agem sobre o meio, sobre a organização e sobre si mesmos. Desenvolver as inevitabilidades do cotidiano permite aos trabalhadores se reconhecerem no que fazem, tanto no resultado do trabalho realizado, como naquilo que o sujeito faz de si na sua própria atividade. São intervenções na prática do autogoverno que cuidam de si e cuidam dos outros, mesmo vivendo em um meio de constante dor e luto, evidenciando assim que gestão e cuidado são inseparáveis e cuidar é também um ato de gestão/governo no e do trabalho.

A permanente exposição à insalubridade e à penosidade ou a outros fatores que produzem doenças no trabalho hospitalar vêm da própria natureza desse trabalho,

²³ Durante a Tenda do Conto, a pesquisadora registra situações, momentos e lembranças vivenciadas junto às trabalhadoras. A dinâmica da Tenda do Conto era realizada nesse momento com Violeta, técnica em enfermagem.

determinantes principais do objeto do trabalho: a dor, o sofrimento e a morte do outro. Entretanto, esse mesmo trabalho, paradoxalmente, é capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos defensivos, quando as condições permitem aos trabalhadores realizarem os cuidados de modo satisfatório tanto para os pacientes como para eles próprios. Ao ouvir relatos dos trabalhadores da saúde comumente são citadas transformações de percepção sobre a vida e até novas maneiras de viver, vinculado diretamente com o convívio cotidiano com a dor e a morte:

A gente sabe que pode contar com a equipe [...] E tem a alegria da gente de sair e ter a família nos esperando e tentar dar o real valor a isso. A enfermagem tem disso, ela faz a gente ficar mais humano. Fazer com que a dor do paciente seja amenizada com conforto, com carinho, com atenção, isso acabou me transformando. (Margarida)

Como é bom ter meu emprego, minha mãe, minha filha [...] Eu valorizo o que eu não valorizava antes. Hoje tudo é mais profundo, ver que agente consegue melhorar a vida da pessoa com o pouco. (Violeta)

E isso me marcou e me fez entender que a vida é curta, a gente vive de momentos, então me fez dar mais valor a minha família, tentar dar mais valor às pessoas que estão ao meu lado, tentar passar mais o tempo, o pouco tempo que a gente tem, pois passamos mais tempo dentro do hospital, juntos e fazer desse momento o melhor. (Margarida)

Sou mais feliz por fazer o que eu gosto, por ter oportunidade de encontrar ótimos profissionais todos os dias, por trocar todos os dias o cuidado com o outro, e saber que em algum momento eu estou sendo importante para alguém. Que eu estou fazendo o bem, que estou tentando acalantar o coração e, talvez, o sofrimento de outra pessoa. (Rosa)

Eu vejo o sofrimento sendo encarado como potência mesmo, um sofrimento que faz com que a gente queira fazer a vida diferente por mais que, por vezes, a gente não consiga. Alguns, talvez, tentem mais que os outros que esses sentimentos potencializem o ambiente do trabalho. (Rosa)

Acompanhar e cuidar de pacientes permite que suas histórias sejam compartilhadas e que sejam projetadas para as histórias de vida dos próprios trabalhadores. Não é incomum ver uma colega chorar ao ver um paciente de sua idade morrer, não é incomum a equipe inteira se comover com a doença de um paciente onde toda sua família está envolvida. Não é incomum a angústia que se mantém durante dias que uma criança está na UTI, ou durante a internação da paciente que tem a idade da mãe, o adolescente que tem a idade do filho. Por isso é tão necessário o cuidado no interior da equipe, mas também o olhar atento da instituição, ainda que (e que bom que)

os trabalhadores recorram a outras práticas, fora do mundo do trabalho, para elaborar os processos vividos no trabalho:

Então, tu tens uma rotina pesada de trabalho, tem uma rotina pesada em casa, necessita que tu tenhas um momento de conversa, momento de reflexão mesmo, para poder equilibrar, enfim [...] E se não for um momento de reflexão, que seja um momento de meditação, momentos de encontro que sejam oportunizados. (Rosa)

Eu me foco muito em desopilar essa carga negativa. Eu vou para academia, eu faço exercício pelo menos umas quatro vezes na semana, para mais se der, para tirar esse peso, eu vou lá e tiro tudo [...] Acabo saindo leve, porque realmente pesa muito pra gente. (Orquídea)

