

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GÍMERSON ERICK FERREIRA

**CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO NO CONTEXTO GERENCIAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Porto Alegre

2017

GÍMERSON ERICK FERREIRA

**CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO NO CONTEXTO GERENCIAL DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Ferreira, Gímerson Erick

Clínica psicodinâmica do trabalho no contexto gerencial da atenção primária à saúde / Gímerson Erick Ferreira. -- 2018.

134 f.

Orientador: Liana Lautert.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Enfermagem do Trabalho. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Psicodinâmica do Trabalho. 4. Sofrimento Psíquico. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Lautert, Liana, orient. II. Título.

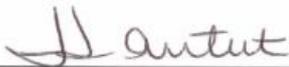
GIMERSON ERICK FERREIRA

Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

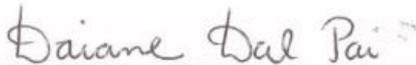
Aprovada em Porto Alegre, 18 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Liana Lautert

Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Clarice Maria Dall' Agnol

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Adrize Rutz Porto

Membro – UFPel

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, primeiramente, por constituir-se energia vital e protetora à travessia dos meus propósitos, e por guiar-me nesta trajetória, conduzindo-me à idealização do sonho de ser docente do magistério superior em uma universidade pública federal. Sonho este que teve início há quase dez anos em Maceió-AL, ainda como bolsista de iniciação científica, com forte inspiração em dois grandes mestres: o **Prof. Dr. Antonio Carlos Silva Costa**, no Curso de Administração, e a **Profa. Dra. Regina Maria dos Santos**, em Enfermagem.

Aos **amigos e familiares** com os quais tive a oportunidade de conviver em diferentes momentos desse percurso, e de diferentes regiões do país. A distância que me separou destes, resumiu-se a meros limites geográficos, pois todos sempre se fizeram presentes em suas orações e crenças, enviando-me energias positivas e bons fluidos durante toda essa trajetória. Sinto-me muito agraciado, pois foram muitos, e gostaria que todos que conseguirem ler esta mensagem, se sentissem representados nesse gesto de gratidão.

À **minha família**, que no sentido contemporâneo que esta traz, constituiu-se não somente por laços consanguíneos, mas por relações de amor, de afeto e de convivência aqui no Rio Grande do Sul. À tia **Marleide Ferreira**, mãe de coração, pessoa com a qual tenho certeza de que posso contar em qualquer situação. Aos irmãos que a vida me deu, **Andre Phylippe Dantas Barros** e **Gustavo Costa de Oliveira**, com os quais compartilhei diversos momentos de alegria e sempre pude contar com o aconchego em momentos difíceis. À **Edemilson Pichek dos Santos**, grande companheiro, exemplo de parceria, cumplicidade e amizade, verdadeiro exemplo de pessoa do bem.

À minha terapeuta, **Rosane Romanenco**, com a qual pude e posso exercitar o processo de fala e escuta (ênfase desta Tese) permanentemente, por suas longas horas de escuta e por proporcionar-me momentos de reflexão, elaboração e orientação por caminhos melhores.

Aos **coordenadores de unidades de saúde** de Porto Alegre, sujeitos que protagonizaram este estudo, por aceitarem contribuir com este estudo. Agradeço também a todos os **trabalhadores da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal**, que, de algum modo, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às **minhas grandes amigas e maravilhosas colegas de profissão**, enfermeiras doutoras, **Clarissa Bohrer da Silva**, **Claudia Capellari**, **Dagmar Elaine Kaiser** e **Vilma Constancia Fioravante dos Santos**. Não caberia nesta Tese tudo o que vocês fizeram por mim durante todo este processo. Vocês foram meu porto-seguro em diferentes momentos dessa jornada. Sou imensamente grato às apostas em mim feitas por Claudia e Dagmar, e que engrandeceram a minha carreira; e à Clarissa e Vilma, amigas-irmãs, pelo carinho, compreensão e calor fraterno que sempre me propiciaram neste percurso.

Aos **meus colegas de trabalho, contemporâneos do mestrado e doutorado, professores e discentes de graduação dos cursos de Enfermagem da FACCAT e de Gestão Hospitalar da Fasaúde** pelos momentos de prazer e sofrimento compartilhados. Pelas situações de aprendizagem docente que pude vivenciar no convívio com vocês. Um agradecimento especial aos **meus afilhados, enfermeiros egressos da FACCAT em 2017**, que com o lindo gesto de carinho e de reconhecimento, me escolheram paraninfo da turma, mobilizando-me ainda para o alcance dos meus sonhos. Em meio a tantas incertezas, impasses e conflitos que a construção de um doutor impõe, vocês me fizeram acreditar que eu estava no caminho certo. Este foi, sem dúvida, o maior gesto de reconhecimento que eu poderia ter.

Aos meus orientandos de iniciação científica e de trabalho de conclusão de curso, Edemilson Pichek dos Santos, Jorge Souza da Cruz, Samanta Andresa Richter e Tamires Viviane Aparecida Diehl, por suas intensas contribuições em diversas etapas do desenvolvimento desta Tese. Cada um de vocês teve contribuição ímpar neste empreendimento, e sou imensamente grato pelo gesto de cooperação e nobreza de vocês.

Às poderosas mulheres, enfermeiras, professoras, pesquisadoras, que compuseram a Banca Examinadora que validou esta Tese. Verdadeiros exemplos de inspiração em suas expertises, companheiras de profissão e orientadoras, no real sentido da palavra. Não encontro meios para agradecer por tudo o que vocês agregaram a mim, à minha carreira, ao meu modo de ser e de agir. Fica aqui, nestas singelas descrições, a minha eterna gratidão:

À Profa. Dra. Adrize Rutz Porto, contemporânea de pós-graduação, com a qual pude compartilhar diversos momentos de prazer e de sofrimento ao longo dessa caminhada. Sem dúvida, exemplo de proatividade onde estiver, e que trouxe contribuições pertinentes a esta Tese, sobretudo relacionadas ao contexto gerencial da APS.

À Profa. Dra. Clarice Maria Dall’Agnol, orientadora de Mestrado. Agregou à esta Tese, especialmente por suas abordagens relacionadas ao processo de emancipação, trabalho gerencial e proatividade. Minha verdadeira gratidão por guiar-me a trilhar por caminhos estratégicos, como a representação discente, a postura e conduta de um aluno exemplar, e à busca pela mudança de nível, do Mestrado para o Doutorado. Herdei de ti características e aprendizados que foram fundamentais para galgar novos degraus e alcançar novos patamares, e que, quando notados, sou carinhosamente chamado de “Claricinha”, o que para mim é uma honra. Espero um dia alcançar sua maturidade profissional, especialmente quando abriu mão de desenvolver um projeto idealizado conjuntamente por nós, vislumbrando que ele teria mais sentido se fosse orientado por outra colega.

À Profa. Dra. Daiane Dal Pai, verdadeiro anjo da guarda, por seus ensinamentos relacionados à Psicodinâmica do Trabalho, e por sempre “aparecer” em momentos acadêmicos difíceis, percebendo em meu olhar, a necessidade de conforto. Com você aprendi a essência da escuta apregoada por Dejours, pois em muitos momentos, pude me sentir “escutado”. Uma escuta que não se limitou a ouvir, mas a perceber e a sentir a necessidade de um abraço, quando nenhum outro havia percebido.

À Profa. Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte, ou simplesmente Erica. Amiga, irmã, mãe, colega, orientadora e espelho profissional. Por enxergar em minha essência a orientação para a enfermagem comunitária e para a gestão compartilhada, democrática, antes que eu mesmo percebesse. Por estar sempre presente, mesmo quando não estava por perto, e por fazer-me presente em suas orações à Nossa Senhora Desatadora dos Nós. Por suas ideias, apoio e contribuições ao projeto que deu origem a esta Tese, e por toda a caminhada que possibilitou-me trilhar. Espero tê-la por perto, por toda a minha vida.

Por fim, à Profa. Dra. Liana Lautert, excepcional orientadora de Doutorado. Por sua aceitação imediata em me orientar, mesmo prestes a encerrar sua carreira profissional. Tenho muito orgulho por carregar a responsabilidade de ser o último orientando dessa brilhante trajetória profissional que desempenhaste na enfermagem. Espero ter encerrado esse ciclo à altura de suas expectativas, e contribuir com a enfermagem tanto quanto você contribuiu.

Estes são os meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

FERREIRA, Gímerson Erick. **Clínica psicodinâmica do trabalho no contexto gerencial da atenção primária à saúde**. 2017. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

O trabalho constitui elemento central no desenvolvimento psíquico e na constituição da identidade, e, a depender do sentido que assume, pode ser considerado espaço de emancipação e/ou de servidão. Na Atenção Primária à Saúde (APS), cujo trabalho norteia-se por pressupostos da integralidade, da humanização e do acolhimento, os coordenadores de Unidades de Saúde da Família (USF), pela posição gerencial e estratégica que assumem, encontram-se vulneráveis a situações contraditórias e ambíguas no trabalho, as quais podem comprometer sua saúde. Esse contexto desperta a preocupação da Enfermagem na atenção à saúde do trabalhador, sinalizando a necessidade de desenvolver ações promotoras de reflexão e/ou transformação de dinâmicas geradoras de sofrimento e adoecimento laboral. Com base no aporte teórico-prático da Clínica Psicodinâmica do Trabalho (CPdT), teoria e prática proposta por Christophe Dejours, desenvolveu-se uma pesquisa com o objetivo de promover a escuta clínica no contexto gerencial da APS, em análise à CPdT de coordenadores de USF de uma região distrital de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A prática clínica deu-se em espaços de interação dos coordenadores de USF de uma gerência distrital, em que realizaram-se análises de documentos e registros institucionais, observações em reuniões de coordenação, entrevistas clínicas em escuta a 12 coordenadores, e cinco sessões coletivas, no estilo “reunião-almoço”. As informações, registradas em diários de campo e memoriais foram interpretadas por meio da Análise Clínica do Trabalho, de Mendes e Araujo (2012), adaptação do método dejouriano à realidade brasileira. O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, CAAE: 61375216.5.0000.5347. A Análise Clínica do Trabalho permitiu identificar a dinâmica das relações de trabalho no contexto em que se inserem os coordenadores da APS, traduzindo a produção dos coletivos e o invisível do trabalho. Constituíram-se dispositivos clínicos neste processo, o acolhimento afetivo, a identificação com a dor do outro, as confrontações, os esclarecimentos e a construção de novas perspectivas. A análise psicodinâmica do trabalho revelou que o contexto de trabalho do coordenador possui cadências institucionais, porém com ritmos de coordenação, as quais fomentam a (in)visibilidade destes profissionais, acentuam os limites entre o prescrito e o real do trabalho e estimulam a servidão voluntária e a convivência estratégica. Identificaram-se traços de mobilização manifestos na busca da solução pensada para dar conta do real do trabalho de coordenação, momento em que adotam estratégias defensivas, as quais, podem culminar no adoecimento. Em geral, apresentam danos físicos, fisiológicos, sociais e psíquicos. A análise da mobilização do coletivo de trabalho de coordenadores revelou o desejo de cooperar e de buscar alternativas emancipatórias. Ao final, validou-se a Tese que a promoção de espaços de deliberação no trabalho em saúde, proporcionados pela escuta clínica na prática da CPdT, favorece o pensar e o agir acerca da organização do trabalho gerencial em APS, e permite situá-lo na antítese emancipação-servidão. A experiência prática em CPdT reflete contribuições significativas para as práticas avançadas de Enfermagem, desvelando novas e diferenciadas possibilidades de cuidar.

Palavras-chave: Enfermagem do Trabalho; Saúde do Trabalhador; Sofrimento Psíquico; Atenção Primária à Saúde, Psicodinâmica do Trabalho.

ABSTRACT

FERREIRA, Gímerson Erick. **Psychodynamic work clinic in the management context of primary health care**. 2017. 135 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

Work is a central element in psychic development and in the constitution of identity and, depending on the sense it assumes, can be considered a space of emancipation and/or servitude. In Primary Health Care (PHC), whose work is guided by the presuppositions of integrality, humanization, and acceptance, the Coordinators of Family Health Units (USF), because of the managerial and strategic position they assume, are vulnerable to contradictory and ambiguous situations at work that may compromise their health. This context raises concerns for the health of nurses, signaling the need to develop actions that promote the reflection and/or transformation of dynamics that generate suffering and work sickness. Based on the theoretical-practical contribution of the Psychodynamic Work Clinic (CPdT) theory and practice proposed by Christophe Dejours, a research study was developed with the objective of promoting clinical listening in the managerial context of APS in the CPdT-based analysis of USF coordinators from a district health area of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Clinical practice took place in the interaction spaces of the USF coordinators, in which documents and institutional records, observations in meetings, coordination interviews, clinical interviews in listening to 12 coordinators, and five collective sessions in the "lunch-meeting" style were analyzed. The information, recorded in field journals and memorials, was interpreted through the Clinical Work Analysis by Mendes and Araujo (2012), adapting the Jesuit method to the Brazilian reality. The study was approved by the Research Ethics Committees of UFRGS and the Municipal Health Department of Porto Alegre, CAAE: 61375216.5.0000.5347. The Clinical Work Analysis allowed us to identify the dynamics of labor relations in the context of the PHC coordinators, translating the production of the collective and the invisible parts of the work. Clinical devices were constituted in this process, the affective reception, the identification with the pain of the other, the confrontations, the clarifications and the construction of new perspectives. The psychodynamic analysis of the work revealed that the work context of the coordinator has institutional cadences, but with rhythms of coordination, which foster the (in) visibility of these professionals, emphasize the boundaries between the prescribed and the real work and encourage voluntary servitude and strategic coexistence. Signs of mobilization have been identified in the search for a solution designed to account for the real work of coordination, at which point they adopt defensive strategies, which may culminate in illness. In general, they present physical, physiological, social and psychic damages. The analysis of the mobilization of the collective work of coordinators revealed the desire to cooperate and to seek emancipatory alternatives. At the end, the thesis was validated that the promotion of spaces for deliberation in health work, provided by clinical listening in the practice of CPdT, favors thinking and acting on the organization of managerial work in PHC, and allows situating it in the antithesis emancipation-servitude. The practical experience in CPdT reflects significant contributions to the advanced Nursing practices, revealing new and differentiated possibilities of caring.

Keywords: Work Nursing; Worker's health; Psychic Suffering; Primary Health Care.

RESUMEN

FERREIRA, Gímerson Erick. **Clínica psicodinámica del trabajo en el contexto gerencial de la atención primaria a la salud.** 2017. 135 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

El trabajo constituye un elemento central en el desarrollo psíquico y en la constitución de la identidad, y, a depender del sentido que asume, puede ser considerado espacio de emancipación y / o de servidumbre. En la Atención Primaria a la Salud (APS), cuyo trabajo se orienta por presupuestos de la integralidad, de la humanización y de la acogida, los coordinadores de Unidades de Salud de la Familia (USF), por la posición gerencial y estratégica que asumen, se encuentran vulnerables a situaciones contradictorias y ambiguas en el trabajo, que pueden comprometer su salud. Este contexto despierta la preocupación de la enfermería en la atención a la salud del trabajador, señalando la necesidad de desarrollar acciones promotoras de reflexión y / o transformación de dinámicas generadoras de sufrimiento y enfermedad laboral. Con base en el aporte teórico-práctico de la Clínica Psicodinámica del Trabajo (CPdT), teoría y práctica propuesta por Christophe Dejours, se desarrolló una investigación con el objetivo de promover la escucha clínica en el contexto gerencial de la APS, en análisis a la CPdT de coordinadores de En el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre el VIH / Sida, en el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre el VIH / de coordinación, entrevistas clínicas en escucha a 12 coordinadores, y cinco sesiones colectivas, en el estilo "reunión-almuerzo". Las informaciones, registradas en diarios de campo y memorias fueron interpretadas por medio del Análisis Clínico del Trabajo, de Mendes y Araujo (2012), adaptación del método dejouriano a la realidad brasileña. El estudio fue aprobado en los Comités de Ética en Investigación de la UFRGS y de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre, CAAE: 61375216.5.0000.5347. El Análisis Clínico del Trabajo permitió identificar la dinámica de las relaciones de trabajo en el contexto en que se insertan los coordinadores de la APS, traduciendo la producción de los colectivos y lo invisible del trabajo. Se constituyeron dispositivos clínicos en este proceso, la acogida afectiva, la identificación con el dolor del otro, las confrontaciones, las aclaraciones y la construcción de nuevas perspectivas. El análisis psicodinámico del trabajo reveló que el contexto de trabajo del coordinador posee cadencias institucionales, pero con ritmos de coordinación, que fomentan la (in) visibilidad de estos profesionales, acentúan los límites entre lo prescrito y lo real del trabajo y estimulan la servidumbre voluntaria y la convivencia estratégica. Se identificaron rasgos de movilización manifiestos en la búsqueda de la solución pensada para dar cuenta del real del trabajo de coordinación, momento en que adoptan estrategias defensivas, las cuales, pueden culminar en el enfermo. En general, presentan daños físicos, fisiológicos, sociales y psíquicos. El análisis de la movilización del colectivo de trabajo de coordinadores reveló el deseo de cooperar y de buscar alternativas emancipatorias. Al final, se validó a Tesis que la promoción de espacios de deliberación en el trabajo en salud, proporcionados por la escucha clínica en la práctica de la CPdT, favorece el pensar y el actuar acerca de la organización del trabajo gerencial en APS, y permite situarlo en la organización antítesis emancipación-servidumbre. La experiencia práctica en CPdT refleja contribuciones significativas para las prácticas avanzadas de Enfermería, desvelando nuevas y diferenciadas posibilidades de cuidar.

Palabras Clave: Enfermería del Trabajo; Salud del Trabajador; Sufrimiento Psíquico; Atención Primaria a la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de localização do Distrito Sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal	56
Figura 2 – Infográfico: sistematização das etapas de análises proposta no estudo	69
Figura 3 – Infográfico: Dinâmica de utilização dos dispositivos clínicos empregados na pesquisa	74
Figura 4 – Infográfico Contexto de Trabalho	88
Figura 5 – Infográfico da esquematização da Tese	100

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	-	Associação Brasileira de Enfermagem
APS	-	Atenção Primária em Saúde
CAPSOP	-	Central de Avaliação Psicológica Seleção e Orientação Profissional
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CGAB	-	Coordenação Geral da Atenção Básica
COMPESQ	-	Comissão de Pesquisa
CPdT	-	Clínica Psicodinâmica do Trabalho
DAPS	-	Departamento de Ação Primária em Saúde
DCN	-	Diretrizes Curriculares Nacionais
EENF	-	Escola de Enfermagem
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
GD	-	Gerência Distrital
GDCC	-	Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal
GISO	-	Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	-	Instituto de Ensino Superior
LPCT	-	Laboratório de Psicodinâmicas e Clínicas do Trabalho
MS	-	Ministério da Saúde
NDE	-	Núcleo Docente Estruturante
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	-	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PdT	-	Psicodinâmica do Trabalho
PMAQ-AB	-	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	-	Política Nacional de Humanização
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RC	-	Reunião de Coordenadores
SF	-	Saúde da Família
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	-	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	26
3 ESPAÇOS DE PRODUÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERFACES COM A SAÚDE DO TRABALHADOR: PARADOXOS DO CONTEXTO GERENCIAL ...	27
3.1 CONFIGURAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: (I)MOBILIZAÇÕES FRENTE ÀS PROPOSTAS DE HUMANIZAÇÃO E DE COBERTURA UNIVERSAL	29
4 O REFERENCIAL DEJOURIANO NA COMPREENSÃO DA EMANCIPAÇÃO NO TRABALHO	36
4.1 PERCURSOS CRONOLÓGICOS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	37
4.2 DO REAL AO PRESCRITO NO TRABALHO: UMA ANÁLISE DAS CONTRADIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	40
4.3 MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA: DO SOFRIMENTO AO PRAZER	42
4.4 ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO DO SOFRIMENTO	46
4.5 TRABALHO E EMANCIPAÇÃO: A ESCUTA CLÍNICA EM PROCESSO DIALÓGICO	48
5 ITINERÁRIO METODOLÓGICO	51
5.1 ALICERCES EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS.....	52
5.2 OS ESPAÇOS DE CONSTITUIÇÃO DO ESTUDO	55
5.3 OS SUJEITOS DO TRABALHO	58
5.4 A AÇÃO DA CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	59
5.4.1 A condução da Clínica Psicodinâmica do Trabalho	60
5.4.2 Organização real do trabalho: A pré-pesquisa	61
5.4.3 Estrutura da pesquisa propriamente dita	64
5.5 ANÁLISE CLÍNICA DO TRABALHO DE COORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	69
5.5.1 Etapa 1: Análise dos Dispositivos Clínicos	70
5.5.2 Etapa 2: Análise da Psicodinâmica do Trabalho	70
5.5.3 Etapa 3: Análise da Mobilização Subjetiva do Coletivo de Trabalho	71
5.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS	71
6 DISPOSITIVOS EMPREENDIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	73

6.1 APLICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS CLÍNICO	74
6.1.1 Da desconstrução à reconstrução de uma demanda	75
6.1.2 Da repetição à perlaboração: (Re)conhecendo travessias e sentidos no trabalho ...	80
6.1.3 A construção de laços afetivos	82
6.1.4 A construção de uma análise interpretativa dirigida pela escuta	84
6.1.5 Da formação do clínico ao processo de supervisão necessário à escuta	85
7 PSICODINÂMICA DO TRABALHO DE COORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVELAÇÕES DO CONTEXTO GERENCIAL	87
7.1 O CONTEXTO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE COORDENADOR: CADÊNCIAS INSTITUCIONAIS, RITMOS GERENCIALISTAS	87
7.2 MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA PARA O PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO DE COORDENAÇÃO	91
7.3 SOFRER E ADOECER NA CONDIÇÃO DE COORDENA(DOR): ESTRATÉGIAS DE DEFESA ENCONTRADAS	95
8 MOBILIZAÇÃO DO COLETIVO DE COORDENADORES DA SAÚDE PRIMÁRIA.....	96
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A – Carta de solicitação para autorização da pesquisa	125
APÊNDICE B – Diário de campo (pré-pesquisa)	126
APÊNDICE C – Carta-Convite (Participação nas Entrevistas Formais	127
APÊNDICE D – Roteiro de Entrevistas	128
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevistas)	129
APÊNDICE F – Carta-Convite (Sessões Coletivas)	130
APÊNDICE G – Roteiro Norteador de Discussão	131
APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Sessões Coletivas) ..	132
ANEXO 1 – Carta-Resposta em atendimento às solicitações da CGAB	133

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cenário do trabalho contemporâneo vem sendo permeado, dentre outros aspectos, por intensas pressões, aceleração constante, compulsão por metas, maximização do potencial produtivo e rentável do trabalhador, e obtenção de resultados cada vez mais vantajosos. Essa conjuntura afeta, para além dos ritmos de trabalho, o modo como as relações se estabelecem, as quais, em função de tais exigências, mostram-se cada vez mais fragilizadas e distantes da concepção de coletivo. Não obstante, o trabalho constitui-se como estruturante da subjetividade, e, conseqüentemente, da saúde mental do trabalhador, que, diante deste cenário, demanda um engajamento ilimitado, centrado em uma postura de excelência e em competências que sugerem modelos ideais de “super-heróis”.