Eu tento encontrar energia e força para essas questões na missa, acho que é o momento que eu mais consigo refletir. (Rosa)

Toda quinta-feira frequento minha religião (umbanda). Eu sinto que me faz bem, me faz relaxar dos estresses da semana. (Violeta)

Toda semana combinamos de sair um dia e relaxar, comer algo ou até jogar futebol. As gurias (da equipe de trabalho) gostam e participam. (Orquídea)

Acredito que o que me ajuda no dia a dia é a prática de *Reiki* também. Resgata momentos de meditação, de reflexão. (Rosa)

Quando eu me sinto muito pesada eu vou ao centro (espírita) para tomar passe. Eles me estimulam para continuar indo sempre e eu vou. (Margarida)

Nos dias em que folgo nos finais de semana eu levo meu filho na Usina do Gasômetro (grande área de lazer de Porto Alegre) e ficamos andando de bicicleta e patins o dia inteiro, assim consigo esquecer um pouco dos pacientes. (Margarida)

Se compreendermos que o viver causa sofrimento e dor e que a problemática é o que fazemos com isso: produzimos mais vida ou adoecemos. E que no trabalho, por ser lugar de viver, também é gerado sofrimento, que esse sofrimento tende a ser transformado em potência, criando inclusive mecanismos para lidar com os desafios diários, torna-se necessário observar que em outros espaços de trabalho em saúde esses mecanismos não tendem a ser ativados, ou não existe certo estímulo para que sejam desenvolvidos. Seja por parte dos próprios trabalhadores ou pela instituição, o que tende a desestimular a existência de equipes, que na verdade são grupos ou ajuntamentos de pessoas que desenvolvem as mesmas funções.

A respeito disso e a respeito do olhar desatento das instituições, Pitta (2003) desenvolveu um estudo onde foi constatado que 42,1% dos trabalhadores da saúde que responderam a pesquisa referiram problemas de saúde no local de trabalho nos últimos

seis meses antes de conseguirem agendar uma consulta. Desses trabalhadores, tratando-se da psicopatologia, utilizando um *screening*, foi possível identificar que 60,2% tiveram problemas geniturinários, 53,1% dos trabalhadores eram suspeitos de transtornos mentais e 42% sofriam de doenças do aparelho digestivo (gastrite nervosa como queixa mais frequente).

Na instituição onde eu trabalho, embora consiga atender a um número pequeno de trabalhadores, existem algumas terapias alternativas oferecidas no Serviço de Saúde do Trabalhador. Uma vez por semana é oferecida a terapia de *Reiki* para 12 trabalhadores, as inscrições são realizadas previamente, três vezes ao ano são oferecidas oficinas de conscientização quanto ao uso do tabaco, através de filmes e rodas de conversas. Além dessas alternativas, o serviço conta com médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, nutricionista, fisiatra e fisioterapeuta que atendem os trabalhadores de forma individual. Em contraponto, cabe enfatizar que esse mesmo hospital possui em torno de 4.000 trabalhadores ativos e que para realizar o agendamento de consulta é necessário estar na fila antes das sete horas da manhã do dia que pretender consultar.

Cabe a reflexão quanto à organização do trabalho. Os trabalhadores que cuidam de doentes, também estão doentes? Qual o olhar que é voltado para o trabalhador da saúde? Os setores responsáveis pela saúde do trabalhador atingem os trabalhadores e equipes ou o trabalho desenvolvido é meramente paliativo? Através das falas das trabalhadoras a respeito dos ambientes de trabalho, e reflexões a partir disso, é possível perceber que a busca por terapias, reflexões e outras atividades são por iniciativas das mesmas. Deveria haver somente a mobilização do trabalhador a respeito disso? Então, até que ponto as próprias instituições não se responsabilizam por isso?

Sabe-se que em termos de organização do trabalho a cooperação é um investimento significativo que determina inclusive a qualidade das ações. Sabe-se também que o crescimento coletivo é mais benéfico do que individualismo, principalmente nas atividades hospitalares onde trabalhar junto apresenta-se como riqueza fundamental. Por isso, preocupo-me por chegar a tal ponto da discussão onde ainda questiono-me. Não quero dizer que os trabalhadores são submissos somente ao que é proposto pela instituição, mas percebo que muito falta a partir dessa “política”, ainda que todo trabalhador chegue ao local de trabalho trazendo consigo sua história de vida, costumes, aprendizados e experiências.