Entretanto, para Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, esses modelos negam as diversas expressões de vida, pois aprisionam o sujeito a determinações sociais extremamente fortes. O trabalho na perspectiva dejouriana, constitui elemento central na promoção do desenvolvimento psíquico e na constituição da identidade (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2004). Nessa perspectiva, por suas próprias características de produção de valor, configura-se alavanca de grande poder, uma arena sobre a qual é possível apoiar-se para negociar certos acordos, muitos destes favoráveis à conquista da saúde e à busca da emancipação. Logo, a depender do sentido que assume para os trabalhadores, e em detrimento da realidade sob a qual é exercido, o trabalho pode ser considerado espaço de emancipação e/ou de servidão (DEJOURS, 2012a; MENDES, 2014).

A ideia de emancipação provém da concepção de trabalho em Karl Marx, e pressupõe o desenvolvimento de ações capazes de modificar a realidade das relações de trabalho e de vida dos trabalhadores, o que presume a conquista de liberdade e de autonomia pelos sujeitos sociais (CIAVATTA, 2014). Marx considera o trabalho, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, no qual este, ao agir sobre a natureza e modificá-la, transforma também sua própria natureza. Em suas palavras, “ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de suas forças a seu próprio domínio” (MARX, 2013, p. 255).

Embora a emancipação não seja um conceito novo nos estudos sobre o trabalho, Dejours desenvolve a tese da emancipação pelo trabalho, mediante proposta ousada que elucida a ideia política de implementação do projeto emancipatório que ele mesmo formula. Para o autor, a ideia de emancipação revela em sua essência a consciência individual, e conota um esforço pessoal que repousa, antes de qualquer coisa, sobre o poder de pensar. Nessa ótica, Dejours faz alusão à emancipação como um “processo que permitiria a nossos contemporâneos um retorno

à arena do político, que têm tendência de desertar sob efeito de um sentimento de profunda impotência diante da força colossal de transformação implantada pelas empresas” (DEJOURS, 2012a, p. 42).

Tal processo apresenta demasiada importância no cenário contemporâneo, se consideradas as transformações observadas no mundo do trabalho e a conseqüente mudança no perfil de morbimortalidade da população trabalhadora, o sofrimento psíquico, a depressão e as doenças associadas ao estresse, que se tornam cada vez mais frequentes, e, portanto, objeto de atenção (SILVA; RAMMINGER, 2014). Destarte, a emancipação na perspectiva dejouriana pressupõe um exame à dimensão política ao trabalho, não tendo somente a ambição de prevenir o adoecimento no trabalho, mas de pensar politicamente as configurações do trabalho, para delas extrair os recursos necessários à construção da saúde.

No trabalho em saúde essa realidade não é diferente, sendo crescente o número de trabalhadores acometidos pelo adoecimento laboral e que sinalizam a necessidade de investimentos em ações emancipatórias, visando à preservação à saúde do trabalhador (TRINDADE; LAUTERT, 2010). Entretanto, observa-se certa naturalização no modo como os trabalhadores da saúde encaram o processo de adoecimento. Em geral, estes trabalhadores demonstram certa passividade e aceitação frente a este processo, e encaram os acontecimentos rotineiros de seu trabalho e o modo como este se organiza, como demandas que fogem à sua governabilidade (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012).

Essa reflexão levanta a hipótese de que o trabalho em saúde parece adquirir contornos de uma “servidão voluntária” (BOÉTIE, 2009) os quais contribuem para a “banalização da injustiça social” (DEJOURS, 2007), e fortalecem modelos de gestão produtivistas, pautados no gerencialismo e na transformação da gestão em uma “doença social” (GAULEJAC, 2007). Aparentemente, seguindo as mesmas configurações contemporâneas, demonstra enaltecer o “culto à performance” (EHRENBERG, 2010), sugerindo a instrumentalização do outro em detrimento do alcance de metas institucionais. Essa neutralização, potencializa as práticas de dominação, reiterando o “cinismo viril” (DEJOURS, 2007), e culminando na construção de uma “ideologia defensiva” (DEJOURS, 2012a) que inviabiliza a dinâmica da emancipação.

Em se tratando especificamente do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), cujo objeto consiste na oferta de serviços de saúde fundamentados em pressupostos da integralidade, da humanização e do acolhimento, o trabalhador também pode estar vulnerável a esta conjectura. O trabalho em APS demanda o estreitamento de vínculos entre profissional e usuário no território, para assim, favorecer a assistência mais adequada ao contexto de vida das pessoas (MAISSIAT et al., 2015). Atualmente, sob a lógica de Estratégia de Saúde da Família

(ESF), impõe a superação da condição de trabalho parcelar para o desenvolvimento de ações de saúde na perspectiva do trabalho em redes e da clínica ampliada, em que as equipes de trabalho atuam de modo compartilhado, com vistas à produção integral da saúde de indivíduos e populações (SIMÕES, 2014).

Entretanto, apesar de defender a proposta de um modelo assistencial orientado para a integralidade e para as necessidades ampliadas da população, em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a efetividade de um modelo como este na APS ainda é um dos grandes entraves do sistema de saúde brasileiro. Nessa análise, Fertoni e colaboradores (2015) sistematizam cinco desafios que, mesmo após mais de 20 anos de implantação do modelo Saúde da Família (SF), ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda persistem e comprometem a sua efetividade, na dimensão político-operacional: 1) Lógica de trabalho fragmentada, com práticas hierarquizadas e desigualdade entre categorias profissionais; 2) Dificuldade em compreender o ser humano em sua multidimensionalidade, persistindo ações de cuidados focadas no corpo biológico, no diagnóstico e tratamento de patologias, e na medicalização; 3) Formação inadequada ou insuficiente para o trabalho em SF; 4) Condições precárias de trabalho, as quais incluem a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários e jornada excessiva; 5) Dificuldades no envolvimento dos profissionais com a comunidade e corresponsabilização com as ações e serviços de saúde .

Mesmo com estes percalços, o modelo assistencial de SF, incorporado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção em saúde, com potencial estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2012). Inseridos no processo de construção deste modelo assistencial, os trabalhadores de saúde precisam lidar cotidianamente com os desafios que se sobrepõem à sua efetividade (FERTONANI et al., 2015), ao mesmo tempo que necessitam trabalhar em equipe multiprofissional, oferecendo atendimentos de modo integral e pautados em ações interdisciplinares. Tais exigências denotam envolvimento, vínculo, acolhimento, humanização e corresponsabilização entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde, no compartilhamento de objetivos e compromissos para que os resultados sejam alcançados (BRASIL, 2012).

Essa breve análise do contexto de trabalho em APS coloca em evidência alguns dos movimentos contraditórios existentes entre as exigências de trabalho prescritas e necessárias à consecução do modelo assistencial em SF e os modos e percursos pelos quais este trabalho, de fato, acontece. Em meio à defasagem entre o trabalho prescrito e o real, o trabalhador vivencia situações de prazer e sofrimento que, tanto podem ser favorecedoras de sua descarga psíquica,

e conseqüentemente atuar como fonte de prazer, como podem diminuir as possibilidades desta descarga, aumentando o seu sofrimento no trabalho (DEJOURS, 2011). E é por isso que o trabalhador em APS, embora encontre fontes de prazer nas relações que estabelece, mostra-se esgotado e avalia seu contexto de trabalho como impróprio (MAISSIAT et al., 2015).

Em análise das relações, entraves e desafios para o campo da saúde do trabalhador no Brasil, Lacaz (2016) apresenta um panorama que anuncia fragilidades na proposição de ações e políticas em atenção à saúde do trabalhador, e que evidencia que os trabalhadores continuam a adoecer e morrer por questões já identificadas, há mais de três décadas. No bojo desse panorama, destaca-se a forte expansão dos distúrbios mentais e de comportamento entre diferentes categorias de trabalhadores no Brasil e no mundo, os quais se situam entre as principais causas de adoecimento, afastamentos e incapacidade para o trabalho (ALBERTÍ et al., 2012; ARENDS et al., 2013; BEURDEN et al., 2013; HJARSBECH, 2013; BRASIL, 2014; RODRIGUES et al., 2014; BAASCH; TREVISAN; CRUZ, 2017).

Grande parte da população mundial encontra-se preocupada e emocionalmente exausta, sofrendo por queixas psicológicas, apresentando despersonalização e com alto risco de desenvolver ansiedade, transtornos depressivos, e síndrome de *burnout*, os quais, em geral, são associados ao estresse no trabalho (WHITEFORD et al., 2013; KARSTEN et al., 2011; HANSSON; CHOTAI; BODLUND, 2010; ASCARI et al., 2016). Pesquisas que enfocam o trabalho em APS revelam que o adoecimento entre esses trabalhadores está vinculado, em geral, a problemas relacionais e organizacionais, sendo responsáveis pelo desenvolvimento de estresse e síndrome de *burnout* (TRINDADE; LAUTERT, 2010; ASCARI et al., 2016), cada vez entre trabalhadores mais jovens - com idade inferior a 30 anos - e que já fazem uso de calmantes, tranquilizantes e medicamentos para dormir (MARTINS et al., 2014).

Tal fato pode ser ainda mais preocupante em se tratando de trabalhadores que ocupam níveis hierárquicos mais elevados no organograma institucional, uma vez que, por assumir posição estratégica de liderança, têm a incumbência de desenvolver mediações estratégicas entre a alta direção e a equipe operacional. Sob este aspecto, destaca-se o trabalho dos coordenadores de equipe nos modelos assistenciais de SF, os quais têm o compromisso de gerenciar as Unidades de Saúde da Família (USF), assumindo o papel de linha de frente em meio a estes desafios e às demandas de saúde no território (LIMA, 2017).

Essa condição reforça a posição estratégica de liderança que os coordenadores de USF assumem, pois, por ocuparem nível tático na organização, estão imbuídos de maior poder de influência e decisão. Contudo, ao mesmo tempo em que são designados a uma posição privilegiada, também os subjeta às relações afetivas do labor, estando mais suscetíveis a

vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Para Almeida e Merlo (2008, p.143) profissionais em cargos de chefia apresentam maior vulnerabilidade que as demais classes trabalhadoras, “uma vez que estas últimas, ao entrarem em contato com as ideologias da organização, contam com a mediação do gerente como alguém que filtra a influência dessa ideologia”, sujeitando-se aos interesses organizacionais em detrimento dos seus interesses. Essa conjuntura, segundo Dejours (2017) instiga o trabalhador a “se blindar”, obrigando-o a vestir uma armadura que vai de encontro ao comportamento espontâneo, pois “um líder de verdade deve, para ter êxito, conseguir ignorar o medo e o sofrimento, os seus e os do próximo” (DEJOURS, 2017, p. 105).

Nesse sentido, Brett et al., (2016) chamam atenção para a exaustão emocional do gerente como uma variável importante para o desgaste do trabalhador no cenário contemporâneo, porém negligenciada. Há entre os profissionais que ocupam posição estratégica de liderança, para além do desejo de qualificar-se continuamente, com vistas à aquisição de novas e diferenciadas habilidades, a necessidade de provar competência para obter avaliações favoráveis no trabalho que desenvolve, evitando situações que denotem incompetência e que possam levar a julgamentos negativos dos outros (ALEXANDER; VAN KNIPPENBERG, 2014). Sob tais cadências, assumem condutas de dominação e submissão, as quais favorecem a “convivência estratégica”, entendida por Dejours (2017) como a “camaradagem”, algo que por trás da bonomia das relações, dissimula um cenário inteiramente submisso à concorrência generalizada, em um verdadeiro processo de conspiração do silêncio, em que é perigoso expressar o medo, as fraquezas e o sofrimento.

Sabe-se que o processo de gerenciamento consiste em atividades de planejamento, organização, direção e verificação daquilo que foi executado, e que, sob a administração do gerente, objetivam a apreensão das metas da área com vistas a contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais. A ação central das atividades gerenciais fundamenta-se na articulação e integração que possibilita a transformação do processo de trabalho, ao tempo em que pode se transformar mediante as situações do cotidiano das organizações, e assim valorizar as dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (ALMEIDA; MERLO, 2008; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

O fato deste profissional trabalhar em busca de um equilíbrio entre as demandas da organização, dos trabalhadores e dos usuários, os quais por vezes possuem expectativas distintas, coloca-o diante de um fator gerador de tensão, que, em confronto com suas incapacidades e falhas, o conduz à adoção de um comportamento repressivo frente aos demais (ALMEIDA; MERLO, 2008) e pode causar sofrimento. O trabalhador vive um conflito constante, e, para sobreviver a pressões como esta, recorre às estratégias defensivas que

permitem, de modo inconsciente, minimizar seus efeitos deletérios. Tais estratégias, conforme elucidam Dal Pai e Lautert (2009) quando criadas sem a devida identificação das características do trabalho, podem tanto comprometer a sanidade do trabalhador, como torná-lo alienado em face do seu próprio fazer e das condições que demandam mobilização coletiva da classe trabalhadora.

Nessa condição, o trabalho deixa de sustentar a cidadania, limitando a liberdade de expressão e produzindo submissão à lógica do controle, da alienação e da servidão voluntária. Perde a função de produtor e produto da subjetividade, estimulando o individualismo, o cinismo e o desaparecimento dos laços de solidariedade, bem como das referências éticas que sustentam a autonomia e a autoestima (FERREIRA et al., 2013).

O trabalho indiscutivelmente é fonte de sobrevivência nos dias atuais, e o trabalhador, ao reconhecer este fato, aplica a si certas estratégias defensivas, produzidas individualmente e/ou no coletivo, para torná-lo prazeroso ou mesmo suportável, num esforço para manter a normalidade (DEJOURS, 2015). Especificamente no caso de trabalhadores que exercem a função gerencial, como é o caso de coordenadores de USF, considera-se o fato de que estes, como direcionadores estratégicos no desempenho do trabalho daqueles que lideram, não operacionaliza o trabalho em sentido estrito, mas estabelece a coordenação das atividades da equipe, supervisionando e acompanhando comportamentos, além de planejar e determinar ações, tomando decisões em situações imprevistas.

Percebe-se assim, que o trabalho destes coordenadores é permeado de particularidades formalmente instituídas, seja pela natureza da função estratégica que desempenham, e/ou pelo poder que é conferido ao trabalhador que ocupa o cargo. A literatura destaca, dentre tais especificidades, a necessidade de exercer influência sobre seus subordinados, mediante competência relacional para mobilizar outros a adotar determinados comportamentos e a cumprir tarefas prescritas, mesmo quando destituídos de poder institucionalizado (MENDES; AGUIAR, 2013). Ademais, precisam estar “sempre acima das expectativas”, adotando um posicionamento proativo e empreendedor, pautado pela obtenção de altos níveis de *performance*, e de adaptar-se continuamente para atender às demandas organizacionais e exigências do mercado (FERREIRA et al., 2017).

Essa condição evidencia o paradoxo existente no trabalho que é exercido pelos coordenadores de equipe em APS, tendo em vista a prescrição fundamental do seu labor, de alinhar objetivos pessoais dos trabalhadores sob sua responsabilidade, aos objetivos institucionais. Nos interstícios desta prescrição, visualizam-se no contexto gerencial em que se inserem, uma dinâmica própria, que envolve, para além das funções de coordenação, complexas

condições que repercutem nas suas vivências de prazer-sofrimento, bem como na de seus subordinados, e, conseqüentemente, no processo de saúde e adoecimento destes trabalhadores. Tal perspectiva anuncia a necessidade de desvelar os processos que geram prazer e sofrimento nestes coordenadores, mediante utilização de dispositivos clínicos que favoreçam a emancipação destes trabalhadores, para que eles mesmos sejam capazes de intervir frente às adversidades da organização do seu trabalho.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), teoria e prática proposta por Christophe Dejours, tem-se na escuta clínica um poderoso instrumento que favorece a circulação da fala e da escuta das vivências intersubjetivas do trabalhador, mediante ação transformadora que se dá na elaboração e perlaboração de atos da linguagem (MENDES; ARAUJO, 2011; DEJOURS, 2017). Ao promover a escuta clínica, consegue-se encontrar e inventar caminhos que permitirão ao outro a possibilidade de se escutar, de compreender o que diz e o que vivencia. Ao falar, o trabalhador rememora os acontecimentos traduzidos em suas angústias e comunica-se com o vivido, ressignificando suas ações (DEJOURS, 2012b; 2017).

Contudo, a experiência do autor desta Tese em contextos gerenciais no âmbito da APS, vem demonstrando, de modo empírico, que esta população trabalhadora, não só precisa exercer constantemente uma escuta aos seus pares, como também precisa ser escutada. Essa suposição anuncia a necessidade de promoção da escuta clínica neste contexto laboral, pois, ao se darem conta do sofrimento pelo qual passam e dos modos de adoecimento que podem estar relacionados ao trabalho, o coordenador de USF encontraria condições de ressignificar o seu trabalho e situá-lo como fonte de prazer, desempenhando, assim, um papel importante na construção da sua saúde e na promoção desta escuta aos seus pares.

Entretanto, exercer a prática clínica em PdT não é algo simples. Para Dejours (2017) a escuta clínica repousa, antes de qualquer coisa, na sensibilidade conceitual do escutar. Uma sensibilidade que, para além do tato, intuição e espontaneidade, resulta de conhecimentos teóricos acerca da PdT, os quais, não só instrumentalizam o clínico para a escuta, como potencializam sua sensibilidade à fala do outro quando este conta suas vivências no trabalho. Assim, promover a escuta clínica neste contexto pressupõe vivências e conhecimentos necessários à compreensão acerca das configurações do trabalho gerencial, bem como sobre a complexidade do trabalho em interfaces da APS, à luz de conhecimentos teórico-práticos da PdT, uma vez que nesta prática, o pesquisador não é neutro, ele também é agente da pesquisa.

Nesse sentido, destaca-se a trajetória profissional do autor desta Tese, e que reflete a motivação pessoal para desenvolver um estudo nesta perspectiva. Em decorrência do seu percurso acadêmico, como bacharel em Administração e em Enfermagem, tem atuado no

desenvolvimento de pesquisas científicas cujos objetos reportam-se à gestão e gerenciamento em saúde e enfermagem e à organização do trabalho. Imbuído destas temáticas, atua no desenvolvimento de pesquisas relacionadas à visibilidade da função gerencial do enfermeiro (FERREIRA; SILVA; ROZENDO, 2010), às relações entre expectativas institucionais e de enfermeiros na gestão de pessoas (FERREIRA et al., 2017), às características empreendedoras de futuros profissionais (FERREIRA et al., 2013), às repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado (FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO, 2016), e à valorização da escuta clínica em enfermagem na atenção ao trabalhador (KAISER et al., 2017).

Paralelo a este desenvolvimento, tem atuado como docente nos Cursos de Enfermagem-Bacharelado e Tecnológico em Gestão Hospitalar, ministrando disciplinas teóricas, teórico-práticas, práticas, e em supervisão de acadêmicos em estágio curricular de Enfermagem na APS. Essa vivência tem se mostrado fundamental ao aprofundamento teórico em estudos relacionados à linha de pesquisa em Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho, possibilitando experiências no ensino e na assistência, mediadas pela prática da escuta clínica junto a discentes e trabalhadores em consultas de enfermagem e na promoção de espaços coletivos de discussão, em diferentes contextos institucionais.

Destaca-se também a aproximação do pesquisador com o contexto gerencial da APS, na assunção de funções estratégicas em organizações e serviços de saúde. Por quase dois anos, atuou na supervisão de avaliadores de qualidade no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde (MS), a qual visava incentivar gestores e equipes das ESF a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à comunidade. Nesta função, foi responsável por organizar o trabalho de campo, qualificar e conduzir a equipe de avaliadores, estabelecer contato com gestores municipais para operacionalização do trabalho, e supervisionar o processo de avaliação em municípios do Rio Grande do Sul (RS).

Também na função gerencial, atua em uma Instituição de Ensino Superior (IES) há aproximadamente dois anos como coordenador de estágios e práticas de cuidados, tendo a função de gerenciar os processos administrativos que envolvem disciplinas práticas e estágios no Curso de Enfermagem, em articulação com organizações e serviços de saúde. A atuação na função demanda o estabelecimento de vínculos com gestores, responsáveis técnicos e enfermeiros para facilitar a integração entre ensino e serviço, bem como lançar mão de competências políticas e relacionais no âmbito da gestão de pessoas, uma vez que é necessário o relacionamento e envolvimento constante com professores, preceptores e discentes em estágios curriculares e em campo de práticas.

Ademais, integra o Núcleo Docente Estruturante (NDE) na mesma IES, assumindo função consultiva, propositiva e de assessoramento sobre assuntos de natureza acadêmica. O NDE, por sua função estratégica nas IES, visa o desenvolvimento de ações que favoreçam a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, com vistas ao cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), e ao atendimento de expectativas institucionais pela consolidação de um perfil profissional de egresso. A vivência na assunção dessas funções estratégicas e a participação em fóruns de discussão, fomentou a participação política em espaços consultivos e de deliberação proporcionados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) no RS. Nesta organização, o pesquisador integra a composição da coordenação do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da ABEn-RS, na Comissão de Atividades Científicas, gestão 2017-2019.

A atuação nos âmbitos gerencial, assistencial, educativo, investigativo e político, em esferas da enfermagem e da gestão em saúde foram fundamentais à compreensão e análise das configurações do contexto de trabalho gerencial na APS. Partindo deste embasamento profissional, acrescentam-se os investimentos em formação, nos níveis de mestrado e doutorado, trilhados no decorrer desta trajetória, em disciplinas, cursos, eventos e atividades de qualificação diversas nos cursos de Pós-Graduação em Enfermagem, Administração e Psicologia Social, que versassem sobre a Clínica em Psicodinâmica do Trabalho.

Esse investimento foi essencial à condução clínica que se desejava ao visar a concepção e desenvolvimento deste projeto, uma vez que o clínico é elemento indissociável dessa condução, e a clínica, em PdT, para além da formação técnica, profissional e ética, requer a formação afetiva (MENDES; ARAUJO, 2012; DEJOURS, 2017). A atuação do clínico nesta prática não tem a intenção de buscar respostas e/ou soluções de modo racional e objetivo para o trabalhador, mas sim, de engajar-se no processo de fala-escuta, sendo capaz de atuar como tradutor do que é ocultado, de afetar-se pela fala do outro, de colocar-se à disposição, de se deixar surpreender, de duvidar, e até mesmo de angustiar-se com o inesperado, suportando o incontrolável (MENDES; ARAUJO, 2012).

Com base nas considerações e vivências por ora apresentadas, considera-se que um dos grandes paradoxos no trabalho dos coordenadores de equipe da APS consista em ter que atender às expectativas de produção da organização, assegurando qualidade e efetividade a esta produção, ao mesmo tempo em que precisam atender às expectativas de seus subordinados, despertando nestes o desejo de tornar o trabalho possível, mesmo quando seus objetivos divergem dos organizacionais. Esta sistemática faz com que estes coordenadores, para além de atuar de maneira proativa na superação de adversidades oriundas da organização do trabalho e

na disseminação de uma cultura que favoreça o comportamento empreendedor, sejam solicitados a escutar os seus subordinados, bem como os usuários dos serviços.

Entretanto, observa-se que, em meio a situações contraditórias que se apresentam no cotidiano de trabalho dos coordenadores da APS, estes nem sempre encontram possibilidades de pensar politicamente e de traduzir as dificuldades encontradas diante do real do trabalho, de maneira consciente, pois, em geral, não dispõem de espaços formais de discussão que os permitam falar sobre as dificuldades do trabalho e buscar alternativas para lidar com tais adversidades. Consequentemente, distanciam-se cada vez mais da proposta de emancipação no trabalho, pois não conseguem enxergar as relações entre os modos contemporâneos de gestão e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Logo, inserem-se numa relação de dominação e servidão que os “convidam” a adotar estratégias de defesa para lidar com as adversidades, nem sempre favoráveis à sua saúde.

Assim, visando aprofundar esta problemática, e considerando a antítese servidão-emancipação que permeia o contexto de trabalho gerencial em APS, tem-se como questões de pesquisa: **Como se dá a Clínica Psicodinâmica do Trabalho de coordenadores de USF? A promoção da escuta clínica, no contexto em que estes trabalhadores se inserem, constitui dispositivo mobilizador para a emancipação no trabalho?**

Frente às questões elencadas, depreendem-se alguns questionamentos, os quais ajudam a nortear este estudo: Como se dá a Clínica Psicodinâmica do Trabalho de coordenadores de USF? Como se caracteriza o contexto de trabalho gerencial em APS e de que modo suas dimensões repercutem no cotidiano de trabalho dos coordenadores de USF? De que modo estas configurações interferem nas vivências de prazer e sofrimento destes coordenadores? Que estratégias defensivas, individuais e coletivas são elaboradas pelos coordenadores da APS para enfrentar o sofrimento gerado pela organização do trabalho gerencial? Como se dá a mobilização desses coordenadores para o engajamento no trabalho gerencial em APS?

Considera-se pertinente abordar tais questões, pois o entendimento acerca das repercussões do cenário contemporâneo em APS, no cotidiano de trabalho dos coordenadores, pode constituir-se uma possibilidade para refletir/entender como essas configurações ocorrem, e, assim, oferecer subsídios que os instiguem a reflexão sobre o tema, possibilitando a emancipação no trabalho gerencial. Para investigar essas questões, tem-se na escuta clínica um importante dispositivo capaz de intervir propositivamente em situações geradoras de sofrimento e adoecimento no trabalho, o que pode possibilitar a detecção de problemas que necessitam de cuidados de saúde.

Mediante o embasamento teórico apresentado, e considerando que a Clínica Psicodinâmica do Trabalho tem como propósito a emancipação do sujeito, ressignificando o sofrimento e transformando a organização do trabalho em fonte de prazer e de saúde (DEJOURS; MOLINIER, 2011; MENDES; ARAUJO, 2012), defendo a seguinte Tese:

A promoção de espaços de deliberação no trabalho de coordenadores da Atenção Primária à Saúde, proporcionados pela escuta clínica na prática da Clínica Psicodinâmica do Trabalho, favorece o pensar e o agir acerca da organização do trabalho gerencial, e permite situá-lo na antítese emancipação-servidão.

A partir Tese anunciada, sistematizaram-se os seguintes pressupostos, os quais nortearam o desenvolvimento desta investigação:

- As demandas impostas pela organização do trabalho na APS acentuam o distanciamento entre o prescrito e o real do trabalho gerencial, estimulam a adesão à servidão voluntária e favorecem a adoção de estratégias defensivas para dar conta do prescrito, nem sempre favoráveis à saúde do coordenador de USF.

- Os modelos de gestão contemporâneos potencializam a condição (a)crítica do trabalhador de saúde em cargo gerencial, repercutindo na concepção de coletivo e nas vivências de prazer e sofrimento, afetando os modos de trabalhar e de viver.

- Os coordenadores de USF, em meio aos modos de trabalho que se configuram na APS, usam sua inteligência prática, mobilizam-se, e engajam-se na realização de ações efetivas de gerenciamento do cuidado que estão além do prescrito.

- A ausência de espaços formais de deliberação que permitam aos coordenadores verbalizar as dificuldades encontradas no trabalho potencializam as vivências de sofrimento e culminam no adoecimento de si e de outros.

Partindo destes pressupostos, teve-se a expectativa de desenvolver uma pesquisa-ação na qual os trabalhadores pudessem, mediante processo de fala-escuta, elaborar suas vivências subjetivas no exercício da coordenação em APS e refletir sobre o seu trabalho e seu processo de saúde e adoecimento, potencializando a sua capacidade de pensar e de agir sobre a sua realidade laboral. Nesse sentido, visualiza-se relevância da pesquisa, pois se propôs ao desenvolvimento de ações que poderão culminar em benefícios potenciais *in lócus*, face ao referencial teórico e metodológico adotado e considerando o contexto de realização da pesquisa, na medida em que propõe aos coordenadores refletir criticamente sobre suas atitudes e comportamentos no trabalho e ressignificar suas vivências de prazer e sofrimento.

Em meio a esta projeção e à problematização anteriormente tecida, destaca-se que a pesquisa possui raízes embrionárias no palco de construção do conhecimento em Enfermagem,

e, nesse sentido, destacar a importância do seu desenvolvimento para a área de Enfermagem faz-se fundamental. Assim, pondera-se que os resultados poderão converter-se em subsídios essenciais ao fomento da emancipação no ambiente laboral, bem como na sinalização de propostas de intervenção que corroborem a atuação do enfermeiro, especialmente em intervenções à saúde do trabalhador.

Logo, compartilhar a experiência de desenvolvimento de ações mediadas pela escuta clínica, à luz da Psicodinâmica do Trabalho, representa um passo importante para a Enfermagem, pois pode despertar a curiosidade e o desejo de investir em ações fundamentadas em dispositivos com este, nos mais diversos contextos de atuação em que se inserem estes profissionais. Acrescenta-se ainda que há uma lacuna na literatura e nos movimentos científicos da área Enfermagem, no que tange ao domínio dos métodos e práticas clínicas da Psicodinâmica do Trabalho, especialmente no contexto gerencial, em que tradicionalmente as produções estão vinculadas a Programas de Pós-Graduação da área de Psicologia.

Assim, a pesquisa pode lançar contribuições no âmbito científico, instigando debates relacionados à Clínica Psicodinâmica do Trabalho no contexto gerencial da APS, especialmente nos espaços de discussão do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), grupo de pesquisa ao qual se vincula este projeto, e que se ocupa com o desenvolvimento de investigações na linha de gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho. A continuidade e aprofundamento deste estudo no GISO, assim como em outros movimentos científicos, fomenta o desenvolvimento de futuras investigações com trabalhadores em cargo de chefia, em avaliação ao contexto em que se insere e pensando as influências da organização do trabalho na ação profissional e na saúde do trabalhador.

2 OBJETIVOS

O estudo tem como **objetivo geral**: Promover a escuta clínica de coordenadores de Unidades de Saúde da Família (USF) no contexto gerencial da Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre, RS, em consonância à Clínica Psicodinâmica do Trabalho.

A partir desse eixo norteador, desdobram-se os seguintes **objetivos específicos**:

- a) caracterizar o contexto do trabalho gerencial na APS, atendo-se à organização do trabalho, às condições estruturais, e às relações sociais que se estabelecem;
- b) investigar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho desses coordenadores;
- c) analisar a mobilização subjetiva no trabalho dos mesmos, considerando as suas dimensões fundamentais: sofrimento criativo, inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento;
- d) descrever as estratégias defensivas utilizadas por esses coordenadores para mediar o sofrimento relacionado ao trabalho.

3 ESPAÇOS DE PRODUÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INTERFACES COM A SAÚDE DO TRABALHADOR: PARADOXOS DO CONTEXTO GERENCIAL

A atual conjuntura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, face à proposição de modelos assistenciais específicos e à demanda por níveis de exigências requeridas para a sua operacionalização, despertou o interesse e a necessidade de apresentar elementos conceituais e teóricos que dão sustentação à problemática abordada nesta Tese. No desenvolvimento deste capítulo, reflexões de pesquisadores contemporâneos, em diálogo a resultados de estudos e políticas públicas de saúde brasileiras, foram mediadas pelas contribuições da Psicodinâmica do Trabalho (PdT) em um esforço de situar os paradoxos que se estabelecem no trabalho gerencial da APS.

Em meio às transformações do cenário da saúde no Brasil, os modelos atuais de atenção à saúde atribuem à APS a função de organizadora e ordenadora do cuidado, na perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012). Esta configuração vislumbra a inovação, o desenvolvimento e a implementação de modelos assistenciais cada vez mais eficazes, numa lógica de produção que demandam altos investimentos em potencial criativo e em articulações estratégicas entre os agentes e serviços de saúde, com vistas a alcançar a efetividade proposta.

Inserido nessa conjectura, o trabalho em APS reafirma a concepção de trabalho real idealizada por Christophe Dejours, o qual o define como “aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos que lhes são confiados” (DEJOURS, 2012a, p. 38). A proposição dejouriana sobre o trabalho, mediante olhar clínico que empreende, evidenciam associações entre trabalho e corpo. Considera que o trabalho, no âmago da sua efetivação, desempenha papel essencial na produção e ampliação de subjetividades, e sob tal perspectiva, traduz-se, na perspectiva humana, o fato de trabalhar: “os gestos, o saber-fazer, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a diferentes situações” (DEJOURS, 2012b, p. 24).

Nesse sentido, o trabalho consiste em preencher e superar uma lacuna existente entre o prescrito e o efetivo do trabalho. Lacuna esta que nunca é preenchida, pois em todas as situações de trabalho, sempre sobrevêm dificuldades, incidentes e imprevistos (DEJOURS, 2012a; 2012b). Entretanto, face às configurações contemporâneas, percebe-se que hoje, limitar-se ao prescrito não é algo valorizado pela organização do trabalho e nem pelos sujeitos subjetivados envolvidos em suas relações sociais. Especialmente quando os mesmos ocupam níveis mais elevados na hierarquia organizacional, pois, para manter-se em seus postos, precisam lidar

continuamente com situações imprevistas, inusitadas e que fogem do prescrito, adotando e instituindo o mesmo nível de exigência para seus pares.

Essa proposição estende-se aos mais diferentes contextos institucionais, de modo que, tem-se instituído no discurso organizacional de muitas organizações e serviços de saúde, a necessidade de adotar, como competência primária ao trabalho em saúde, a proatividade e o empreendedorismo como modos de agir essenciais a este trabalho (BARRETO; HELOANI, 2014). Não que a proatividade e o empreendedorismo sejam em si, instrumentos que definem a perversidade da organização do trabalho, e, nesse sentido, cabe discutir a perspectiva dialógica que embasa o pesquisador desta Tese, ao refletir acerca de ambos os construtos.

Ao agir, disseminar e estimular outros a assumir um modo proativo e empreendedor em suas ações, o trabalhador tem a oportunidade de valorizar as potencialidades individuais e coletivas, mobilizando-as para o desenvolvimento de ações melhores, propositivas e que favoreçam interações e trocas, em prol do alcance de oportunidades e de resultados efetivos no trabalho (FERREIRA, 2013; FERREIRA; DALL'AGNOL; PORTO; 2016). Nesse sentido, tais modos de agir representam condições essenciais e necessárias ao alcance da efetividade em ações de saúde e de cuidado. A ambivalência destes construtos está justamente no modo como os mesmos são apreendidos, interpretados e disseminados nas esferas de deliberação e nos contextos organizacionais. Assim, sob outra óptica, a proatividade e o empreendedorismo podem assumir conotação oposta ao que se almeja quando se propõe a efetividade e integralidade da atenção em saúde, sendo caracterizados, portanto, pelo que Ferreira (2009) chama de “estratégias perversas da organização do trabalho”, uma prática organizacional que dissimula, de modo politicamente incorreto, a lógica ferina e maquiavélica que encontra nos fins a justificativa para seus meios.

Sob tais condições, os trabalhadores, imbuídos de modo acrílico de discursos organizacionais como estes, engajam-se indefinidamente na missão de realizar atividades que atestem o seu valor e sejam promotoras de reconhecimento, tecendo investimentos em ações que por vezes ainda não foram prescritas pela organização do trabalho, pois cabe a estes estar sempre acima das expectativas (FERREIRA, 2017), reinventando o trabalho no limite do impossível (FERREIRA, 2009). Essa busca demanda todo um investimento de si às prescrições, sendo necessário colocar em ação um tipo especial de inteligência para atingir os objetivos, o qual Dejours (2011; 2012b) chama de inteligência prática, inventiva, astuciosa, algo completamente original em relação ao que nos ensina o saber acadêmico.

Em projeção ao contexto da APS, visualizam-se contradições importantes, passíveis de reflexão, e que expressam a condição de inteligência inventiva anunciada por Dejours. Uma

vez que o trabalho neste âmbito incorpora elementos da vigilância à saúde, na perspectiva da reorientação do modelo assistencial, e que demanda um trabalho coletivo, pautado na adoção de tecnologias novas e diferenciadas, com vistas à melhor compreensão do processo saúde-doença e à assistência integral (GLANZNER, 2014); sinaliza a ruptura de práticas convencionais e hegemônicas de saúde e a necessidade de investimentos mobilizados, inventivos, criativos, para dar conta de atender a essa proposta. Logo, o trabalho em APS, ao tempo em que anuncia a oferta de serviços à comunidade fundamentados em preceitos da integralidade, da humanização e do acolhimento (SCHRADER et al., 2012), reitera a necessidade e o compromisso subjetivo de buscar e de encontrar soluções possíveis para superar o real (DEJOURS, 2012b), o que por vezes pode representar a própria insuficiência dos trabalhadores frente à sua saúde no trabalho.

É no âmbito de contradições como essas que se apresentam os diálogos tecidos neste capítulo, permitirão ilustrar as interfaces entre os espaços em que se produz o trabalho em APS e a saúde do trabalhador, e refletir acerca dos paradoxos envolvidos no contexto gerencial, à luz da Psicodinâmica do Trabalho.

3.1 CONFIGURAÇÕES CONTEMPORÂNEAS DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: (I)MOBILIZAÇÕES FRENTE ÀS PROPOSTAS DE HUMANIZAÇÃO E DE COBERTURA UNIVERSAL

Para ilustrar as configurações contemporâneas que atravessam os espaços de produção do trabalho na APS, é preciso resgatar minimamente a trajetória histórica, política e social que circunda este contexto, e que permite a compreensão dos mecanismos que favorecem e dificultam os modos de agir do trabalhador na atualidade.

A saúde garantiu importante presença na Agenda do Milênio (2000-2015), constituindo três dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) propostos, embora considere-se que os demais certamente têm impacto sobre a saúde, uma vez que incidem diretamente sobre alguns dos seus principais determinantes (BUSS et al., 2014). No processo de definição e efetivação da Agenda do Desenvolvimento pós-2015 e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a saúde continuou sendo objeto de atenção, surgindo constantemente no documento final norteador desta proposta, intitulado “Saúde na Agenda pós-2015”.

A proposta deste documento, que considera a saúde nos ODS como universal, estabelece, dentre outras metas: a inserção da saúde em todas as políticas; o estabelecimento da saúde sob abordagem holística; a aceleração das metas não alcançadas nos ODM; e o

enfrentamento da crescente carga das doenças não transmissíveis, doenças mentais e outros desafios emergentes em saúde. Para cumprir esta pauta, o setor saúde assumiria importante papel no cumprimento do ODS específico à esta proposição: “maximizar vidas saudáveis”, e, longe de ser exclusivo ao contexto da saúde, demandaria intervenções de todos os segmentos da sociedade (BUSS et al., 2014; BUSS; UNGERER, 2016).

Assim, considerando tais metas, bem como os desafios complexos e as contínuas reformas de cuidados que se estabelecem no palco da saúde, a natureza dinâmica do setor tem imposto mudanças e ritmos permanentes na natureza do trabalho em saúde, bem como no âmbito das atribuições de seus profissionais (AL MAAITAH; ABUALRUB, 2017). Essa configuração teve início em 2005, quando os países membros da (OMS) pactuaram a meta de cobertura universal prevista nos objetivos do milênio e agenda pós-2015, e que atualmente é reforçada, visando melhorias na saúde e no bem-estar da população (UCHÔA et al., 2016).

A cobertura universal traduz-se no acesso e uso oportuno dos serviços, considerando a compreensão das funções do sistema de saúde, a qualificação dos seus agentes, o acesso a produtos e serviços essenciais, integrados, com qualidade e com foco no usuário, visando a promoção da saúde e o controle de doenças; além de sistemas de informação que favoreçam a tomada de decisão, e do gerenciamento financeiro adequado, com proteção contra riscos financeiros (OPAS, 2014). Por meio desta proposta, alvitra-se a promoção de uma vida mais saudável para todas as idades, sendo necessário para o seu alcance, um verdadeiro investimento em sistemas de cuidados de saúde, bem como nos trabalhadores de saúde (AL MAAITAH; ABUALRUB, 2017).

Embora muitos avanços tenham sido alcançados na América Latina, relacionados à cobertura universal de saúde e à melhoria da atenção, o acesso equitativo à saúde e de cuidados de saúde primários essenciais ainda permanece fora do alcance de milhões de pessoas (ATUN et al., 2015; UCHÔA et al., 2016). Para Bryant-Lukosius e colaboradores (2017) urge a necessidade de ações e serviços que impactem positivamente nos resultados de saúde, sendo primordial melhorar o acesso aos cuidados primários de saúde, especialmente nas comunidades rurais. Além disso, consideram necessários mais serviços de promoção da saúde, prevenção e gestão, capazes de reduzir a carga de doença e a mortalidade associada a doenças crônicas, especialmente a saúde mental, câncer, doenças cardiovasculares e diabetes.

Nesse sentido, a meta de cobertura universal da saúde, ao visar melhorias nos resultados de saúde e na ampliação do acesso aos serviços em comunidades diversas, tem se constituído um desafio nos espaços de produção de saúde, especialmente na APS, por seu papel de coordenadora do cuidado em redefinição do modelo de saúde brasileiro, e que tem na

perspectiva de RAS, uma alternativa em potencial para a efetivação das ações de saúde. Porém, cabe destacar que a temática do acesso universal e equitativo no Brasil é uma preocupação desde a criação do SUS, em 1988. A ideia tem sido reforçada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerada potencialidade para o acesso à gestão do cuidado integral, na medida em que propõe a estruturação do trabalho em saúde em uma dinâmica multiprofissional, interdisciplinar e com atuação em equipe (BRASIL, 2012).

Por meio da PNAB 2017, o Ministério da Saúde (MS) tem reforçado as estratégias propositivas já apregoadas na APS, visando uma adequação dos serviços, em relação aos conhecimentos acerca das novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre tais estratégias, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual propõe a atuação profissional a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, os quais norteiam-se por diretrizes que preconizam o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a clínica ampliada e compartilhada, a ambiência, a valorização do trabalhador, e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013).