Não pretendo restringir ou responsabilizar o processo de possível adoecimento ou quadro saúde/doença do trabalhador somente ao trabalho realizado no cotidiano (até

por que conforme referido pelas próprias trabalhadoras, o trabalho em saúde não produz somente desgaste e sofrimento), nem a uma política de saúde do trabalhador bastante falha, mas ao conjunto de gestores, órgãos de fiscalização e políticas nacionais que deveriam estar atentos a essas questões do cotidiano do trabalhador da saúde. Até porque é necessário que se leve em conta, além do cotidiano do trabalho hospitalar, as cargas de tensão e conflito que mobilizam sujeitos que se situam nos limites da atividade humana e suas próprias histórias.

O sofrimento como potência provavelmente seja minha maior descoberta nesse estudo, mas perceber como a trabalhadora é pesquisadora efetiva das vivências que o mundo do trabalho proporciona seja outra. O hospital, local onde todos os dias trabalhadores organizam-se para realizar o cuidado do outro. Trabalhadores, esses, que possuem memórias, histórias e muitos problemas em suas vidas e que lidam com tudo isso enquanto cuidam do outro. Trabalhadores que deslocam o sofrimento, que transformam o sofrimento seu e do outro em potência para desenvolver o cuidado. Trabalhadores que sublimam seus problemas, que os compartilham no dia a dia, na tentativa de ressignificar o sofrimento.

Nessa perspectiva, recuperar as dimensões imaginárias e simbólicas interagindo no mesmo momento que os trabalhadores acionam ossos, músculos, nervos e afetos nos movimentos necessários para desenvolver suas ações é, conforme relatos e narrações inseridas no decorrer da escrita, compreender a amplitude do que se envolve no fazer diário e de tudo que está por trás, pelos lados e por dentro de cada um. Passo agora a sentir o que de mais concreto existe em mim, o que eu vivi e produzi, talvez diferente do que outros vivem. E, por momentos, me questiono se estou no lugar certo, se tanta desacomodação faria parte de outros campos de trabalho e por que me encontro aqui...

Entretanto, não me imagino longe de tudo isso.

7 Considerações Finais: Fechando para possibilitar novas aberturas

O hospital tende a proporcionar, a todo instante, encontros cuidadores (previsíveis e imprevisíveis, que a vida produz) que vão gerando marcas nos corpos. As histórias contadas pelos trabalhadores analisadas nessa pesquisa sugerem que nesses encontros, independentemente de quem está envolvido, mecanismos vão sendo ativados e (re)inventados no autogoverno de cada um. Esses mecanismos, que tendem a ser ativados no cotidiano hospitalar dos trabalhadores, andam na direção da construção dos cuidados de si no mundo do trabalho em saúde.

Conhecer e explorar as experiências de outras colegas, mesmo que convivendo cotidianamente, permitiu que eu me deslocasse de territórios conhecidos por mim, para cartografar em outras produções, outros campos de investigação, outros modos de governar, outros jeitos de cuidar de si. Cuidar de si apresentou-se como um pressuposto para cuidar dos outros, o que dá potência para o trabalhador da saúde em sua produção cotidiana. Importante ressaltar que os resultados apresentados foram análises e percepções minhas, portanto, ênfase que de outros interiores devem ter surgido demais caminhos que podem e devem ser percorridos.

Quanto às contações a respeito de cuidar de si na prática do autogoverno, da inteligência criativa e de defesa contra a medicalização/medicamentação foi possível mapear algumas práticas cotidianas como: fortalecimento de identidade, autorreconhecimento, engenho no ambiente de trabalho, cooperação intraequipe e prática de atividades fora do ambiente de trabalho. Práticas que dizem respeito a olhar para si, assim como a produção dessa pesquisa diz muito do olhar para mim, montando e desmontando (meus) mundos e muros. Arrisco, inclusive, a reflexão de que se não houver esses movimentos, em seu autogoverno, o trabalhador da saúde não consegue cuidar de si, tendendo a conduzir seu cuidado aprisionado ao constituído.