A PNH entende que a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, é fundamental, e, portanto, deve ser estimulada. Esta seria uma maneira de refletir as atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho, para, a partir da análise dos problemas e dificuldades em cada serviço, articular e construir, de maneira compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde (BRASIL, 2013). Entretanto, cabe questionar, em um primeiro momento, se as diretrizes propostas na PNH, e que estão fundamentadas em princípios da transversalidade, da indissociabilidade entre gestão e atenção, e do protagonismo, corresponsabilidade e autonomia de sujeitos e coletivos, são, de fato, exercidas nos espaços de produção de saúde em APS.

Existem modelos de atenção que descrevem o acolhimento como um dispositivo de escuta qualificada, o qual se proponha a oferecer respostas, baseado em perspectivas de um cuidado integral, longitudinal e interprofissional. Embora seja um mecanismo primordial para a APS, na prática, o acolhimento muitas vezes se restringe a atendimentos pontuais, baseado na demanda espontânea, e em respeito à ordem de chegada, no estilo “queixa-conduta” (BREHMER; VERDI, 2010; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

A complexidade das demandas individuais por saúde, atribuídas à subjetividade contida em cada caso, faz do acolhimento uma ferramenta imprescindível para atender às diferentes necessidades de quem busca os serviços de saúde. Esta seria uma estratégia de potencializar a

qualidade das ações empreendidas e de valorizar elementos que favorecem a integralidade do cuidado. Entretanto, no limite entre o que o MS preconiza para o desenvolvimento do trabalho em APS, e o modo como ele de fato se desenvolve, essa estratégia não consegue atingir tamanha resolutividade, face aos inúmeros desafios convencionados aos profissionais de saúde e que interferem diretamente no acolhimento.

Em se tratando de gestão participativa e cogestão, tem-se notado, nos últimos anos, avanços significativos no que tange a estes dispositivos nos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2016), expressas principalmente pelo fortalecimento do controle social, da gestão compartilhada e da valorização profissional no âmbito do SUS (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012; BARRETO et al., 2012). Contudo, inúmeros desafios e dificuldades ainda permeiam a execução dessa prática nas organizações e serviços de saúde. Dentre estes, destacam-se, para além da complexidade do cenário da saúde, que está sempre em construção: a capacidade de lidar com o conflito nos espaços coletivos de gestão; a tomada de decisão compartilhada nem sempre utilizada; a participação e envolvimento dos trabalhadores na discussão e reflexão da própria prática; e a negligência institucional frente a uma melhor atenção aos seus trabalhadores (CARVALHO et al., 2016).

Esta condição atinge diretamente os princípios de outras diretrizes instituídas na mesma política, a exemplo da valorização do trabalhador. Nas proposições da PNH, essa diretriz deveria assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão, analisando e intervindo, por meio do diálogo, sobre fatores que causam sofrimento e adoecimento no trabalho. Nesta perspectiva, o diálogo tem o intuito de fortalecer o grupo de trabalhadores, propiciando o estabelecimento de acordos entre a gestão e o coletivo de trabalho, e que interfiram positivamente nos modos de gerir, de cuidar e de agir nos serviços de saúde (PASCHE, 2009; BRASIL, 2013). Contudo, em direção oposta à proposta de valorização do trabalho, os trabalhadores da saúde têm apontado para uma série de limitações no SUS, em geral, relacionadas às condições estruturais de trabalho, as quais, não só levam à precarização, à exploração e à desvalorização do trabalho, como tende a fortalecer os modos de organização do trabalho que visam à expropriação dos trabalhadores nos processos decisórios (PASCHE, 2009; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Fomentar redes de valorização do trabalho e do trabalhador, de acordo com Pasche (2009) implicaria na necessidade de descentralizar o poder de decisão sobre o cotidiano das instituições, interferindo nos elementos e fatores que acometem a saúde do trabalhador, e nas condições concretas de trabalho, como por exemplo a ambiência, outra diretriz norteadora da PNH. A ambiência, segundo Brasil (2013), tem em sua proposta a criação de espaços saudáveis,

acolhedores e confortáveis, os quais respeitem a privacidade e sirvam de encontro de usuários e trabalhadores, com vistas a mudanças e melhorias no processo de trabalho em saúde. Sob tal perspectiva, promover a ambiência nas organizações de saúde, consiste em alinhar os espaços de trabalho às diretrizes de reorganização dos seus processos, refletindo, de maneira coletiva, os princípios e diretrizes do SUS e da humanização da saúde na reconstrução dos espaços de trabalho (PASCHE, 2009; BRASIL, 2013).

Para além da reconstrução dos espaços de trabalho, a PNH também põe como desafio a reconstrução das relações clínicas, o que demanda alterações na dinâmica de gestão do trabalho. Apresentada na proposição de clínica ampliada, essa diretriz prevê na construção de processos dialógicos, uma via de passagem aos interesses, necessidades e desejos dos sujeitos que habitam esta relação, como possibilidade de fomentar a corresponsabilização (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). A clínica ampliada pressupõe a relação dialética existente entre equipe de saúde e território, pois considera que os contornos geográficos e administrativos do território e dos serviços de saúde definem a organização da gestão e interferem na clínica, bem como nas relações entre os trabalhadores e o fazer em saúde (YASUI; PENA, 2015).

No entanto, as mudanças nessas relações não podem ser compreendidas apenas como decorrentes da vontade particular dos sujeitos, sendo necessário ponderar a subjetividade envolvida na produção de saúde e na ampliação do conceito de saúde, algo que vai além dos conhecimentos e das práticas clínicas, requisitando ação transdisciplinar e intersetorial (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). A proposta de ampliação da clínica na PNH, tem a finalidade de ampliar o diálogo e a interferência dos sujeitos em relação à definição de contratos, à inclusão de alteridades, à personalização do cuidado e dos modos de gestão (PASCHE, 2009). Assim, a clínica ampliada, ao visar contribuições para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, a qual considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, encontra na qualificação do diálogo recursos que permitem o enriquecimento dos diagnósticos e o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde (BRASIL, 2013).

Contudo, no cotidiano do trabalho em saúde, em análise às suas tensões, ambiguidades e contradições, Yasui e Pena (2015) anunciam o especialismo mercadológico como forma de degradação da clínica e que concentra no viés produtivista da gestão, condições potentes que situam o trabalhador em uma posição individualizada e solitária. De acordo com os autores, essa configuração propicia a antítese de uma clínica ampliada, favorecendo um contexto de desresponsabilização e alienação no trabalho, que tem nas peças de uma engrenagem, a maximização do número de consultas, exames e prescrições, porém com pouca saúde.

Nessa condição, produz subjetividades submissas, sem criatividade, e acomodadas a um cotidiano repetitivo, com produção de cuidados homogêneos, sem marcas singulares na relação com os usuários (YASUI, PENA; 2015). Por conseguinte, repercute na defesa dos direitos dos usuários, também diretriz da PNH. Essa diretriz pressupõe a construção de contratos de corresponsabilização, que amplia a condição de tensão entre direitos e deveres dos usuários, e passa a assumir a proposta de construção compartilhada do cuidado (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011). A orientação parte do princípio de que os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e que os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos, assegurando que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado (BRASIL, 2013). Sob tal perspectiva, os direitos dos usuários devem ser considerados na organização dos processos de trabalho e na orientação das práticas clínicas e de saúde coletiva.

Face ao panorama apresentado, observa-se que a PNH se norteia por princípios e diretrizes importantes, porém ambiciosos, difíceis de alcançar. Nesse sentido, visualiza-se nesta política, sentidos por vezes utópicos, se ponderados os inúmeros desafios que permeiam o setor saúde brasileiro; mas também mobilizadores para o alcance de suas orientações, pois traduzem-se em proposições para que gestores e trabalhadores do SUS possam reinventar modos de gerir e de cuidar, frente a tais desafios e impossibilidades.

Atingir estas orientações, ante às constantes modificações do cenário do trabalho em saúde, denota novas exigências de gestão e novos perfis de liderança, capazes de lidar com ambientes altamente complexos e dinâmicos. Especificamente no âmbito da APS, esta realidade é potencializada, visto que as equipes de Saúde da Família (SF), constituídas sob a lógica de equipe multiprofissional, possuem diversas exigências frente ao trabalho vivo e burocrático, as quais demandam maiores investimentos em organização e gerência dos serviços (MELO; MACHADO, 2013). Sob estruturação de Estratégias de Saúde da Família (ESF), as equipes de SF precisam atuar fundamentadas em princípios e diretrizes que viabilizem a humanização, em reformulação ao modelo tradicional de atenção à saúde, retirando o foco da proposta hospitalocêntrica, e fortalecendo o vínculo com a comunidade (BRASIL, 2011).

Todavia, o trabalho em equipe na APS possui particularidades que precisam ser consideradas para atingir sua finalidade, a exemplo do seu foco de atenção, que por estar nas necessidades dos usuários e da população do território, os lócus de atuação da equipe não se restringem à unidade de saúde, mas aos diversos cenários do território. Nesta condição, demanda uma atuação profissional na qual se efetive a comunicação, a interação e o diálogo, entre profissionais e usuários. Não obstante, os profissionais por vezes desconhecem tais necessidades, e visto que a apreensão acerca destas é essencial, para além da necessidade de

diálogo profissional-usuário, pois é fundamental a participação social e controle social. Essas particularidades interrelacionam-se à busca pela integralidade da assistência, tão almejada pela APS, entretanto, para efetivá-la, são necessárias articulações contínuas de estratégias, ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (CARVALHO et al., 2015).

Assim, na condição de ordenadora da atenção à saúde no SUS e principal porta de entrada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), espera-se da APS a resolutividade da maioria dos problemas de saúde. Para tanto, investem-se atualmente na proposta de Estratégia Saúde da Família (ESF), que constituída sob a lógica de equipe multidisciplinar, com profissionais de formação generalista, valorizam a adscrição da clientela com esquemas de responsabilização nas Unidades de Saúde da Família (USF). Entretanto, existem barreiras a esta implementação, pois apesar do caráter estratégico e descentralizador das ESF, sua plena implantação ainda é lenta, apresentando reveses estruturais e políticas que contribuem para a persistência de modelos focalizados na lógica de “postos de saúde” (CESAR et al., 2014).

4 O REFERENCIAL DEJOURIANO NA COMPREENSÃO DA EMANCIPAÇÃO NO TRABALHO

Por ocasião de desdobramento deste capítulo, serão apresentados, de maneira sumária, os elementos que constituem a teoria Psicodinâmica do Trabalho (PdT) e que tem em Christophe Dejours o seu principal precursor. Fundamentada em princípios da psicanálise e das ciências sociais, a PdT tem como foco de pesquisa, de intervenção e de ação, as questões coletivas dos trabalhadores, considerando os seus aspectos subjetivos, suas vivências de prazer e sofrimento, e as estratégias defensivas que desenvolvem para interferir neste contexto, visando a normalidade e evitando o adoecimento.

Assume-se a teoria dejouriana como referencial desta pesquisa, por acreditar que o olhar da PdT sobre os sentidos e significados implícitos na relação indivíduo-trabalho, pode permitir, através de seus conceitos, métodos e aplicabilidades, compreender as dificuldades encontradas pelos coordenadores de Unidades de Saúde da Família (USF) no contexto gerencial da Atenção Primária à Saúde (APS). Por conseguinte, permite compreender o pensar e o agir destes coordenadores, a partir de uma orientação epistemológica emancipatória, que surge, ao analisar os conflitos existentes entre o trabalho prescrito e o modo como ele de fato acontece.

Assim, neste capítulo, apresentam-se os principais elementos que permitem situar a abordagem teórico-metodológica da PdT, e que favorecem, a partir de uma análise da relação do sujeito com o trabalho, ressaltar um contexto caracterizado pela dominação, em que se assenta a antítese servidão-emancipação. Contudo, assevera-se nesta pesquisa, que esses elementos, embora escritos de modo crítico, não apresentam relações maniqueístas, em que de um lado estaria o sistema capitalista como um único vilão, e do outro, os trabalhadores como as vítimas do sistema. Apresentam-se tais elementos, pois, como uma maneira de explicitar os conceitos transversais de gestão que se articulam com a PdT, e que favorecem, a partir de sua compreensão, um movimento de pensar-refletir-agir, com vistas à emancipação.

4.1 PERCURSOS CRONOLÓGICOS DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Segundo Dejours (2004), a Psicodinâmica do Trabalho (PdT) é uma disciplina clínica que se ancora na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, e ao mesmo tempo teórica, pois se esforça para inscrever os resultados da investigação clínica da relação com o trabalho, numa teoria do sujeito que engloba, ao mesmo tempo, premissas da psicanálise e a da sociologia. Nessa perspectiva, a PdT atribui ao trabalho a condição de

centralidade na constituição do sujeito, uma vez que considera o trabalho como aquilo que envolve, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar, ou seja, demanda o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência e o envolvimento da personalidade para responder a uma tarefa (DEJOURS, 2004).

Em uma análise longitudinal que demarca a edificação da abordagem PdT, quatro passagens bem definidas, com características particulares e que definem e reformulam os principais conceitos em ampliação de suas abordagens, precisam ser consideradas.

A primeira fase teve as suas primeiras investigações em meados das décadas de 1970 e 1980, e nesse período, voltavam-se para o estudo do sofrimento psíquico, sua gênese e transformações derivadas do confronto entre o psiquismo do trabalhador e a organização do trabalho. Neste momento, as pesquisas empíricas concentravam-se na análise da dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas desencadeadas por este sofrimento (MENDES; MORRONE, 2012).

As primeiras pesquisas, desenvolvidas com operários semiqualeificados, analisavam uma patologia mental procedente do trabalho repetitivo, sob pressão de tempo e explorado de forma intensa. Tinham como objetivo destacar a doença mental ocasionada pelo trabalho de forma específica e caracterizá-la. Porém, estes objetivos não foram alcançados, e, ao invés de revelar doenças mentais específicas, observaram-se com maior evidência comportamentos estranhos, insólitos ou paradoxais (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990). As pesquisas de Dejours mostravam que os trabalhadores, quando expostos a ritmos intensos e trabalhos repetitivos, não enlouqueciam, eles permaneciam na normalidade (DEJOURS, 2015).

A partir de então, aos poucos, desenhou-se o modelo teórico que buscava tematizar o sofrimento no trabalho e as defesas contra ele (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990), e nesta perspectiva ganhava destaque o conceito de normalidade. A normalidade dos comportamentos não implicava necessariamente na ausência de sofrimento e também não excluía o prazer, pelo contrário, era considerada uma luta contra o sofrimento e contra a desestabilização no trabalho. Assim, a normalidade surge como uma dinâmica humana em que as relações intersubjetivas no trabalho viabilizam a construção de estratégias defensivas contra o sofrimento e em busca da manutenção da saúde (DEJOURS, 2007; 2011; 2015).

Assim, na segunda fase, ocorrida até meados de 1990, Dejours direcionou-se ao polo da saúde, enfocando sua abordagem para o estudo do prazer e dos mecanismos utilizados pelo trabalhador para tornar o trabalho saudável (MENDES; MORRONE, 2012). Nesta época, o enfoque da teoria passou a ser o estudo das vivências de prazer e sofrimento no trabalho, pensando nas nuances do trabalho prescrito e do trabalho real (GIONGO; MONTEIRO;

SOBROSA, 2015). Dejours e sua equipe começam a se indagar por que em algumas situações, mesmo vivenciando situações de grande sofrimento, os trabalhadores não adoecem. Eles perceberam que os mesmos, nestas condições, desenvolviam estratégias que permitia-lhes lidar com o sofrimento no trabalho, e dessa forma, não enlouqueciam (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990).

Inicialmente, as pesquisas em psicopatologia do trabalho objetivaram evidenciar afecções mentais que poderiam ser originadas pelo trabalho. Assim, os primeiros estudos desenvolvidos no campo da psicopatologia do trabalho traziam uma conotação negativa para a definição de sofrimento, o qual era compreendido como atravessado por forças que propiciam a evolução natural para a doença, basicamente resultante de danos físico-químico-biológicos das instituições de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1990). Entretanto, as investigações demonstraram que a ambivalência do sofrimento deveria ser considerada, sendo este um processo dinâmico, o que exigiu então, uma redefinição para o termo em psicopatologia do trabalho (DEJOURS, 2011). A proposta da teoria nesta fase também buscou o aprofundamento e a análise do papel do trabalho na construção da identidade, pela investigação da dinâmica do reconhecimento (MENDES; MORRONE, 2012).

Na terceira fase, iniciada no final da década de 1990, a teoria começa a explorar os processos de subjetivação e as patologias sócio psíquicas, aprofundando sua análise em processos relacionados à saúde dos trabalhadores (MENDES; MORRONE, 2012). Nesta época, com a consolidação da PdT como abordagem científica, a teoria passou a focar seus estudos nas novas configurações da organização do trabalho, nas estratégias defensivas, nas patologias sociais e nos sentidos atribuídos às vivências de trabalho (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015), adotando enfoque mais crítico e aproximando-se das ideias de Habermas sobre a teoria comunicacional, e à banalização da injustiça social (BUENO; MACÊDO, 2012).

Por fim, na quarta fase do seu processo histórico, a teoria PdT encontra-se em seu processo evolutivo, fundamentando sua abordagem científica em explicações acerca dos efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação, as patologias sócio-psíquicas e a saúde dos trabalhadores. O foco desta fase dá ênfase ao trabalho como construção da identidade do trabalhador, às vivências de prazer-sofrimento no trabalho, ao reconhecimento e à sublimação como estratégias de enfrentamento. Além disso, os estudos sobre a clínica em PdT, propõem uma ação transformadora, através do espaço de discussão coletiva, em que o trabalhador, por meio da palavra, possa ter autonomia e liberdade de expressão (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

Na atualidade, os estudos de Dejours e a metodologia de pesquisa em PdT têm sido amplamente difundidos e utilizados por pesquisadores e profissionais que estão envolvidos com o tema e a prática da saúde do trabalhador, numa tentativa de aprofundar a relação entre a construção de subjetividade e o trabalho. No Brasil, a necessidade de solidificar os pressupostos de uma teoria que considere o sujeito em sua integralidade e que tenha o trabalho como um fator importante na constituição do laço social, e na constituição do trabalhador, fazem com que diversos trabalhos e pesquisas sejam fundamentadas em tendências brasileiras relacionadas ao uso da PdT (MERLO; MENDES, 2009).

Os estudos brasileiros fundamentados na PdT ganham expansão significativa na última década, particularmente após 2007, quando foi criado na Universidade de Brasília (UnB), o primeiro Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (LPCT), sendo pioneiro no uso sistemático da PdT em pesquisas nos últimos dez anos (FACAS et al., 2017). Contudo, com o passar dos anos e a aplicação dos conceitos e método, algumas rupturas foram necessárias para garantir o propósito político da própria teoria, e, assim, avançar em outras dimensões teóricas e metodológicas, de modo que não existe uma PdT pura (MENDES, 2017).

Frente às mais diferentes dificuldades encontradas no trabalhar a PdT no Brasil, os pesquisadores sentiram a necessidade de criar e recriar outros dispositivos e formas de pesquisa para a produção do conhecimento, com vistas a possibilitar que as diversas articulações metodológicas, inter e transdisciplinares da PdT, pudessem ser empreendidas. Assim sendo, a PdT construída e praticada no Brasil “é habitada e atravessada pelas singularidades e multiplicidades do contexto sócio-histórico-econômico na qual se inscreve, pela multiplicidade disciplinar de seu uso, e pelas articulações cada vez mais proíficas com as demais abordagens” (MARTINS et al., 2017, p. 139).

Ainda que as pesquisas e intervenções com trabalhadores brasileiros guardem importantes diferenças com as propostas originárias de Dejours e colaboradores (2017) destacam a importante contribuição desses estudos, especialmente no que tange à visibilidade dos problemas relacionados ao trabalho. Entretanto, reconhecem, seguindo a orientação dos fundamentos que alicerçam a PdT, a necessidade de avançar nas técnicas e conceitos da PdT, como uma maneira de entender os próprios instrumentais de conscientização das relações de vida e de trabalho: “reconhecemos a marca pessoal que cada um dos pesquisadores imprime ao usar a PdT para além de um arcabouço teórico-metodológico, mas como um referencial de intervenção fundamentado no reconhecimento do outro” (MONTEIRO et al., 2017, p.57).

É nessa perspectiva que o autor da presente pesquisa propõe interpretar os fatos e construir o próprio caminho de análise da Clínica Psicodinâmica do Trabalho no contexto

gerencial da Atenção Primária à Saúde (APS). O diálogo com outros pesquisadores que tomam a matriz dejouriana como referência, incitam-lhe a buscar conhecimentos do próprio Dejours, especialmente em consideração ao que ele aborda sobre emancipação, escuta clínica, e espaços de deliberação no trabalho. É justamente nessa interlocução que o pesquisador apresenta um trabalho que ilustra o seu próprio eu, em seus modos de pensar e de agir politicamente, elementos-chave da própria teoria PdT; e encontra subsídios para compreender, sob seu ponto de vista, e à luz da teoria dejouriana, a Clínica Psicodinâmica do Trabalho de coordenadores da APS.

4.2 DO REAL AO PRESCRITO NO TRABALHO: UMA ANÁLISE DAS CONTRADIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho (PdT), o trabalho tanto pode favorecer vivências de prazer quanto de sofrimento, sendo lugar tanto da saúde quanto do adoecimento, e, nessa perspectiva, é sempre apresentado com um duplo papel, em que, ao tempo em que pode ser estruturante, pode também ser adoecedor, pode promover a dignidade, mas também pode deteriorar esta dignidade e ser alienante (DEJOURS, 2011). Para Dejours, trabalhar não é somente executar os atos técnicos, mas fazer funcionar o tecido social e as dinâmicas intersubjetivas indispensáveis ao reconhecimento, algo que é necessário em vista da mobilização subjetiva da personalidade e da inteligência demandadas para transformar a organização do trabalho, ou seja, para a transformação do prescrito em trabalho real.