Através de inquietações do dia a dia do trabalho em saúde, contadas pelas trabalhadoras/pesquisadoras, foram apontados alguns dos modos de cuidar de si (delas): pelos ruídos, encontros, socializando, na micropolítica/por dentro de si- nas reflexões do cotidiano, na cooperação/por dentro da equipe, na coesão do trabalho em equipe, no reconhecimento do outro, no autogoverno e criações do cotidiano, na mobilização subjetiva, que ressignifica o sofrimento.

Ressignificar o sofrimento como o que é sofrido pelo corpo por estar exposto, diferente de significar todo sofrimento como dor. Resignificar o sofrimento como potência para transformar, para despertar novos modos de cuidar de si, no sentido de

adquirir potência de autoanálise, dando ao sujeito do trabalho em saúde, a condição de operar seu processo de trabalho, inclusive dentro da instituição hospitalar, modificando as linhas limitantes e abrindo novas fronteiras do agir para lidar com os afetos provocados no cuidado em saúde.

Durante a pesquisa eu percorri algumas experiências vividas em mim, como trabalhadora da saúde, descobri outros locais de trabalho, outras composições de equipes. Eu percebi iniciativas vindas de outras trabalhadoras no seu autogoverno e construção de outras práticas que tendem a surgir a partir dos afetos provocados, como a caixa de produtos de higiene, por exemplo. Para lidar com os afetos provocados, as trabalhadoras enfatizaram algumas estratégias que foram colhidas durante as contações: Ferramentas que são desenvolvidas nos interiores das equipes, produção de vínculos, hiperatividade verbal, verbalização de outros acontecimentos, projeções, novas construções após partilhar a dor do outro e agressividade reativa. Além disso, importante enfatizar que os Serviços de Saúde do Trabalhador poderiam melhor contribuir para a saúde dos trabalhadores, caso a lógica de organização desses serviços fosse pautada por processos que tomam isso como central.

Espera-se com essa pesquisa, aprofundar a visão do que seja o cuidado de si no cotidiano do trabalho em saúde. Um cuidar de si que é compreendido pelos trabalhadores e equipes como o encontrar-se no outro, através da troca, cuidados em ato e relação do dia a dia. Um cuidar de si que compreende os mecanismos que são ativados e construídos intraequipe e na micropolítica. O cuidado de si que acontece na escrita, no compartilhamento de ansiedades e inquietações que se constituem no coletivo e em mim. Agradeço a você por ter aceitado dividir comigo tanto sofrimento.

Para as trabalhadoras/pesquisadoras participantes espera-se contribuir na elaboração do sofrimento que todo dia incide no corpo e na mente, que ressignifiquem-o, potencializando esse sofrimento em crescimento, produzindo novos sentidos do viver e que seja transformado em potência para o cuidado dos outros, mas, sobretudo, para o cuidado de si.

Referências

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 39, p. 133-44. 2013.
- BANDEIRA, M. L. H. **Encontro marcado do psicodrama com a auxiliar de enfermagem: antes que a chama se apague...** 2004. 138f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- BARROS, J. O.; LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 228-35, 2016.
- BECKER, S. G. **Cuidar de si cuidando do outro, ampliando a consciência do eu.** 2004. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- BORGONOVO, K. D. S. **Vivenciando o cuidado transdimensional com trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica.** 2001. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de velhos.** São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2004. 19 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. 64 p. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2009. 64 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Brasil sem AVC. **Acidente Vascular Cerebral (AVC).** Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2012/04/acidente-vascular-cerebral-avc. 2012a. Acesso em: 21 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b. 12 p.
- CAMINHANDO com tim tim.** Vídeo e texto de Genifer Gerhardt. Documentário curtametragem 4'29''. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=1dYukOrq5RI>>. Acesso em: 29 fev. 2016.
- CECCIM, R. B. *et al.* Círculos em Redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum Sociológico**, Lisboa, v. 24, n. 2, p. 01-10, 2014.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Ascom. **Pesquisa Perfil da enfermagem no Rio Grande do Sul.** Disponível em <http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-de-enfermagem-no-rio-grande-do-sul_33376.html>. Acesso em: 21 out. 2015.

CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A.(Orgs.). **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas; 2011. p. 70-83.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar:** conversações sobre o governo de si e dos outros. 2015. 236f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez – Oboré; 1992.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. Tradução: DOMINGUES, I. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. 3 ed. São Paulo: Atlas; 1994, p. 21-32.

DEJOURS, C. **O Fator Humano**. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV; 1997.

DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: FGV; 1999.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, Dez. 2004.

DEJOURS, C. **Tomo II: Trabalho e Emancipação**. Sobradinho: Paralelo 15; 2012.

DEJOURS, C. A sublimação, entre o sofrimento e o prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, Lisboa, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

DELEUZE, G. **Espinosa** - Filosofia Prática. São Paulo: Escuta; 2002.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. **Mil Platôs:** capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: 34(Coleção Trans, v.1); 1995.

EPS EM MOVIMENTO. **Entrada, Apresentação**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao/>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-76, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 18, n. 9, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1982.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir:** nascimento da prisão. Tradução Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis: Vozes; 1987.

- FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). Tradução Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
- FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 459-74.
- FRANCO, T. B. ; MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2016.
- FRANCO, T.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013.
- GADELHA, M. J. A.; FREITAS, M. L. A arte e a cultura na produção de saúde: a história da Tenda do Conto. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 53-58, 2010.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Quem somos: conheça o GHC**. Porto Alegre (RS): Grupo Hospitalar Conceição; 2010. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=1>>. Acesso em: 20 fev. 2016.
- GUATTARI, F. **Caosmose**. São Paulo: Editora 34; 1998.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografia do Desejo. Petrópolis: Vozes; 2000.
- HESBEEN, W. **A reabilitação**: Criar novos caminhos. Loures: Lusociência; 2003. ISBN 972-8383-43-6.
- IRIART, C.; MERHY, E. E. Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005002103&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2017.
- LAPOUJADE, D. O corpo que não aguenta mais. Tradução Tiago Seixas Themudo. **Revista Polichinelo**, Belém, 2011. Disponível em <<https://revistapolichinelo.blogspot.com.br/2011/04/o-corpo-que-nao-aguenta-mais.html>>. Acesso em: 25 out. 2016.
- LOPES, J. C. C. **A voz do dono e dono da voz**: trabalho, saúde e cidadania no cotidiano fabril. 1.ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
- MACHADO, R. **Deleuze, a arte, a filosofia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
- MARTINS, L. A. N. Saúde Mental dos Profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003.
- MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org). **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. Cap. 1, p. 29-48.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MERHY, E. E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 27, p. 281-306, 2009.

MERHY, E. E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S. ; MOURÃO, L. C. ; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 579-96.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, I. B. ; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 348-52.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 3.ed. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. (Orgs.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 27.ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 9-29.

MORSE, J. M. Designing Founded Qualitative Research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 220-35.

NEGRI, A. Por uma definição ontológica de multidão. In NEGRI, A. **Cinco lições sobre império**. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2003. p. 163-78.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da Moral**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5.ed. São Paulo: Hucitec; 2003.

ROCHA, M. *et al.* O usuário-guia nos movimentos de uma Rede de Atenção Psicossocial em um Município do Rio de Janeiro. In: GOMES, M. P. C., MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 105-34.

RODRIGUES, E.; CORREA, H. Escoando imagens. **Revista Novas Tecnologias na Educação**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 1-13, 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2.ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS; 2014.

SANTOS, L. M. *et al.* Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-52, 2006.

SILVA, E. **Circo-Teatro: Benjamin de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil**. São Paulo: Altana; 2007.

SILVA, E. A. ; COSTA, I. I. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, 2008.

SILVA, R. V. S. *et al.* A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. **Revista Interinstitucional de Psicologia**. Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 415-27, 2015.

SOUZA, E. **Uma Invenção da Utopia**. São Paulo: Lume Editor; 2007.

VALLA, V. V. A vida religiosa como estratégia das classes populares na América Latina de superação da situação do impasse que marca suas vidas. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 265-95.

VIETTA, E. P. **Psiconeuroimunologia: emoções e saúde**. Ribeirão Preto. Disponível em <<http://ed238729.no.comunidades.net/psiconeuroimunologia-emocoes-e-saude>>. Acesso em: 07 dez. 2015.

Apêndice A– Informações de Vida e Trabalho

1. Contexto familiar
1.1 Idade:
1.2 Com quem reside:
1.3 Dificuldades familiares:
2. Mundo do trabalho
2.1 Quantos anos trabalha na profissão:
2.2 Locais que trabalha/trabalhou e quanto tempo:
2.3 Situações de precarização do trabalho:
3. Percepções da saúde
3.1 Utilização de medicação? Qual medicação? Quanto tempo?
3.2 Afastamentos do trabalho? Motivo? Quanto tempo?
3.3 Práticas de terapias alternativas?