A organização do trabalho consiste em um dos principais conceitos da Psicodinâmica do Trabalho. É por meio desta, que a divisão de tarefas e dos homens no cenário do trabalho é instituída (DEJOURS, 2008). Segundo Dejours (2007), a organização do trabalho pode ser compreendida em duas dimensões: a divisão do trabalho, que consiste na forma como são concebidas e prescritas as tarefas, cadências e seu modo operatório; e a divisão dos homens, constituída pelas responsabilidades e pelas relações de poder em um sistema hierárquico, ou seja, pelo modo como as tarefas são definidas, divididas e distribuídas entre os trabalhadores, bem como pela forma como se opera a hierarquia, a fiscalização, o controle, a ordem, a direção.

Entretanto, Dejours (2011, 2015) ressalta a importância de se considerar as diferenças existentes entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real. Para o mesmo, o trabalho prescrito está relacionado ao que a instituição impõe ao trabalhador, sendo este traduzido no planejamento do trabalho, ou seja, nos objetivos da tarefa, na definição das regras de conduta, no estabelecimento de normas e regulamentos do modo operatório, nos

procedimentos técnicos, nos estilos de gerenciamento e nas pressões. Já o trabalho real representa aquilo que resiste ao domínio técnico e científico, à competência.

Segundo Ferreira (2010), a organização do trabalho prescrita tende a ser desconectada das necessidades e desejos do trabalhador, bem como das atividades reais de trabalho. O real do trabalho estaria refletido em situações imprevistas que estão além do domínio técnico e do conhecimento científico do trabalhador, o que demanda modificação contínua da realidade e estabelece desafios constantes ao fazer humano. Essa defasagem entre o prescrito e o real consiste no que Dejours (2005) aponta como sendo necessário ajustar, rearranjar, imaginar, inventar, enfim, ser acrescentado pelo trabalhador para levar em conta o real do trabalho.

Logo, entende-se que o que está prescrito nunca será suficiente para dar conta do real, sendo impossível alcançar a qualidade respeitando as prescrições, já que o real é submetido ao inesperado, a um saber-fazer que foge às prescrições. É nesse sentido que Dejours (2008) afirma não existir trabalho apenas de execução, pois o trabalho seria exatamente o que o sujeito faz além da prescrição, para dar conta dos objetivos atribuídos a ele. Contudo, essa lógica, por vezes, coloca o trabalhador em situação contraditória, pois, para subverter o prescrito, ele precisaria em determinadas circunstâncias burlar o sistema e até mesmo cometer infrações para dar conta da quantidade exigida, com a qualidade esperada, o que pode se voltar contra ele mesmo, ao ser acusado de descumprir o prescrito, ou de desrespeitar as normas e regulamentos institucionais.

É nesse jogo de forças contraditórias que operam sobre o trabalhador que as relações com os pares, com as chefias e com os usuários, são construídas. Tais relações são denominadas por Ferreira e Mendes (2003) como relações socioprofissionais, as quais são constituídas por interações: hierárquicas (chefias superiores), coletivas intra e intergrupos (membros da equipe de trabalho e de outros grupos de trabalho), e externas (usuários, consumidores, representantes institucionais).

Assim, as relações socioprofissionais são expressas por elementos interacionais que expressam as relações interpessoais no cenário de trabalho (FERREIRA; MENDES, 2003), mediadas pela organização do trabalho e possibilitadas pelas condições de trabalho, o que influencia as vivências de prazer e sofrimento do trabalhador e favorecem a constituição da subjetividade no trabalho (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014).

Giongo, Monteiro e Sobrosa (2015, p. 805) adicionam que é na divisão dos homens que estão “as responsabilidades relacionadas ao trabalho, as relações de poder, as hierarquias, o comando, o grau de autonomia nas atividades, e as possibilidades de cooperação e comunicação, entre outros”, sendo o entendimento dos processos atrelados à saúde/doença no

trabalho feito mediante análise psicodinâmica das vivências do trabalhador. Ao ver de Augusto, Freitas e Mendes (2014), são vivências que retratam o sentido atribuído ao trabalho como resultante da interação entre condições objetivas e subjetivas.

Também estão atrelados à organização do trabalho, os modelos de gestão. As características da gestão atuam na codificação e definição das relações de trabalho, mediante os mecanismos de controle existentes, o grau de autonomia, a hierarquia, relações de poder e comando, possibilidades de cooperação e comunicação (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011). Os modos de gestão conformam uma nova face das relações sociais e dos recursos humanos, os quais estimulam uma lógica do pensar para além das fronteiras, exigindo uma incorporação de valores competitivos, como forma de ascensão pessoal (BARRETO; HELOANI, 2014).

Essas práticas gerenciais expõem o trabalhador a situações constantes de medo, frustração e insegurança nos postos de trabalho, fazendo com estes sejam “convidados” constantemente a reinventarem-se, a serem proativos e empreendedores de si. É nesse sentido que Ehrenberg (2010) situa o culto da performance. Conforme o autor, na sociedade contemporânea cada pessoa deve aprender a se governar por si mesma, encontrando as orientações para sua existência em si mesma, o que sugere uma *performance* ascendente que a impulsiona o trabalhador à singularização e à individualização mediante uma passagem à ação. Entretanto, adverte que essa *performance* heroica vem acompanhada de uma crise de identidade maior, de uma relação caracterizada pela incerteza, e de uma depressão nervosa que pode apoderar-se do sujeito, colocando-o continuamente numa situação que exige a tomada de risco, a necessidade de realizar uma proeza e de assumir a concorrência interindividual como uma justa competição.

4.3 MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA: DO SOFRIMENTO AO PRAZER

Trabalhar é uma mobilização, sobretudo política, que independe da vontade do trabalhador, mas que prescinde da experiência da alteridade, da vivência coletiva. É no trabalhar que o sujeito encontra o reconhecimento, uma retribuição simbólica por sua contribuição com os processos de organização do trabalho, mediante engajamento subjetivo e inteligência empreendida (DUARTE; MENDES, 2015).

Para Dejours (2012a) a mobilização subjetiva está intrínseca ao trabalhar, de modo que ao vivenciar o sofrimento, face ao confronto entre os desejos do sujeito e as normas da organização do trabalho, o trabalhador é impulsionado à busca de alívio para o sofrimento e

mobiliza recursos subjetivos para preencher a lacuna existente entre o prescrito e o real, transformando o sofrimento em prazer.

A mobilização subjetiva pressupõe o sofrimento criativo, que implica a superação dos obstáculos e solução dos problemas encontrados ao confrontar com o real. No trabalho, o sujeito tem a oportunidade de transformar o sofrimento em criatividade, a serviço da sua saúde (OLIVEIRA; MENDES, 2014). Nessa direção, o sofrimento criativo ocorre quando os trabalhadores encontram espaço, na organização do trabalho, para atender e reorientar as demandas, ressignificar os problemas socioprofissionais, assumir atitudes cooperativas e vivenciar o reconhecimento (FERREIRA et al., 2011). Logo, entende-se que o trabalho proporciona ao trabalhador uma mobilização subjetiva capaz de evitar o sofrimento e ressignificar sua relação com o trabalho.

Mendes e Muller (2013, p.290) definem o prazer como um “princípio mobilizador que coloca o sujeito em ação para a busca da gratificação, realização de si e reconhecimento pelo outro da utilidade de beleza do seu trabalho”. Para as autoras, este prazer é viabilizado pela mobilização da inteligência prática ante os constrangimentos da organização do trabalho, da construção do coletivo, que envolve as regras de ofício e de convivência e a cooperação que permitem a ressignificação do sofrimento. O prazer está sempre associado ao sofrimento, sendo uma vivência acessada quando, em confronto com o real do trabalho, há a vitória do trabalhar.

Assim, para que no trabalho seja possível o sofrimento criativo, o prazer e, conseqüentemente, a saúde, é indispensável a mobilização das condições políticas capazes de conduzir o trabalhador à mobilização da inteligência prática, do espaço de discussão, da cooperação e do reconhecimento no trabalho (DUARTE; MENDES, 2015).

Essa mobilização política dá-se mediante esforços da inteligência prática, inventiva, criativa, referida por Dejours (2007) como astúcia, a qual, por um lado remete à criação e incorporação da inovação ao que já existe e é rotina; e por outro, demanda conhecimento, familiarização com a realidade de trabalho. Essa inteligência é considerada pulsional, sendo manifestada espontaneamente pelo trabalhador ao empregar sua experiência no sentido de criar algo novo, distinto da prescrição. No momento em que os sentidos (o corpo) são convocados, o trabalhador reage, solucionando o problema “em tempo real”, sem necessariamente interromper a atividade (VASCONCELOS, 2013).

A inteligência prática é caracterizada por Dejours (2007; 2011) e corroborada por Vasconcelos (2013), em cinco aspectos fundamentais: é enraizada no corpo, pois, diante do imprevisto, o trabalhador percebe o acontecimento e, baseado em uma situação de trabalho já vivenciada, é solicitado a dar conta do imprevisto do trabalho, ajustando a atividade e propondo

soluções; concede maior importância aos resultados da ação do que ao caminho empreendido para alcançá-los, encontrando a melhor forma de atingir resultados com o mínimo de investimento em energia; está presente em todas as atividades de trabalho, sejam elas manuais ou intelectuais; possui poder criador na medida em que incorpora astúcia, inventividade e engenhosidade para dar conta do real do trabalho; e é amplamente difundida na sociedade, reforçando o seu aspecto potencial. É nesse movimento em prol da astúcia, que o trabalhador se envolve e se dedica no uso da sua inteligência prática, encontrando sentido em seu trabalho (DEJOURS, 2011b).

Uma forma de retribuição simbólica advinda da contribuição dada pelo sujeito, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência no trabalho é expressa no reconhecimento. Para Duarte e Mendes (2015), quando o trabalhador se sente reconhecido, ele se percebe aceito, admirado, dispondo de liberdade para expressar sua individualidade nas diversas situações de trabalho, e, assim, encontra no trabalho um espaço de constituição de si, de expressão, e não somente de produção para sobrevivência, alienando-se ao desejo de produção do sistema. Na perspectiva dejouriana, o reconhecimento tem relação intrínseca com o coletivo de trabalho, uma vez que para ser reconhecido é necessário o julgamento do outro, dos pares, e, desse modo, é necessário vencer o obstáculo da invisibilidade do trabalho, tornando visíveis as descobertas de sua inteligência e do seu saber-fazer (DEJOURS, 2004).

O coletivo de trabalho implica a construção de regras, de pactos entre os trabalhadores que convivem diariamente, como uma forma de encontrar saídas para as adversidades do trabalho. Para Ferreira et al. (2011), trata-se de um esforço coletivo e construção de regras que permitem encontrar, em conjunto, respostas concretas, políticas, ideias para futuros projetos. Embora quase sempre sejam alterados em função das mudanças decorrentes da organização do trabalho e das novas exigências para solucionar os problemas, novas regras serão sempre construídas, sendo essa construção favorecedora do engajamento e maior envolvimento do trabalhador com seu trabalho.

Assim, é no plano coletivo que se pode ocorrer o reconhecimento, sendo indispensável o olhar do outro, o seu julgamento e a visibilidade do trabalho afetivo. Entretanto, Lima (2011; 2013) problematiza a questão da visibilidade no trabalho, expondo que, as formas contemporâneas de organização do trabalho, centradas especialmente na avaliação individualizada de desempenho e na precariedade do trabalho, ameaçam a possibilidade de reconhecimento, enfraquecendo as relações solidárias e cooperativas. Este cenário reforça a invisibilidade do trabalho, a fragilidade dos laços de confiança e de cooperação, intensificando ainda mais o individualismo e a lógica do cada um por si.

Nesse sentido, a cooperação passa pela mobilização do trabalhador em contribuir, mediante usufruto de sua inteligência prática, para o coletivo de trabalho. Logo, a cooperação, para além da atuação em equipe em prol de um mesmo propósito, assume um caráter emancipatório, embasado em laços de solidariedade, no respeito pelo outro e no compartilhamento e disseminação de saberes e práticas de cunho político e democrático. Conforme ensina Dejours (2008), para construir a cooperação é necessário encontrar compromissos entre as opiniões de uns e outros acerca do trabalho. E os compromissos no trabalho existem, tanto que, graças a estes, muitas pessoas quando trabalham se sentem melhor do que quando não trabalham.

O mesmo ensina ainda que o trabalho pode tanto provocar o pior, como pode também gerar o melhor do trabalhador, algo que se pode argumentar, ilustrar clinicamente e demonstrar. Isso porque, no mesmo espaço em que pode prevalecer a pressão individualizada por desempenho, em que se aprende a sabotar o colega e a agir sozinho, pode-se também encontrar o lugar onde é possível aprender a trabalhar com os outros, a cooperar (DEJOURS, 2008). Assim, apesar da dimensão estratégica e centrada em objetivos de eficiência que o trabalho assume na contemporaneidade, ainda é possível encontrar e constituir espaços de cooperação, de trabalhar com o outro, e de construção de coletivos (FERREIRA, et al., 2016).

Estes espaços são fundamentais à qualificação do trabalho, pois permitem a construção de relações baseadas na confiança, na solidariedade e na cooperação entre os pares, favorecendo o repensar no coletivo, e, mediante interpretação do trabalho, transformar situações geradoras de sofrimento. Para Dejours (2015) a criação de espaços de discussão no coletivo representa um caminho para a identificação de estratégias defensivas, possibilitando ao trabalhador a ampliação da sua percepção sobre ele mesmo, o que favorece o processo de emancipação deste, bem como a consequente intervenção naquilo que o grupo identifica como necessário para melhorar a organização do trabalho.

Merlo, Bottega e Magnus (2013) destacaram a importância dos espaços de discussão no trabalho, afirmando que estes são locais genuínos de livre circulação da palavra entre os trabalhadores, legitimados e validados pelo coletivo, em que os mesmos se sentem confortáveis para problematizar e elaborar questões acerca do trabalho. Para os autores, é no âmbito destes espaços que o trabalhador se dá conta do “milagre da palavra”, pois, como antes não falava e não era escutado, nem por si e nem pelos outros, não percebia a existência de aspectos importantes relacionados ao seu trabalho. Assim, a construção de espaços de discussão coletivos, possibilita a criação de brechas na opacidade da organização do trabalho e a

potencialização da palavra, conferindo maior visibilidade ao sofrimento, às defesas e patologias, favorecendo a emancipação dos trabalhadores.

O sofrimento no trabalho está relacionado, sobretudo, ao enfrentamento dos riscos, às infrações das leis trabalhistas, e ao sentimento de não atender às expectativas impostas pelo trabalho, sendo este aumentado em função da rigidez da organização do trabalho. Embora o sofrimento seja sempre individual, é resultante das relações com os outros, no coletivo (FLEURY, 2013). Nesse sentido, um dos efeitos benéficos do sofrimento criativo seria o reconhecimento no trabalho. O reconhecimento requer o olhar do outro. Implica no julgamento dos pares, das chefias, dos clientes, constituindo uma ligação imprescindível com a existência do coletivo de trabalho e da cooperação, sendo estas dimensões o ponto primordial na dinâmica intersubjetiva da identidade no trabalho (LIMA, 2013). O reconhecimento refere-se ao esforço em encontrar soluções para os obstáculos, uma forma de fazer o prescrito tornar-se real.

4.4 ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO DO SOFRIMENTO

Diante dos problemas concretos e do sofrimento no trabalho, evidentemente não contemplados no trabalho prescrito, os trabalhadores desenvolvem estratégias de defesa em busca do não adoecimento, contra o sofrimento psíquico. Sejam elas individuais ou coletivas, tais estratégias desembocam em modos de conceber e exercer o trabalho, frente às adversidades.

Moraes (2013) define as estratégias defensivas ou estratégias de defesa “como recursos construídos pelos trabalhadores, de forma individual e coletiva, para minimizar a percepção do sofrimento no trabalho; funcionam através da recusa da percepção daquilo que faz sofrer”. Em contextos de trabalho marcados por adversidades, os trabalhadores não se mantêm passivos, eles buscam recursos para lidar com o sofrimento, elaborando as estratégias de defesa que os protegem, e que funcionam como um acordo entre os membros do coletivo. Estes se empenham em mantê-las, para que o equilíbrio não seja quebrado, de modo que aqueles que não aderem à estratégia coletiva de defesa tendem a ser excluídos por ameaçarem a estabilidade do grupo (MENDES, 2007; DEJOURS, 2011b; 2015). Contudo, este funcionamento é inconsciente, sendo tais estratégias construídas a partir de uma negação daquilo que faz sofrer, ou seja, os trabalhadores não falam diretamente de sofrimento, antes, tentam negá-lo (DEJOURS; BÈGUE, 2010).

Embora importantes, por conferirem proteção, as estratégias de defesa apresentam ainda o risco de se transformar em ideologia defensiva, situação na qual os esforços do coletivo se concentram em defender a própria estratégia, visando ocultar uma ansiedade particularmente

grave, que pareça ameaçadora para o coletivo, e relegando à defesa do sofrimento que motivou a estruturação da estratégia (MORAES, 2013). Nesse sentido, expressam seu caráter reativo, visto que são estruturadas a partir da necessidade de algo que faz sofrer, favorecendo a adaptação ao invés de promover a mobilização para a ação transformadora, o que pode conduzir à alienação.

Para Dejours (2007), a identidade é uma armadura para a saúde psíquica, a qual, quando fortalecida, protege o sujeito de descompensações psíquicas. Entretanto, a rigidez da organização do trabalho diminui as possibilidades de descarga psíquica, gerando ou aumentando o sofrimento vivenciado pelos indivíduos, o que faz com que estes busquem recursos para evitá-lo ou mesmo amenizá-lo. Dejours afirma que, embora o sofrimento seja experimentado individualmente, o que o gera é da esfera do coletivo, podendo este ser definido como sofrimento criativo ou patogênico (DEJOURS, 2011a; 2011b).

No sofrimento criativo, o indivíduo mobiliza-se para a transformação do seu sofrimento em algo benéfico para si próprio. Para tanto, é necessário que o sujeito encontre certa liberdade na organização do trabalho que possibilite margem para negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador. Contudo, Ferreira (2010) destaca que o sofrimento criativo não é sinônimo de prazer, pois pressupõe um investimento sublimatório, no qual o prazer sexual é substituído pelo prazer no trabalho.

Já o sofrimento patogênico está relacionado à ausência de flexibilidade da organização do trabalho, o que impede que o trabalhador encontre vias de descarga pulsional nas suas atividades laborais, e lance mão de estratégias defensivas para suportar o contexto de trabalho (DEJOURS, 2011a). Nesse sentido, Fleury (2013) acrescenta que, ao vivenciar o sofrimento patogênico, o indivíduo demonstra um esgotamento de seus recursos internos para transformar o seu sofrimento, o que compromete o seu equilíbrio psíquico, podendo acarretar prejuízos à saúde mental do trabalhador.

Reconhecer o sofrimento significa uma via para a transformação, uma oportunidade de mobilização para a ação e para potencializar as vivências de prazer. Discutir sua existência no contexto do trabalho permite um repensar acerca da organização do trabalho, assinalando um caminho possível para minimizar a servidão no ambiente de trabalho e habitar o eixo da emancipação, favorecendo espaços e ações de promoção à saúde do trabalhador.

4.5 TRABALHO E EMANCIPAÇÃO: A ESCUTA CLÍNICA EM PROCESSO DIALÓGICO

A intensificação do sofrimento no trabalho pode conduzir ao uso exacerbado de estratégias defensivas, o que apresenta o risco de conduzir ao estabelecimento da ideologia defensiva, que tem como propósito “defender a defesa”, e que, conseqüentemente, indica a derrocada do pensamento sob o império do medo, e conduz à alienação e ao adoecimento (DEJOURS, 2012a). Nesta situação, Mendes (2007) explica que a ideologia defensiva é construída coletivamente e tem o propósito de ocultar uma ansiedade particularmente grave, que seja ameaçadora para o coletivo. Do mesmo modo, sua manutenção precisa ser compartilhada por todos os seus membros, tornando-se obrigatória naquele coletivo, e, face aos arranjos rígidos consensuados, aqueles que não compartilham do seu conteúdo, são excluídos.

Apesar desse cenário, Dejourns (2012a) considera que existe um caminho para a mudança. O mesmo busca em sua fundamentação a conscientização, conquistada pelo poder de pensar o trabalho, e que encontra no processo de fala e escuta, elemento propulsor à emancipação, na medida que permite o acesso às experiências subjetivas do trabalhar, e que encontra, no compartilhamento com os pares, uma via de reconstrução e de cooperação frente às adversidades da organização do trabalho.

Na perspectiva dejourniana, o trabalho apresenta potencial para atuar como mediador da emancipação, embora para tal, seja necessário propiciar espaços públicos de discussão em que os membros de um coletivo de trabalho, mediante relação de confiança, sintam-se seguros em expor os arranjos, os macetes, os ajustes empreendidos para realizar o trabalho bem feito (DEJOURS, 2012a). Isso significa tornar visível aquilo que se afasta das regras, e que se manifesta no fato de infringir regras implícitas ou explícitas, e que implica em transgressões.

Cabe destacar que a transgressão para Dejourns (2015) passa pela invenção de soluções, criatividade e iniciativa para dar conta do inesperado, e que implica, por vezes, desrespeitar uma regra estabelecida para alcançar o real do trabalho. Nesse sentido, o trabalhador pode encontrar prazer ligado a uma transgressão, não pela ação de infração em si, mas pelo resultado alcançado, pela vitória do trabalhador sobre o real. Contudo, o autor adverte que a transgressão nem sempre se constitui fonte de prazer, pelo contrário, muitas vezes ela é acompanhada pelo sentimento de culpa por desrespeitar uma regra.

Na mesma linha de pensamento, Facas e Mendes (2013) situam a contradição instalada no processo de transgressão, a qual denominam transgressão criativa. A mesma passa a ser um risco que, ao mesmo tempo em que gera medo e insegurança nos trabalhadores, faz-se imprescindível para que a produção ocorra conforme o prescrito. Nessa conjuntura, instaura-se um conflito, fomentador do sofrimento patogênico e que implicitamente traduz a perversão dos modos de organização do trabalho, algo difícil de ser superado. Sob tais configurações, a

perversão conquista espaço, e o sujeito do trabalho, sem alternativas, assume a posição de servidão, transformando-se na máquina que faz, sem sentir, sem questionar.

Nesse sentido, Dejours (2012a) destaca a dimensão emancipatória que a prática em PdT consegue proporcionar. No momento em que os trabalhadores discutem suas experiências, refletem e formulam propostas, enfatizam o caráter emancipatório da fala, e conseguem perceber que, para além da queixa do sofrimento, tomam consciência, e encontram possibilidades de mudança perante aquilo que os faz sofrer. A partir dessa fala do real, e da valorização da experiência, encontram a dimensão política no trabalho, sendo capazes de renovar a capacidade de pensar e de romper com a dominação simbólica, a qual se expressava na assunção do discurso organizacional, pelo próprio trabalhador.

Moraes (2015) reafirma a importância do espaço da fala, da escuta e da deliberação como uma forma de reapropriar-se dos sentidos do trabalho e de fazer suscitar a valorização do saber operário. Para a autora, o saber está com o trabalhador, que conhece melhor que qualquer pessoa, o real do seu trabalho. Assim, a proposição de soluções para os revezes, estaria no poder de pensar, de refletir e de agir deste trabalhador, o que seria uma afronta à lógica taylorista, que tradicionalmente adota a divisão do trabalho entre os que “pensam” e os que “executam”. Resgataria, pois, a dimensão política da fala, tão apreçada por Dejours (2012a), e que deslocaria o poder do gestor para o trabalhador, favorecendo o processo coletivo de romper com a alienação e conquistar a emancipação.

Nesse processo, a escuta clínica assume papel fundamental, implicando numa comunicação interativa em que a emoção, a fala e a confrontação, mediadas pela reflexão crítica constante, podem gerar um processo de reinvenção de sentidos e de transformação da realidade (VIEIRA FILHO, 2015). Uma vez que a proposta dejouriana tem embasamentos na prática da escuta clínica, considera-se a relação dialógica que intermedia esta proposição, pois para que a mesma se operacionalize, é necessário a interação entre pelo menos, duas pessoas, em situação que estariam disponíveis a escutar uma a outra. No entanto, conforme Dejours (2012a), a escuta clínica só é efetiva quando encontra equidade entre a palavra e a escuta, ou seja, quando aquele que fala tem a intenção de se fazer entender por aquele que escuta, e, dialogicamente, aquele que escuta tem a intenção de ouvir o que está sendo dito. Assim, concordando com Araujo (2012), a escuta em Clínica Psicodinâmica do Trabalho tem a função de desvelar as causas do incômodo psíquico dos trabalhadores no ambiente de trabalho e de torná-la pública para que os valores sejam questionados, as mudanças sejam suscitadas e os novos modos de ser e de agir possam emergir.

Assume-se nesta pesquisa, portanto, a perspectiva de que escutar é uma atividade complexa e que encontra em sua relação dialógica, condições de expressar a vivência do real, e de refletir sobre experiências que ainda não estão traduzidas e não operam de modo totalmente consciente. No momento em que a escuta clínica de fato acontece, favorece o pensar e o agir politicamente no trabalho, e conseqüentemente, encontra vias de mobilização de recursos, as quais propiciam o deslocamento do trabalhador da condição de dominação-servidão para a condição de emancipação.

5 ITINERÁRIO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentam-se os caminhos percorridos na operacionalização da prática clínica em Psicodinâmica do Trabalho (PdT). Reafirmando o desejo de realizar tal estudo, o qual fundamentou-se essencialmente na busca de caminhos e possibilidades para a emancipação no trabalho, vislumbrou-se na atual conjuntura do trabalho gerencial exercido nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), uma oportunidade ímpar de alcançar esse propósito. Embora o contexto desta investigação esteja no bojo dos espaços em que operam as práticas gerenciais, o objeto em específico situa-se no âmbito da coordenação em serviços de Saúde da Família (SF), o qual insere-se, influencia e repercute neste contexto.

Para manter a coerência com o referencial de pensamento crítico, reflexivo e político apresentado anteriormente, optou-se por um percurso investigativo que permitisse explorar o fenômeno, sob as diferentes perspectivas que interferem em sua análise. Procurou-se exercitar o pensamento crítico no intuito de apreender a prática clínica dos sujeitos do trabalho, em seus movimentos contraditórios, ambíguos, implícitos. Logo, considerou-se que estes sujeitos, embora pertençam a grupos que têm interesses coletivos que os aproximam, possuem subjetividades particulares que os afastam, e favorecem a sujeição. Assim, antes de apresentar o itinerário metodológico que conduziu a presente pesquisa, cabe destacar a vertente hermenêutico-dialética que perpassou esta trajetória e que inspirou o pesquisador, neste tempo-espaço, a desvelar o real do trabalho como forma de estimular a conscientização para o pensar e para o agir de modo político.

Como parte da análise das transformações no mundo do trabalho em saúde e em enfermagem no contexto gerencial da APS, o pesquisador envolveu-se num processo de ação-reflexão-ação sobre a sua própria condição de trabalhador, que ocupa posição estratégica de liderança em organizações e serviços de saúde; de enfermeiro, de docente, de pesquisador e de militante que luta pela desacomodação, conscientização e transformação de cenários e práticas subservientes às falácias da dominação. Dessa maneira, visando a compreensão de linguagens subliminares, práticas de sujeição e condições de opressão que permeiam o objeto de estudo, empregou-se a epistemologia hermenêutico-dialética como fio condutor desta investigação, no intuito de produzir informações conscientizadoras capazes de provocar modos de agir e de pensar coerentes à uma *práxis* transformadora.

5.1 ALICERCES EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS

Os alicerces metodológicos que fundamentam a presente pesquisa têm no método da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), cuja prática inclui a pesquisa e a intervenção como dimensões indissociáveis, a proposta de desenvolvimento deste estudo. Para Dejours (2008) a prática em PdT é sempre uma “pesquisa-ação”, um processo de interação que permite ao trabalhador acessar suas vivências intersubjetivas, e nesse processo os sujeitos envolvidos não são neutros, e a natureza histórica do seu objeto é histórica e essencialmente qualitativa. Além disso, na PdT há a possibilidade de interagir com seu ambiente de pesquisa, sem separar a investigação da intervenção, estando o foco na resolução de problemas práticos vivenciados pelos sujeitos do trabalho (BENDASSOLLI; GONDIM, 2014).

Consoante às orientações metodológicas que fundamentam a PdT, consideram-se também os alicerces epistemológicos que dialogam com a teoria e que reúnem contribuições de pensadores da hermenêutica, da psicanálise e da teoria da ação, situando assim o presente manuscrito na vertente hermenêutico-dialética. De acordo com Bouyer (2015), a legitimidade ontológica e epistemológica da PdT está na união dessas três abordagens: a hermenêutica, a psicanálise, e a teoria da ação; na luta contra o sofrimento no trabalho, numa perspectiva que permite ao sujeito dar vida à compreensão aprofundada do seu sofrimento no trabalho.

Cabe destacar que a compreensão hermenêutica, a qual tem em seu ponto de partida o estranhamento, deriva da necessidade de conhecer determinada realidade, concebendo-a de maneira particular, e que permita colocar-se diante dos acontecimentos (AZEVEDO, 2004). Nessa perspectiva, a necessidade de buscar uma abordagem compreensiva em análise à PdT, tal qual na hermenêutica, estaria na compreensão de um conhecimento relevante sobre o sofrer, sobre o sofredor e sobre o sofrimento (DEJOURS, 2012b). Seguindo o mesmo raciocínio, Bouyer (2015) situa a PdT como herdeira da hermenêutica e da psicanálise, argumentando que, ao contrário de outras abordagens que se propõem a agir para transformar, a CPdT se propõe a compreender para transformar.

Essa comparação reforça o caráter hermenêutico da PdT, na medida que sua abordagem clínica, assim como propõe a epistemologia hermenêutica, tem na possibilidade de compreensão e de interpretação do seu contexto histórico e social, uma oportunidade de estabelecer relações e de tecer considerações em diversas situações, o que resultaria inclusive, a oportunidade de se compreender (MINAYO, 2002; DEJOURS, 2005). Encontra similitudes também, se consideradas as balizas definidas por Minayo (2002) e que norteiam a conduta do pesquisador na operacionalização de pesquisas sob perspectiva hermenêutica, quais sejam: busca ao máximo, com dados históricos, e imbuído de empatia, o contexto de análise; adoção de postura de respeito pelo que é dito, em análise aos documentos, supondo que estes sempre

terão um teor de racionalidade e sentido; compreensão do conteúdo a partir do movimento de tornar presente nas interpretações a razão de seu autor; interpretação acompanhada pela expectativa de que, se o autor estivesse presente ou pudesse realizá-la, compartilharia os resultados das análises.

Como a PdT se propõe a compreender as racionalidades das ações de um sujeito no trabalho, Dejours teve nos hermeneutas Gadamer e Ricoeur, alguns de seus interlocutores. Gadamer (2003) é relevante pois seu projeto consiste não em desenvolver um processo de compreensão, mas em elucidar as condições que permitem o milagre da compreensão. Já o interesse em dialogar com Ricoeur decorre do fato desse autor distinguir e discutir três operações essenciais no processo de interpretação: a validação, a objetivação e a avaliação (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

Enquanto a hermenêutica busca a compreensão, a perspectiva dialética introduz o princípio do conflito e da contradição como constitutivos da realidade e, portanto, essenciais para a sua compreensão (MINAYO, 2002). Coerente à perspectiva dialética, parte-se do princípio de que somos produtos de uma conjuntura social, política e econômica, mas que, ao mesmo tempo, produzimos a mesma conjuntura, por sermos capazes de refletir e analisar criticamente as situações nas quais estamos inseridos, suas repercussões e até certo ponto, intervir sobre elas. Esse pensamento vai ao encontro da proposta da Clínica Psicodinâmica do Trabalho (CPdT), que tem, a partir da constituição de espaços de fala e de escuta, um processo favorável ao diálogo e à transformação, no qual os trabalhadores conseguem discutir e refletir acerca das contradições presentes em suas atividades, e que interferem na sua atuação profissional, bem como nas vivências de prazer e sofrimento no trabalho (MENDES, 2014).

A ideia de processo e de contradição, em que cada coisa é um tornar-se, tem em Hegel e em Marx suas principais contribuições, as quais permitem situar o método dialético. Marx apoiou-se nas ideias de Hegel relativas ao movimento universal e ao constante processo de transformação, entretanto, invertendo os termos da reflexão hegeliana (MINAYO, 2002; MINAYO, 2014). As contribuições dos pensadores ilustram, dentre outras concepções, a noção de transformação frente às leis internas de seu dinamismo, reafirmando que cada coisa tem em si uma contradição, sendo levada a transformar-se em seu oposto. Além disso, nos faz pensar que qualquer coisa que se materializa, tem sua concretização apenas naquele instante, por ocasião do momento de síntese entre afirmações e negações.

Entretanto, notam-se divergências entre estes pensadores, quando discutem o trabalho na conformação da sociedade contemporânea. Dejours (2012a) discorda sobre a abordagem marxiana, em especial, quando retêm-se à ideia de que o trabalho pode ser um móvel maior da

alienação, no sentido pejorativo do termo. A teoria de Christophe Dejours propõe justamente o inverso: “a ideia segundo a qual o trabalho pode ser um mediador da emancipação” (DEJOURS, 2012a, p. 75). Para tanto, o autor se apoia na concepção de cooperação, sustentando a ideia de um poder emancipatório que repousa sob esse construto, e que encontra na necessidade de pensar, o que é necessário implementar para se constituir um coletivo unido, uma equipe, para trabalhar junto, a reunião das inteligências singulares em prol de uma dinâmica coletiva comum.

Nesse sentido, defende que “a centralidade epistemológica do trabalho cruza, neste ponto preciso, a centralidade política do trabalho” (DEJOURS, 2012a, p. 175), ou seja, pensar politicamente o trabalho é fundamental, sendo esta uma oportunidade de exercitar a solidariedade técnica e a cooperação ao mobilizar os recursos necessários à ação. Para realizar este ensejo recorre à teoria do agir comunicativo de Habermas. Assim, Dejours vai às raízes de seu pensamento para propor uma consolidação das bases epistemológicas da PdT, e, para além de situar sua teoria no seio de teorias críticas, assume implicações antropológicas da psicanálise, visando contribuições para o pensar político.

O diálogo de Dejours com a psicanálise tem nas proposições psicanalíticas de Freud e Laplanche, e nos escritos filosóficos de Michel Henry, Maine de Biran e Hannah Arendt suas principais reflexões. O autor recorre às teorias psicanalíticas freudianas e de outros autores para embasar a teoria da centralidade da sexualidade para o ser humano. A proposta dejouriana, fundamentada em preceitos emancipatórios, assume que sexualidade e trabalho não são antagônicos, pelo contrário, para Dejours (2012b), sexualidade e trabalho encontram-se nos espaços da inteligência astuciosa do corpo, ou seja, no espaço real que move o trabalho. Desse modo, apreende-se que a inteligência do corpo é uma inteligência astuciosa, como se o corpo falasse de uma forma diversa que os demais apreendem intuitivamente (DAL ROSSO, 2014).

Assim, a proposta de desenvolver uma síntese dos alicerces teórico-epistemológicos que consolidou a PdT, tem o intuito de apresentar o lugar de onde se fala. Ainda que a hermenêutica e a dialética sejam desenvolvidos por movimentos filosóficos diferentes, permitem situar a PdT em um processo de transição entre elas, se consideradas as relações entre trabalho e emancipação anunciadas por Dejours, as quais repousam, antes de tudo, sob o poder de pensar politicamente o trabalho, e, para tal, é necessário compreender para transformar. Sob tais alicerces ancora-se a presente Tese, a qual, delineia-se pelos princípios teórico-metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho, empreendidos por Christophe Dejours, mas com influência de pesquisadores nacionais, a exemplo de Mendes e Araujo (2012), Merlo (2014); Moraes e Vasconcelos (2015); Monteiro et al. (2017), dentre outros autores, os quais desenvolvem estudos com a PdT, valorizando o contexto brasileiro.

5.2 OS ESPAÇOS DE CONSTITUIÇÃO DO ESTUDO

Face à complexidade do método proposto para desenvolvimento desta investigação, diferentes espaços foram se constituindo para abarcar a dimensão do objeto em estudo, a depender do momento de operacionalização. Os espaços de constituição, inserem-se em cenários em que opera a Atenção Primária à Saúde (APS) na região de saúde em que se situa a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC), de Porto Alegre, RS.

As regiões de saúde de Porto Alegre, as quais assistem a uma população de 1.409.351 habitantes, estão mapeadas em 17 distritos sanitários que abrangem todo o município, em que estão dispostos os serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Atualmente as Gerências Distritais (GD) estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro; Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas; Norte/Eixo Baltazar; Leste/Nordeste; Glória/Cruzeiro/Cristal; Sul/Centro-Sul; Paternon/Lomba do Pinheiro; Restinga/Extremo Sul.

A escolha pela GDGCC deu-se por sua estreita relação acadêmica com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e na busca pela integração ensino-serviço-comunidade, uma vez que em seus cenários acontecem atividades de ensino, pesquisa e extensão. Os Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal têm uma população aproximada de 160 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Esses distritos possuem unidades de saúde da atenção primária e especializada, voltadas para a população em geral, constituindo-se, portanto, cenários de práticas da saúde pública e coletiva. A GDGCC é responsável pela atenção primária e pelos serviços especializados em saúde destes distritos. Possui sob sua gestão um Centro de Saúde, nove Unidades de Saúde da Família (USF) e 14 Estratégias de Saúde da Família (ESF), além de serviços especializados e uma Farmácia Distrital (OBSERVA POA, 2017).

As configurações territoriais que delineiam esse cenário merecem ser consideradas, uma vez que são nesses espaços que se produzem as condições de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. A partir desses arranjos, as organizações e serviços de saúde criam formas de atendimento voltadas para as necessidades de indivíduos e grupos sociais. Assim, apresenta-se a seguir algumas informações que permitem ilustrar as condições de vulnerabilidade que compõem a dinâmica do território em análise.

Como dito anteriormente, a GDGCC é formada pela união das regiões Glória, Cruzeiro e Cristal. A região Glória possui 42.286 habitantes, o que representa 3% da população do município; e extensão territorial de 18,19 km² que representa 3,82% do território do município,

transmissíveis, sendo os números nesta GD considerados entre os mais elevados da cidade (PORTO ALEGRE, 2017).

Além disso, informações acerca do diagnóstico situacional da GDGCC revelam dados que anunciam situações de vulnerabilidade social e habitacional. A renda dos moradores da região GCC está baseada na economia informal, apresentam relevante índice de desemprego e/ou subempregos. Ressalta-se que a região Cruzeiro é uma das cinco regiões que concentram a maior proporção de chefes de família em condições de pobreza (42,84%). A taxa de analfabetismo nas três regiões é de 5% (PORTO ALEGRE, 2017).

A população também sofre com a vulnerabilidade habitacional representada pela irregularidade fundiária e pelas condições de moradia, as quais geralmente ocorrem em locais de risco e sem infraestrutura. A região Cruzeiro, por exemplo, apresenta 35,7%, dos domicílios em aglomerados subnormais, e destes, 43,4% e 33,4%, respectivamente, são irregulares. Em geral, tem saneamento básico, com rede de esgoto e água tratada, luz elétrica, coleta de lixo, contudo, observam-se algumas situações de esgoto à céu aberto e irregularidades na eletrificação (PORTO ALEGRE, 2017).

Mas o que mais tem chamado atenção nestas regiões é a violência nos territórios de abrangência. Neste componente, a região Cruzeiro encontra-se entre as três com taxa mais elevada de homicídios, com probabilidade de morte por violência de 3,5 por mil (PORTO ALEGRE, 2017). Estas configurações delimitam o cenário em tela, o qual, frente às, situações de vulnerabilidade social, expressam em si a complexidade naturalizada e os eventos esperados e inesperados com os quais os sujeitos do trabalho lidam cotidianamente.

Especialmente aqueles que ocupam posição estratégica de liderança nos serviços de saúde, ao assumir a função gerencial, passam a representar a linha de frente dos serviços, e, conseqüentemente, mediar as relações que se estabelecem no trabalho, e que incluem os trabalhadores de saúde, gestores, usuários e familiares da comunidade. A representação não se restringe aos espaços que demarcam o território, uma vez que, ao ocupar posição estratégica na hierarquia organizacional, corriqueiramente são acionados pelos superiores, para alinhamento de objetivos, metas e processos institucionais.

Exemplo disto são as Reuniões de Coordenadores (RC), as quais acontecem na GDGCC quinzenalmente, em caráter obrigatório, no período da manhã. Nestes encontros, diversas pautas são discutidas, tais como a revisão e implementação de fluxos assistenciais e indicadores de desempenho que possibilitem a melhoria da gestão e da qualidade da atenção prestada, bem como implementação de mudanças nos processos de trabalho, qualificação dos dados colhidos nos boletins da produção, capacitação dos gerentes dos serviços, entre outros.

As RC têm o intuito de refinar a orientação dos serviços de saúde para construir estratégias de promoção da segurança, mediante criação de estruturas, redesenho dos fluxos e qualificação dos trabalhadores. Logo, os coordenadores são responsáveis por garantir minimamente as relações entre os diversos membros das equipes de saúde, no interior dos serviços de APS, bem como pelo cumprimento das resoluções e demandas previamente instituídas e compartilhadas entre os profissionais em função gerencial.

5.3 OS SUJEITOS DO TRABALHO

Assim, considerando que estes coordenadores vivem conflitos diversos provenientes da necessidade de mediação entre expectativas organizacionais e de trabalhadores subordinados e usuários, o que sugere exposição a cargas psíquicas em seu trabalho, participaram dessa pesquisa os coordenadores de equipe da APS de Porto Alegre vinculados à GDGCC.

Integraram a investigação os coordenadores das Unidade de Saúde (US) vinculadas à GDGCC. Segundo Lima (2017), estes coordenadores são profissionais da área de saúde indicados pelo gestor municipal e/ou gerente distrital, trabalhadores de saúde e/ou lideranças comunitárias, para gerenciar as equipes de SF, as quais, geralmente, atendem a uma área adscrita do município. A autora acrescenta que estes, além de exercerem a supervisão, e de assumirem condição de suporte técnico indispensável à atenção à saúde, possuem também a função assistencial, atuando frente às demandas de usuários cadastrados nas equipes de saúde. Alguns destes, inclusive, assumem a função política de integrar as equipes de saúde com a gestão municipal, tendo o poder decisório em várias questões relacionadas à situação de saúde da região.

Junto aos gerentes distritais, apoiadores e responsáveis de área, os coordenadores compõem o quadro de profissionais em função gerencial na GDGCC. Estes profissionais têm diferentes tipos de vínculos empregatícios: contratos temporários, regime estatutário, regime celetista, trabalhadores municipalizados das esferas do Governo Estadual e Federal e trabalhadores de convênios com instituições privadas.

Essas configurações retratam um cenário em que as relações de trabalho tornam-se intrincadas, pois exige dos trabalhadores e gestores outras formas de interlocução e atuação no trabalho, na medida em que as expectativas profissionais, salariais, entre outras, são diversas. Além disso, as mudanças ocorridas nos processos de trabalho na GDGCC, tais como o uso de novas ferramentas incorporadas ao cotidiano do trabalho e as novas configurações para atender às demandas da saúde pública têm exigido dos trabalhadores em geral, e em especial daqueles

que exercem função gerencial, novos modos de fazer saúde, os quais convocam a pensar o trabalho gerencial para além do trabalho prescrito (STEIN; SANTOS, 2013).