Apêndice B – Guia da Tenda do Conto

(Extraído de EPS EM MOVIMENTO, 2014)

Abertura: informações sobre os objetivos do estudo.

Esclarecimentos gerais: sobre a dinâmica da tenda do conto, contação de história, caixa de afecções e função radar.

CAIXA DE AFECÇÕES: A proposta da caixa de afecções possibilita uma reconexão com o vivido, através das memórias, sensações, ideias e percepções.

FUNÇÃO RADAR: Através do olho vibrátil, diferente do olho retina.

O olho vibrátil é capaz de identificar situações do cuidado em ato que nos afetam construindo o mundo do trabalho com vivências, trocas, experiências e encontros.

Setting: leitura e assinatura do TCLE.

Contação de história: Você está sendo convidado a partilhar afecções de si enquanto trabalhador no mundo do trabalho. Você está sendo convidado a deixar vazar o território do trabalho. O que você tem para contar?

Proposições finais:

O QUE VOCÊ VÊ?

O QUE VOCÊ PENSA DO QUE VÊ?

O QUE VOCÊ FAZ COM O QUE VOCÊ PENSA DO QUE VÊ?

Encerramento: agradecimentos à participação da trabalhadora e esclarecimentos sobre validação das falas escolhidas para compor o relatório final.

Apêndice C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul intitulada: **InquietAÇÕES do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização de quem cuida**, que tem como objetivo principal compreender como os trabalhadores de enfermagem constroem cuidados de si. O tema escolhido se justifica pelo aprofundamento do estudo na saúde do trabalhador da saúde, em específico o de enfermagem comprometido com o cuidado no serviço de saúde, que executa o trabalho, de certa forma, adoentado.

O trabalho está sendo realizado pela mestranda Gabriela Fabian Nespolo sob a orientação do Professor Dr. Emerson Elias Merhy.

Para alcançar os objetivos do estudo você participará de uma dinâmica de Tenda do Conto que será gravada pela autora, com duração aproximada de 30 minutos, onde será seguido o roteiro do guia, constante no Apêndice B. Os seus dados de identificação serão confidenciais e o seu nome reservado. Os dados gravados serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados durante cinco anos e após totalmente destruídos, obedecendo a Resolução 466/2012.

Eu _____, recebi as informações sobre o estudo e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e profissional;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Da possibilidade da geração de riscos, como possível desconforto ao recordar e relatar determinadas situações do cotidiano;

Versão aprovada em:

07 DEZ 2015

Comitê de Ética em Pesquisa
Grupo Hospitalar Conceição

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora: Gabriela Fabian Nespolo, telefone (51) 97012059, e-mail: gabrielanespolo@hotmail.com e endereço Rua Esperança, 25, bairro Sarandi, Porto Alegre. O orientador Emerson Elias Merhy pode ser contatado pelo número (51) 33081974.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRJ/Macaé pelo telefone (22) 2796-2552, endereço Rua Aloisio da Silva Gomes, 50, Granja dos Cavaleiros, Macaé/RJ, CEP 27930-560, 160 Bloco B, e/ou com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador Geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein, 596, Porto Alegre, RS, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h;
- Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de 201_.

Assinatura Participante

Assinatura Pesquisador

Versão aprovada em:

07 DEZ 2016

Comitê de Ética em Pesquisa
Grupo Hospitalar Conceição

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: InquietAÇÕES do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização de quem cuida

Pesquisador: Emerson Elias Merhy

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61012616.8.0000.5699

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.811.713

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "InquietAÇÕES do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização de quem cuida" tem como pesquisador responsável o Prof. Emerson Elias Merhy do curso de Medicina da UFRJ-Campus Macaé. O mesmo será desenvolvida como parte da dissertação da pesquisadora Gabriela Fabian Nespolo, que encontra-se em fase de desenvolvimento pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Compreender, através das inquietAÇÕES do trabalho em saúde, como os trabalhadores de enfermagem constroem cuidados de si.

Objetivos específicos

- Mapear algumas das invenções dos modos de cuidar de si na prática do autogoverno.