Por ocasião da inserção no campo de investigação, foi apresentada a proposta do estudo para todos os profissionais que exercem função gerencial na GDGCC, os quais totalizaram 41, entre gerentes distritais, apoiadores institucionais, coordenadores de unidades especializadas, responsáveis técnicos e coordenadores de US. Destes, 21 atuavam como coordenadores de US, sendo abordados, para fins de inclusão no estudo, aqueles que estavam há mais de seis meses exercendo a função de coordenador de USF na GDGCC. Não participaram de alguma etapa de realização da pesquisa, sendo este um critério de exclusão, aqueles que estavam em férias ou afastamentos de qualquer natureza.

5.4 A AÇÃO DA CLÍNICA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Clínica Psicodinâmica do Trabalho (CPdT) tem como foco de análise a organização do trabalho e a compreensão acerca de como os processos de subjetivação, saúde e as patologias são produzidos. O método implica um coletivo de trabalho que discute os aspectos de prazer e sofrimento no trabalho e as estratégias defensivas construídas individualmente e no coletivo de trabalho para lidar com a rigidez da organização do trabalho. Assim, com base nessa relação dinâmica, a centralidade do método consiste em provocar reflexões que possibilitem o surgimento de ações transformadoras; situando o trabalho como eixo central da estruturação do sujeito (MENDES; ARAUJO; MERLO, 2011).

De acordo com Mendes e Araujo (2012), a ação do método em Psicodinâmica do Trabalho (PdT) possibilita a passagem do espaço de discussão para o espaço de deliberação, uma vez que a clínica favorece ao sujeito, ao falar sobre o seu trabalho, refletir acerca de seu comportamento e modificar sua percepção a respeito da sua situação laboral. Interessa à clínica, para além do acesso ao “não-dito”, negado, ocultado e presente; a prática do trabalho, o trabalho vivo, a mobilização para o fazer, o engajamento da inteligência, do corpo, do saber-fazer (MENDES; ARAUJO; MERLO, 2011).

A clínica é sempre uma construção inacabada, motivo pelo qual será sempre provisória, e estará sempre em processo. Tem a intenção de contribuir com algumas sistematizações mediante construção do espaço da fala e da escuta, oferecendo subsídios para o início da caminhada (MENDES; ARAUJO, 2012). Como decorrência, a escuta clínica deve ser privilegiada na CPdT. Contudo, essa escuta só produz efeitos quando envolve riscos ao clínico-pesquisador: risco de compreender algo inédito, riscos pessoais ao escutar o drama de

sofrimento de alguém, risco ao estabelecer relações com o referencial teórico, risco da tomada de posição frente à demanda e ao testemunho (DEJOURS, 2011a; 2011c). Por isso, a CPdT é feita em sessões coletivas com os trabalhadores, privilegiando o cuidado ético ao tratar das informações compartilhadas no espaço clínico, pressupondo o engajamento subjetivo de todos os agentes envolvidos na pesquisa-ação (MENDES et al., 2014). Desse modo, a ação da CPdT neste estudo, deu-se a partir da constituição de espaços individuais e coletivos, nos quais fosse possível promover a escuta clínica aos sujeitos do trabalho.

5.4.1 A condução da Clínica Psicodinâmica do Trabalho

A condução do método em CPdT é centrada na escuta do outro, visto que nesta Clínica é essencial o processo de fala-escuta, o que implica condições que vão além do dizer-ouvir. Requer do clínico a escuta das vivências de prazer e sofrimento decorrentes das relações de trabalho, o que demanda um processo dialógico que possibilite, junto ao coletivo de trabalhadores, desvelar o encoberto e construir novas estratégias para ressignificar o sofrimento e atribuir novos sentidos para o trabalho, abrindo espaços para as ações sobre a organização do trabalho (MENDES; ARAUJO, 2012).

Nesse sentido, a atuação do clínico-pesquisador mostrou-se fundamental à circulação da palavra, garantindo que o conteúdo manifesto pelos sujeitos encontrasse meios para ser explorado. Ao clínico-pesquisador coube a construção de um espaço em que todos pudessem falar, escutar, refletir e confrontar opiniões, assegurando os debates e a reelaboração das bases de convivência e da cooperação (MENDES; ARAUJO; MERLO, 2011). Sob tal dinâmica, foi necessário atentar-se para os movimentos dos integrantes na discussão, e do grupo como um todo, em observância aos silêncios, às gesticulações e às contradições, elementos tão importantes quanto o próprio conteúdo verbalizado, e que são essenciais ao estabelecimento de uma relação de confiança com as pessoas envolvidas no processo de escuta.

Além disso, a prática em CPdT demandou a organização da equipe de pesquisa, responsável por sua condução. Nessa organização, o envolvimento de cada integrante mostrou-se fundamental, participando do processo de condução o clínico-pesquisador, sua orientadora, três acadêmicos de graduação com experiência como iniciação científica no desenvolvimento de pesquisas em PdT, e um profissional na área de psicologia institucional e do trabalho, que foi responsável pela supervisão do trabalho. Com esta configuração, os pesquisadores assumiram a posição de interlocutores, tal qual propõe Macêdo (2010), tornando possível a

circulação da palavra mediante relato de vivências de prazer e sofrimento, as quais sejam passíveis de escuta e qualificação.

Para condução da Clínica Psicodinâmica do Trabalho neste estudo, recorreu-se à proposta metodológica inicialmente preconizada por Christophe Dejours (2015), a qual consiste basicamente nas etapas de pré-pesquisa, pesquisa propriamente dita e validação-refutação; mas com adaptações ao método, adequando-se à realidade das práticas brasileiras, fundamentadas notadamente nos estudos de Mendes e Araujo (2012).

5.4.2 Organização real do trabalho: A pré-pesquisa

A pesquisa em PdT pressupõe a existência de uma demanda, a qual pode ser proveniente de um grupo de trabalhadores não institucionalizados, de alguns trabalhadores inicialmente isolados, ou mesmo de um grupo sindical (LANCMAN; SZNELWAR, 2011). Para este estudo, considera-se que a demanda foi prerrogativa de alguns trabalhadores, coordenadores de equipe da GDGCC, que em discussões durante algumas reuniões de coordenadores, abertas à comunidade acadêmica, ressaltaram a possibilidade de estarem estressados, esgotados e até mesmo assediados moralmente, em decorrência das exigências que lhes eram impostas. Ao presenciar esta demanda, o pesquisador a acolheu, dando início à elaboração do projeto de pesquisa que culminou nesta Tese, com vistas a possibilitar a intervenção em clínica do trabalho neste local.

A “Pré-pesquisa” constitui a primeira fase da CPdT proposta por Dejours e consiste na preparação da pesquisa efetivamente dita, após a análise da demanda que, para o autor, precisa necessariamente ser prerrogativa dos trabalhadores. Entretanto, a prática em CPdT no Brasil tem revelado que nem sempre a demanda parte dos trabalhadores, o que pode estar relacionado a questões culturais do mundo do trabalho no país, visto a predominância de estudos brasileiros cuja demanda foi estimulada pelos pesquisadores, conforme observado por Ghizoni, Mendes e Corgozinho (2013).

Entretanto, um pressuposto subjacente a esta etapa diz respeito ao voluntariado dos trabalhadores e à concordância da instituição para a intervenção proposta, e assim, foi necessário o interesse prévio da instituição em abordar os temas do trabalho a partir dos pesquisadores. A participação dos dirigentes da instituição foi fundamental para que as condições para a realização da pesquisa pudessem ser proporcionadas. Assim, para o desenvolvimento da pré-pesquisa, foi necessário estabelecer contato com a direção da

instituição para facilitar as condições de realização da atividade, bem como difundir o método para os demais trabalhadores.

Sendo assim, foi enviada à GDGCC uma carta de solicitação de autorização para a realização da pesquisa (APÊNDICE A). Após a permissão formal da direção da Gerência Distrital, foi solicitada a apresentação do projeto na reunião de coordenadores, visando esclarecimentos sobre o objeto da pesquisa, bem como uma reunião com a direção para organização da logística para a execução do projeto, como o planejamento do acesso dos pesquisadores às instalações, a estruturação do cronograma de atividades e para o levantamento de dados. A apresentação do projeto aos coordenadores favoreceu o entendimento acerca dos objetivos do estudo e viabilizou a aproximação e o contato para participação na pesquisa.

Esta etapa consistiu na organização da prática, sendo marcada pela preparação da pesquisa, o que envolveu a definição dos pesquisadores e dos trabalhadores envolvidos. Resumidamente, seria o que Dejours (2015) denomina de “organização real do trabalho” de pesquisa. Assim, por ocasião desta organização, foram realizadas observações do contexto em análise, mediante conhecimento do local de trabalho e em especial, participando das Reuniões de Coordenação (RC). Também foram analisados documentos e registros que continham informações sobre o trabalho dos coordenadores e suas modificações, em geral disponíveis na rede de dados do serviço, em sites da prefeitura e da SMS. Ademais, sempre que oportunizado, foram realizadas visitas e contatos com os trabalhadores em encontros formais e informais com vistas à aproximação do coletivo de pesquisa.

No período de análise documental foram verificados os relatórios de gestão, atas de reunião de coordenadores e demais documentos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e que permitiram consolidar o olhar diagnóstico acerca do contexto de trabalho gerencial no espaço/tempo investigado. Foram investigadas questões relacionadas ao planejamento estratégico, cumprimento das metas, levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento, comunicação, avaliação de desempenho, demandas de trabalho, contingente de servidores, dentre outras questões relacionadas à organização do trabalho nos serviços de APS.

Esta aproximação com o campo de pesquisa permitiu ao pesquisador maior apropriação do contexto de trabalho investigado, possibilitou o mapeamento dos processos produtivos, bem como a detecção de possíveis aspectos relacionados à organização do trabalho, às relações sociais no trabalho gerencial, e aos percalços à eficácia organizacional, fornecendo o que Dejours (2008, p. 108) define como “a base concreta necessária para compreender de que falam os trabalhadores que participam da pesquisa”.

As atividades realizadas durante a etapa de pré-pesquisa foram registradas em um diário de campo (APÊNDICE B), estruturado a partir dos seguintes itens: a) data; b) ação; c) objetivo; d) resultados. A partir deste, buscou-se a organização dos dados desta etapa, a partir do registro das ações desenvolvidas e das informações colhidas na etapa de pré-pesquisa, as quais contribuam para a etapa da pesquisa propriamente dita.

Dentre as estratégias de aproximação, realizaram-se 12 entrevistas formais com os coordenadores, além de entrevistas informais com estes nos espaços de produção do trabalho. Estas foram fundamentais ao desenvolvimento da pesquisa, pois possibilitaram o entendimento acerca da organização real do trabalho de coordenação de USF, bem como das vivências de prazer e sofrimento que os acometem e das estratégias de defesa individuais que se utilizam para lidar com o sofrimento no trabalho.

As entrevistas formais ocorreram mediante aceitação dos participantes, em abordagem individual de cada sujeito que manifestou o interesse pela participação, durante conversas informais nas RC. Aos que se interessaram em participar desta etapa, foi feito o agendamento formal das entrevistas clínicas, no horário e local de preferência do sujeito. Em geral, estas foram realizadas nas respectivas USF em que atuavam como coordenador.

As entrevistas, embora focadas na escuta clínica ao sujeito, o que pressupõe que este seja livre para explorá-la como bem queira, nortearam-se por um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE C), constituído unicamente por tópicos que se embasam na Análise Clínica do Trabalho, proposta por Mendes e Araujo (2012). A realização de 12 entrevistas, deu-se em observação ao critério de saturação das informações. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas em sua íntegra, e os participantes, individualmente, expressaram por escrito seu consentimento, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para realização deste procedimento (APÊNDICE D).

Por ocasião da realização das entrevistas, o pesquisador pôde observar clinicamente a dinâmica de trabalho em que se encontram estes coordenadores, registrando aspectos peculiares do contexto de trabalho e da função de coordenação, mediante observação de aspectos cotidianos relacionados à organização do trabalho. Essa consideração reforça a perspectiva de Lancman e Sznelwar (2011), de que é necessário proceder a uma abordagem exploratória da organização do trabalho na fase de pré-pesquisa, desvendando a dimensão dos conflitos, a hierarquia existente, as negociações que se estabelecem, os ritmos de trabalho, as cadências, o comando, a vigilância, dentre outros aspectos que exponham a dinâmica do trabalho na instituição.

Ainda nesta etapa foram definidos os pesquisadores que participaram das sessões coletivas, conforme anunciado anteriormente. Também foi estruturado nesta etapa, o grupo de trabalhadores que participou das sessões coletivas, sendo definido: disponibilidade dos participantes, datas, locais, horários e duração das sessões. Cabe destacar o caráter voluntário dos sujeitos envolvidos nas sessões coletivas e a anuência institucional, assim como sua participação no desenvolvimento da pesquisa propriamente dita.

5.4.3 Estruturação da pesquisa propriamente dita

A pesquisa propriamente dita foi operacionalizada em local identificado com o trabalho, dentro da própria GDGCC, em ambiente escolhido pelos participantes. Face às dificuldades encontradas na operacionalização da pesquisa, e que serão detalhadas no capítulo que aborda a análise dos dispositivos clínicos, as reuniões ocorreram durante a jornada de trabalho dos coordenadores de equipe.

Esta etapa da pesquisa consistiu nas sessões coletivas, e teve por objetivo a busca de um possível elo entre a organização do trabalho, o prazer e o sofrimento psíquico. As sessões coletivas constituíram espaços de deliberação, em que foi possível promover a escuta clínica, mediante favorecimento da circulação da palavra, em processo de fala e escuta. Nestes espaços realizaram-se ainda as observações clínicas e interpretações do clínico-pesquisador a partir dos comentários coletivos e das divergências que surgiram e constituíram o debate.

Embora a literatura científica (MENDES et al. 2014) recomende para a condução da CPdT a organização de 10 a 15 sessões coletivas, semanais, com duração entre uma hora e meia e duas horas, constituídas por seis a doze trabalhadores; neste estudo, considerando as características da organização do trabalho no contexto gerencial da APS, o que inclui a dificuldade de tempo para reunir estes sujeitos, foram realizadas cinco sessões, no estilo “reunião-almoço”, sempre após a RC da GDGCC, com duração máxima de uma hora e meia.

Os encontros foram constituídos por um número entre seis a doze participantes, conforme a adesão destes. Ressalta-se que a composição do grupo de participantes não foi constituída, necessariamente, pelos mesmos participantes em todos os encontros, sendo esta uma condição da CPdT, pois embora as vivências trazidas nesses encontros sejam explicitadas pelo indivíduo, suas manifestações representam um coletivo.

O convite aos trabalhadores para esta etapa da pesquisa ocorreu de modo presencial, mediante comunicação verbal com o coletivo de trabalhadores, em espaço formal possibilitado pela gerente distrital na RC da GDGCC, e reforçado individualmente com os participantes, nos

momentos informais. Também foi realizada divulgação nos grupos de coordenadores em suas redes sociais, em especial mediante aplicativo telefônico WhatsApp (APÊNDICE E), a pedido dos próprios sujeitos.

Considera-se que a demanda trabalhada seja sempre reformulada pelos interessados, e que possua caráter coletivo, de modo a garantir que a pesquisa não seja uma imposição ou instrumento de manipulação. Nesse sentido, Mendes e Araujo (2012) reforçam que a **análise da demanda**, tal como for definida, estará sempre em análise ao longo de toda a prática clínica, visto que para a emancipação é fundamental aceitar que esta nunca será satisfeita, pois quanto mais uma demanda se desenvolve, mais vazio se experimenta, sendo esta, portanto, algo inacabado e em constante edificação.

Para a condução da primeira sessão de discussão coletiva, elaborou-se um roteiro norteador de discussão (APÊNDICE F), no qual foram distribuídos temas fundamentados na Análise Clínica do Trabalho de Mendes e Araujo (2012), e que tiveram o intuito de validar os dados coletados na fase de pré-pesquisa. Inicialmente o coletivo de pesquisadores se apresentou para o grupo, esclarecendo sua área de atuação e ressaltando que o tema da pesquisa tem por objetivo o estabelecimento de relações entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico.

Além disso, o clínico-pesquisador descreveu sumariamente o foco em PdT, o qual consiste no acesso aos comentários verbais, à fala dos trabalhadores, mas que, à medida que a pesquisa se desenvolve, passa a ser o conteúdo formulado pelo grupo. Nesse sentido, reforçam-se as recomendações de Mendes, Araújo e Merlo (2011), de que cabe ao pesquisador a sensibilidade e a capacidade de elaborar os aspectos psíquicos, provocando reflexões que possibilitem gerar ações transformadoras desde o início, visto que todo o trabalho, desde a pré-pesquisa, já consiste em uma ação.

Em seguida, contratou-se com o coletivo de pesquisa o caráter ético do trabalho, esclarecendo o grupo acerca da necessidade de sigilo das exposições e respeito às formas de expressão. Neste momento foram lidos e entregues os TCLE referentes à participação dos coordenadores nos encontros coletivos (APÊNDICE G). Acordaram-se ainda os intervalos de periodicidade possíveis para o desenvolvimento da pesquisa. Como estes coordenadores encontram-se quinzenalmente, às quartas-feiras pela manhã, o grupo concordou que estes encontros coletivos acontecessem sempre neste período, após as RC, no estilo “reunião-almoço”.

Ressalta-se que nesses encontros, os participantes constituintes do grupo variaram bastante, pois, como o foco da pesquisa consiste nas formulações coletivas, não houve impedimento de que, de um encontro para outro, tivesse qualquer variação na participação dos

coordenadores. Além disso, sempre foi reforçado, em coerência à proposta da CPdT, que estes se sentissem livres em participar das sessões. Também foi pontuado que estes poderiam ausentar-se ou mesmo abandonar o processo, a qualquer momento, sem nenhuma repercussão, se assim desejassem.

Estas considerações foram todas pontuadas no primeiro encontro, no momento denominado “instituição das regras de conduta do coletivo de pesquisa e do coletivo de supervisão”, previsto por Mendes e Araujo (2012) e Mendes et al. (2014), no qual devem ser definidas as **regras de conduta junto aos participantes**, considerando suas necessidades e limites. As regras primordiais e que se aplicaram a todos os grupos, tratam não só do voluntariado, como também a garantia do anonimato dos participantes em relação às informações prestadas, bem como a não identificação de relatos individuais no relatório final e publicações oriundas, sendo esta uma especificidade de pesquisas com a CPdT.

Com relação às **regras do coletivo de supervisão**, o qual se constituiu de um grupo de pesquisadores que têm familiaridade com a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, a pesquisa seguiu as recomendações de Mendes et al. (2014), que incentivam a constituição por mais dois ou três pesquisadores além do clínico-pesquisador, sendo primordial frisar na instituição das regras do coletivo, a necessidade do sigilo. Ressalta-se que dos quatro integrantes que compuseram o coletivo de supervisão, três destes desenvolvem pesquisas sob orientação do clínico-pesquisador em abordagem à PdT, e o outro é o próprio profissional responsável pela condução junto com o clínico-pesquisador. Este coletivo esteve em comum acordo às regras de conduta, antes do início das sessões coletivas.

Durante as sessões foram realizadas **observações clínicas e interpretações do clínico-pesquisador**, a partir dos comentários coletivos e das divergências que surgiram e que fomentaram o debate, sendo todas as informações devidamente registradas. As observações clínicas, conforme elucidam Macêdo et al. (2013), deverão estar presentes nos registros de tudo o que for detectado durante a pesquisa: o dito, o não dito e o encadeamento dos acontecimentos durante as reuniões. Assim, foram observados os gestos, as posturas, os tons de voz durante o desenvolvimento das sessões coletivas. O relato das observações clínicas foi feito com base na memória do clínico-pesquisador, bem como a partir das anotações e da transcrição das gravações dos encontros, sendo este procedimento fundamental para viabilizar material para a interpretação. Os relatos foram redigidos logo após os encontros entre os pesquisadores e confrontados com base nas transcrições, em discussão junto ao coletivo de supervisão.

As interpretações aconteceram mediante utilização do material da observação clínica. A partir de tais interpretações foi possível dar forma ao que foi apresentado pelos trabalhadores,

analisando os mecanismos de reconhecimento e de cooperação, bem como as estratégias coletivas de defesa que permitiram a compreensão do que foi verbalizado durante as discussões coletivas. Corrobora-se com isso, a proposição de Macêdo et al., (2013) de que estas interpretações promovem formulações de ideias dos trabalhadores que antes não estavam organizadas consciente e nitidamente, sendo, portanto, fundamental.

O registro dos dados ocorreu antes, durante e após as sessões, mediante gravação de áudio, sempre com anuência do grupo, bem como por registro escrito das falas e das impressões dos pesquisadores. Para tanto, foram utilizados os seguintes instrumentos de registro e que possibilitaram a **análise do material pesquisado**: diário de campo, memorial e a transcrição das sessões na íntegra.

A estruturação do **diário de campo** tratou especificamente dos registros empreendidos após cada sessão e constituiu material fértil para a supervisão e interpretações. Neste, constavam as impressões do clínico-pesquisador, ou seja, aquilo que Mendes et al. (2014) consideram registros possíveis da intersubjetividade que atravessa o processo clínico, do seu início ao fim, (MENDES et al., 2014). Além disso, o diário de campo forneceu subsídios para estruturar o memorial, o qual registrou a história do coletivo em cada sessão.

Em consideração às recomendações de Mendes et al. (2014), o **memorial** foi lido e discutido no início de cada sessão, sendo a continuação das sessões balizadas por essa restituição. Em geral, o memorial foi estruturado em uma ou duas laudas utilizando frases ditas no contexto, bem como interpretações sobre estas e temas levantados em sessões anteriores. Assim, para fins deste estudo, os memoriais foram estruturados baseando-se no que foi dito e no que foi percebido a partir do contato com os participantes, além de considerar as interpretações que foram sendo construídas no coletivo de supervisão, sendo estes, lidos no início de cada sessão.