- Compreender de que forma o trabalhador de enfermagem lida com os afetos provocados no cuidado em saúde, no contexto hospitalar.

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50

Bairro: GRANJA DOS CAVALEIROS

UF: RJ

Município: MACAE

CEP: 27.930-560

Telefone: (22)2796-2552

E-mail: cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.811.713

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores, os riscos vinculados ao projeto seriam possíveis desconfortos ao recordar e relatar situações vividas. Enquanto que os benefícios estariam associados ao aumento do conhecimento acerca do assunto. Os autores esclarecem ainda que os resultados globais serão apresentados às voluntárias do estudo, pacientes e a comunidade em geral hospitalar por meio de uma Roda de Conversa a ser realizada no próprio hospital cenário do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que seguirá os pressupostos metodológicos da exploração da multiplicidade de fontes. O estudo será desenvolvido com 20 técnicas de enfermagem da unidade de neurologia adulta de um hospital pertencente a um Grupo Hospitalar em Porto Alegre/ Rio Grande do Sul. A coleta de dados se dará da seguinte forma: (i) inicialmente por meio de um questionário serão coletados os dados relativos à situação funcional e contexto familiar da voluntária e, (ii) posteriormente com a obtenção de narrativas da voluntária sobre si e sobre o seu trabalho, por meio de um dispositivo coletivo denominado de Tenda do Conto a ser elaborada em local calmo, tranquilo, a ser combinado previamente com as participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados, são eles: TCLE (que inclui em seu texto o termo de autorização para uso de depoimento), Folha de rosto, Projeto de pesquisa, Orçamento e Cronograma de execução, Instrumento de coleta de dados, Declaração dos pesquisadores e Termo de anuência da Instituição cenário.

Recomendações:

O projeto de pesquisa está em conformidade com os preceitos de bioética e segue as normas e diretrizes constantes na resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o presente projeto, bem como a documentação apresentada pelos proponentes, emito parecer favorável à aprovação do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50
 Bairro: GRANJA DOS CAVALEIROS CEP: 27.930-560
 UF: RJ Município: MACAE
 Telefone: (22)2796-2552 E-mail: cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.811.713

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_789839.pdf	11/10/2016 21:24:09		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/10/2016 21:21:17	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Declaracao_relatorios.pdf	28/09/2016 23:32:15	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Declaracao_cumprimento_normas.pdf	28/09/2016 23:31:45	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Declaracao_responsabilidades.pdf	28/09/2016 23:30:56	Emerson Elias Merhy	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Relacao_integrantes_ghc.pdf	28/09/2016 23:30:03	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Carta_anuencia_GHC.pdf	20/09/2016 23:17:27	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_GabrielaFabianNespolo.pdf	11/09/2016 23:21:42	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_EmersonEliasMerhy.pdf	11/09/2016 23:20:40	Emerson Elias Merhy	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/09/2016 23:18:11	Emerson Elias Merhy	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/09/2016 23:17:52	Emerson Elias Merhy	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dissertacao_Gabi.pdf	11/09/2016 23:17:25	Emerson Elias Merhy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/09/2016 23:25:33	Emerson Elias Merhy	Aceito
Outros	Parecer_Compesq_enf.pdf	07/09/2016 20:46:30	Emerson Elias Merhy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAE, 08 de Novembro de 2016

Assinado por:
Rejane Correa Marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50
Bairro: GRANJA DOS CAVALEIROS
UF: RJ Município: MACAE
Telefone: (22)2796-2552

CEP: 27.930-560

E-mail: cepufrjmacae@gmail.com

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. 3 DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Teles, 298
CEP 91560-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357 2000
CNPJ: 02.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Divisão Pediatria do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.U.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rêgo, 20
CEP 91680-700 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357 4100
CNPJ: 92.787.026/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Mesquita, 17
CEP 91604-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3354 5200
CNPJ: 92.591.134/0011-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 98.244/96

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 07 de dezembro de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16270

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

GABRIELA FABIAN NESPOLO

EMERSON ELIAS MERHY

Título: Inquietações do trabalho em saúde: da inteligência criativa à biomedicalização de quem cuida.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Esta emenda ao projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.

Porto Alegre, 07 de dezembro de 2016.

ROSA MARIA LEVANDOVSKI
Coordenadora adjunta do CEP-GHC