O coletivo de **supervisão** se reuniu sempre entre uma sessão e outra, no intuito de embasar as interpretações que seriam apresentadas à sessão seguinte. Concordando com Mendes e Araujo (2012), considera-se esse momento fundamental à CPdT, pois o mesmo é marcado pela orientação dos pesquisadores, pelo debate sobre as impressões e as anotações no diário de campo e pela construção coletiva do memorial disparador das próximas sessões. Também, corroboram-se as recomendações de Mendes et al. (2014), os quais visualizam nos encontros de supervisão momentos férteis para diminuir possíveis vieses provenientes das relações transferenciais que podem vir a se estabelecer no contexto clínico, além de representar uma oportunidade ímpar de realizar os ajustes para uma melhor condução do método. Isto porque a interpretação do pesquisador sofre influência de fatores culturais e de experiências

passadas, o que pode fazer com que este, influenciado por suas vivências, deixe de compreender os sentimentos e as experiências relatadas em sua totalidade (MENDES; ARAUJO, 2012).

As interpretações e observações clínicas foram re-avaliadas no momento de **restituição e deliberação**. Neste estudo, a restituição foi feita sempre por meio da leitura do memorial, atentando-se para o modo como o grupo reagia ao que disseram anteriormente. Mendes et al. (2014) enfatizam a importância deste momento, pois neste, os participantes podem acrescentar, discordar e até mesmo sugerir ações para resolução de possíveis conflitos.

Contudo, na última sessão, o memorial foi apresentado ao coletivo de trabalhadores no formato de relatório, em diálogo às análises tecidas, de acordo com o método de análise proposto por Mendes e Araujo (2012), o qual será descrito no próximo item deste relatório. Macêdo et al. (2013) denominam este momento de validação e/ou refutação, por ter a finalidade de validar e/ou refutar formulações/interpretações feitas pelos pesquisadores sobre o material analisado.

Por fim, considera-se a necessidade de propiciar uma devolutiva destes achados ao coletivo de trabalho, sendo esta realizada com a **apresentação dos relatos**, ocasião em que será exposta aos trabalhadores uma fotografia do momento, algo que permita a estes trabalhadores, a partir da história vivenciada nos encontros, adicionar contrapontos e novas observações, e produzir novos modos de agir e de se reconstruir no plano coletivo (MACÊDO et al., 2013; MENDES et al. 2014). Esta devolutiva será feita logo na primeira reunião de coordenadores na GDGCC, após a defesa de Tese do pesquisador, considerando que neste momento, todos os dados estarão devidamente analisados e discutidos. Após esta devolutiva, tem-se ainda a oportunidade de acrescentar, modificar, ou mesmo retirar qualquer informação que não seja de anuência dos sujeitos do trabalho.

A avaliação do trabalho, acatando as considerações de Macêdo et al. (2013) e Mendes et al. (2014), será realizada três meses após a finalização da intervenção, por meio de uma entrevista coletiva, que terá o intuito de verificar os processos de mudança ocorridos nas situações de trabalho. Mendes e Araujo (2012) recomendam que nesta entrevista sejam solicitadas as mobilizações ocorridas no espaço, bem como o engajamento dos trabalhadores em projetos de mudança das situações laborais. Sobre este momento, Mendes et al. (2014) ressaltam ser essencial recordar a importância da palavra e a verdade em detrimento da realidade, durante todo o processo, não cabendo ao clínico preocupar-se com a veracidade dos comentários ditos, mas sim compreender porque foram ditos e como se tornou uma realidade para o trabalhador.

5.5 ANÁLISE CLÍNICA DO TRABALHO DE COORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os dados coletados ao longo das sessões foram submetidos à Análise Clínica do Trabalho (ACT) de modo articulado, buscando identificar a evolução, o aprofundamento e as especificidades das discussões coletivas. A ACT é uma técnica utilizada para organizar o conteúdo das falas dos entrevistados conforme a qualidade e significado do discurso (AGUIAR, 2013). Esta análise constitui-se em três etapas, anunciadas por Mendes e Araujo (2012) e que serão apresentadas sumariamente neste capítulo, e de modo detalhado nos capítulos subsequentes, em análise e discussão dos resultados encontrados. O infográfico a seguir sistematiza as etapas de análise propostas e desenvolvidas neste estudo:

Figura 2 – Infográfico: sistematização das etapas de análises proposta no estudo.



Fonte: Informações da pesquisa, Porto Alegre, 2017.

5.5.1 Etapa 1: Análise dos Dispositivos Clínicos

Nesta etapa, foram analisados os resultados referentes aos dispositivos aplicados em relação à análise da demanda, aos processos de elaboração e perlaboração, à construção de laços

afetivos, à interpretação, à formação clínica e à supervisão. Os dados para essa etapa foram originados do memorial e do diário de campo.

5.5.2 Etapa 2: Análise da Psicodinâmica do Trabalho

Nesta etapa foram estruturados os eixos de análise, sendo fomentada pelas transcrições das sessões e/ou registro das falas. As falas foram editadas e organizadas em forma de texto, obedecendo ao desenvolvimento das sessões e à classificação nos eixos e seus temas. Em função do grande volume de informação produzido, e considerando a necessidade de sistematização de informações conforme os eixos e temas definidos *a priori*, utilizou-se o software NVivo 10, como suporte tecnológico organizar e analisar os registros das transcrições das observações e sessões coletivas e para possíveis arranjos e reajustes em função dos aportes delimitados na pesquisa. Ademais, os textos serão apresentados de acordo com o que foi falado em cada sessão sobre os temas de cada eixo, com vistas a demonstrar o processo de revelação e apropriação do discurso pelo coletivo. O clínico-pesquisador utilizou algumas falas para ilustrar o texto produzido.

A seguir, apresentam-se os eixos de análise propostos por Mendes e Araujo (2012), e seus respectivos temas. As autoras destacam que tanto os temas como os eixos podem variar conforme os dados empíricos ou o avanço conceitual, podendo estar presentes ou ausentes, a depender do grupo submetido à pesquisa e/ou à intervenção.

- Eixo I – Organização do trabalho prescrito e o real do trabalho: tipos de tarefas; divisão do trabalho; normas e regras; tempos e ritmos; exigências técnicas; relações com os pares, chefias e clientes; estilo de gestão; responsabilidades e riscos.
- Eixo II – Mobilização subjetiva: prazer; sofrimento criativo; sofrimento ético; inteligência prática; espaço de discussão; cooperação; reconhecimento.
- Eixo III – Sofrimento, defesas e patologias: sofrimento patogênico; estratégias de defesas individuais; estratégias de defesas coletivas; ideologia defensiva; patologias do trabalho; danos físicos e psicossociais; doenças ocupacionais.

5.5.3 Etapa 3: Análise da Mobilização Subjetiva do Coletivo de Trabalho

Na terceira etapa foram analisados e interpretados os efeitos da prática clínica sobre o coletivo de pesquisa, considerando suas limitações e perspectivas. Desse modo, analisaram-se as dimensões que mais colaboraram ou não com a mobilização do coletivo, sendo necessário

articular os dispositivos utilizados na condução clínica com os eixos da análise psicodinâmica do trabalho. Além disso, foram analisadas as contradições da organização do trabalho, relacionando-as com a mobilização subjetiva, o sofrimento, as defesas e as patologias.

5.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS

A pesquisa contemplou as prerrogativas bioéticas que se fizerem necessárias, conforme preconizado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução 466/12 CNS/CONEP. O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem (EENF) da UFRGS para devido registro e, posteriormente, submetido virtualmente à Plataforma Brasil para apreciação e homologação no Comitê de Ética em Pesquisa do campo de estudo, obtendo parecer favorável à sua execução, CAAE: 61375216.5.0000.5347.

Aos participantes do estudo, assegurou-se que a pesquisa era isenta de influências hierárquicas de quaisquer naturezas, as quais pudessem interferir no vínculo empregatício junto à instituição campo de estudo. Também se garantiu aos mesmos que as informações coletadas seriam utilizadas unicamente para fins acadêmico-científicos, as quais apresentaram convergência com os objetivos do estudo. O estudo assegurou ainda, o caráter de livre participação na pesquisa e o anonimato dos participantes na divulgação dos resultados do estudo. As informações coletadas serão guardadas por um período mínimo de cinco anos, e após este período, inutilizadas.

Considera-se importante destacar que, ao abordar o sofrimento no trabalho, mediante escuta clínica, corria-se o risco de despertar revelações, sentimentos e comportamentos de diversas naturezas, os quais poderiam demandar encaminhamentos psicoterapêuticos. Não foi o caso deste estudo, pois, embora em algumas sessões determinados sujeitos tenham verbalizado suas angústias e medos, face à exposição de vivências de sofrimento, todas as manifestações de emoção foram manejadas no próprio momento do encontro, pela profissional especializada e pelo clínico-pesquisador. De qualquer modo, em caráter preventivo, quaisquer demandas relacionadas a estas questões tinham suporte do serviço de atenção psicológico com a qual o pesquisador encontrava-se vinculado. A prestação deste tipo de atendimento foi articulada previamente, antes do início da coleta de dados, mediante parceria com o Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional (CAPSOP) do Instituto de Psicologia da UFRGS.

Aspectos desta natureza foram plenamente descritos nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES D e G), os quais foram apresentados aos participantes no momento em que foram abordados pelo pesquisador, e assinados por ambos em duas vias de igual teor, sendo uma destinada ao pesquisador e outra ao participante.

6 DISPOSITIVOS EMPREENDIGOS NA PRÁTICA CLÍNICA

No presente capítulo apresentam-se os dispositivos empregados na prática da Clínica Psicodinâmica do Trabalho (CPdT) desenvolvida no contexto gerencial dos coordenadores de Unidades de Saúde da Família (USF). Considera-se nesta Tese a perspectiva Pasche (2009) de que os dispositivos não constituem uma prescrição, sendo estes uma representação do modo como se operacionaliza a ação, ou seja, os mesmos são moldáveis à experimentação dos sujeitos e seus contextos político-institucionais, atualizando-se e tomando sentido, em cada experiência singular em que são empregados.

Entretanto, cabe destacar que a maioria dos estudos que se propõem a desenvolver a Clínica do Trabalho, não apontam os dispositivos clínicos que utilizam no processo de escuta e que contribuem para que os trabalhadores se mobilizem subjetivamente rumo a ações mais saudáveis no trabalho. Essa reflexão é defendida por Mendes (2015), que aponta para a necessidade de dar outro enfoque ao modo de promover a escuta clínica no trabalho, para além da pesquisa. Na proposição da autora, face à lacuna existente na literatura, no sentido de estabelecer articulações entre a Clínica do Trabalho e o favorecimento de mobilização subjetiva dos trabalhadores, sujeitos da pesquisa; deve-se buscar, nas bases teóricas da Psicanálise, sob a qual repousa a proposta dejouriana, o fazer clínico como modo de possibilitar que o sujeito se aproprie do seu sofrimento, e dê um novo sentido a ele, produzindo efeitos no seu posicionamento subjetivo.

Assim, assume-se que a prática em CPdT inclui a pesquisa e a intervenção como dimensões indissociáveis. Por esse motivo, Mendes e Araújo (2012) ressaltam princípios e especificidades da CPdT, os quais demandam qualificação teórico-metodológica que articule as teorias do sujeito e social a uma condução centrada na escuta do outro. Essa escuta, deve ser entendida como um processo que emerge a fala e a escuta como elementos indissociáveis, e que implica em condições que vão além do dizer-ouvir. Com tal característica, requer do clínico-pesquisador “escutar o não dito, o oculto, o silenciado, buscando junto com o coletivo, desvelar a cortina e construir novas estratégias para ressignificar o sofrimento, atribuindo um novo sentido ao trabalho” (MENDES; ARAUJO, 2012, p. 46).

A ideia central para a articulação entre a teoria do sujeito e a teoria social, essencial à prática clínica, consiste na perlaboração coletiva do vivido no trabalho, a qual transforma a relação subjetiva dos trabalhadores com a situação de trabalho (MENDES, 2015). Isso significa que, na perspectiva dejouriana, a elaboração psíquica integral, ao mesmo tempo, o pensar, o sentir e o falar, não permitindo a distinção entre pensamento e ação (DEJOURS, 2012a).

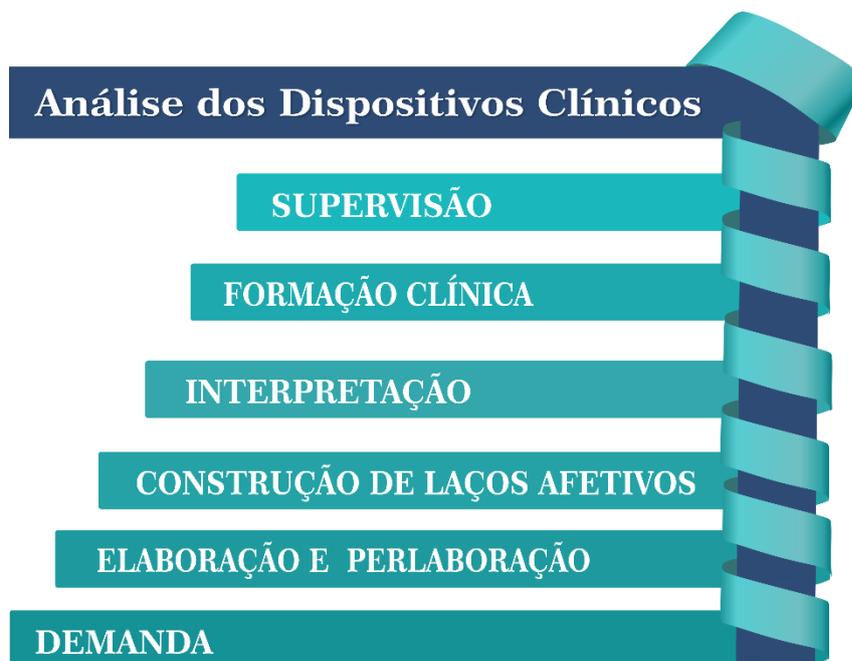
Seguindo a mesma linha de pensamento, Mendes e Araujo (2012) reiteram que o pensar não está dissociado do sentir, não sendo suficiente para a mobilização subjetiva conhecer o trabalho, saber o que precisa ser feito ou fazer o que se sabe. Para as autoras, o fazer está carregado de saberes e de afetos, especialmente porque o trabalhar implica em viver junto, e, nessa perspectiva, falar sobre o prazer e o sofrimento vivenciado permite essa associação.

Até chegar a este momento, muitos dispositivos necessários à condução clínica precisam ser considerados, uma vez que estes são elementos centrais para o método em CPdT. No caso da experiência prática desenvolvida por ocasião desta Tese, foram empregados seis dispositivos que se fizeram relevantes para qualificar a clínica em PdT, articulando aos estudos dejourianos (2011; 2012b) as contribuições de estudos empíricos realizados no Brasil (MENDES; ARAUJO, 2012; GHIZONI; MENDES, 2014): análise da demanda, elaboração e perlaboração, construção de laços afetivos, interpretação, formação do clínico e supervisão.

6.1 APLICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS CLÍNICOS

Os dispositivos clínicos aplicados nesta prática foram vivenciados junto ao coletivo de coordenadores. Visando apresentá-los de modo mais ilustrativo, elaborou-se um infográfico representativo dessa construção, apresentado a seguir.

Figura 3 – Infográfico: Dinâmica de utilização dos dispositivos clínicos empregados na pesquisa



Fonte: Informações da pesquisa, Porto Alegre, 2017.

Cabe ressaltar, contudo, que essa sistematização, bem como a discussão que a sucede, tem apenas a intenção de facilitar a ilustração da aplicação dos dispositivos clínicos nesta prática, bem como de narrar o caminho percorrido nesta experiência, não tendo a intenção de fomentar uma prescrição metódica, definidora de procedimentos. Assim, a seguir, discute-se a utilização de cada dispositivo clínico, a partir da interação do grupo nas sessões realizadas.

6.1.1 Da desconstrução à reconstrução de uma demanda

Parte-se do princípio que a CPdT não é um método assistencialista, não havendo, portanto, soluções imediatas. Propõe-se a desenvolver ações com um coletivo de trabalho que permita instrumentalizar os sujeitos a serem protagonistas da sua história no local de trabalho, e na sociedade como um todo (GHIZONI; MENDES, 2014). Por esse motivo, o risco de não encontrar tais soluções foi apresentado desde o primeiro encontro, bem como os demais riscos que envolvem essa clínica, conforme apresentado no itinerário metodológico deste relatório.

O processo de análise de demanda iniciou desde o primeiro contato com o coletivo de trabalho, na reunião com os profissionais em função gerencial na Atenção Primária à Saúde (APS) da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GDGCC), para apresentar a proposta da clínica do trabalho. Inicialmente a demanda partiu da própria gerente, há aproximadamente quatro anos.

Na ocasião, o clínico-pesquisador estava iniciando seus estudos em nível de doutorado, e participava das reuniões de maneira informal, voluntária, por seu interesse pessoal por questões relacionadas à gestão na APS, e pelo envolvimento com atividades de pesquisa e extensão neste cenário. Em conversa informal com a gerente na época, em um pequeno grupo que envolvia docentes, acadêmicos de graduação e pós-graduação e coordenadores de Unidade de Saúde da Família (USF), a mesma relatou o quanto percebia que os trabalhadores em cargo de chefia daquela Gerência Distrital (GD) estavam exaustos, estressados, pois o nível de exigências era muito elevado. O comentário gerou discussão entre os sujeitos envolvidos naquele tempo-espaço, e, neste momento, em tom de brincadeira, o clínico-pesquisador disse que gostaria de desenvolver seu projeto de doutorado naquele cenário, com este enfoque. A resposta foi imediata, em tom afirmativo, devolvida com seriedade, e de modo consensual entre os que estavam ali presentes. A partir do ocorrido, começava-se a disseminar entre alguns atores daquela GD que seria desenvolvido um estudo voltado a intervir nesta realidade.

Após a provocação feita pelo clínico-pesquisador e que suscitou numa demanda, mesmo que de maneira informal, não restava dúvidas da necessidade de desenvolver uma pesquisa e

ação naquele contexto. Face a esta manifestação, o clínico-pesquisador, junto a alguns sujeitos do trabalho, começa a fazer a análise da viabilidade de desenvolvimento desta intervenção, antes de começar o trabalho. Isso exigiu um tempo inicial para que a demanda fosse desconstruída e reconstruída, pois esta não poderia consistir na solicitação de um ou alguns demandantes, pois correria o risco de fazer o que lhe está sendo solicitado, o que iria de encontro ao objetivo da demanda na CPdT, que de acordo com Mendes e Araujo (2012) estaria em levar o sujeito a mobilizar-se, a querer mudar, e a transformar a realidade vivida.

Assim, a demanda precisaria chegar ao desejo do coletivo de trabalhadores, não podendo equivaler a uma queixa ou solicitação, pois ao ser revelada, anuncia o desejo de mobilização, de mudança, permite reorganizar a queixa e esclarecer o “pedido de ajuda” (MENDES; ARAUJO, 2012). Por isso, foi necessário analisar mais a fundo essa demanda, para evitar sugerir uma clínica onde não havia o desejo de mobilização, bem como para apropriar-se do referencial e da formação clínica indispensável a uma escuta de risco.

Nesse período, a demanda do grupo foi se consolidando por vias individuais, havendo diversos coordenadores que informalmente falavam sobre suas vivências de sofrimento e adoecimento no trabalho. Percebeu-se em observações nas reuniões de coordenação, que dentre os profissionais que faziam parte do contexto gerencial naquela GD, os coordenadores de USF, talvez por representar o maior número de profissionais em cargo de chefia, ou por situar-se na base da hierarquia entre os trabalhadores que ocupam posição estratégica de liderança nesta organização, estavam mais queixosos em relação aos problemas do trabalho. Contudo, havia certa dificuldade para definir a demanda e iniciar a CPdT, em função da não-identificação de alguns coordenadores com as vivências em suas USF.

Assim, coube ao pesquisador articular a demanda de maneira coletiva, desenvolvendo uma proposta de pesquisa e ação voltada para o coletivo de coordenadores da GDGCC, a qual foi apresentada aos sujeitos em uma das reuniões. Diante da proposta, todos demonstraram aceitação prontamente. Alguns demonstraram entusiasmo, pois nesse tempo-espaço, havia sido encerrada a coleta de dados da pesquisa de Lima (2017), com os mesmos sujeitos, por meio de encontros de grupos focais, e que tinha o intuito de compreender o processo educativo no trabalho do coordenador visando a proposição de ações de educação interprofissional em saúde que pudessem ser implementadas nesse contexto. Outros mostraram-se ansiosos e curiosos com a possibilidade de abrir um espaço de escuta aos problemas que estes encontravam no trabalho.

Entretanto, a operacionalização da Clínica dependia também, da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, e na tramitação por este órgão, houve resistências. A pesquisa não estava sendo autorizada pois a

equipe de Coordenação Geral da Atenção Básica (CGAB) tinha em mente, dentre outras argumentações, que desvelar situações de sofrimento no trabalho destes coordenadores seria algo prejudicial à instituição.

Assim o impasse inicial deu-se em função dos horários, pois em virtude do número de demandas assumidas por estes coordenadores, tirá-los de sua jornada habitual por um período médio de duas horas, poderia comprometer ainda mais a produção. Ressaltaram também a dificuldade em liberar estes profissionais de uma atividade destinada ao “alinhamento institucional”, uma vez que se tinha a proposta inicial de desenvolver as sessões em parte do horário destinado às Reuniões de Coordenadores (RC). Além disso, interpretaram a pesquisa e a ação como algo dispendioso, considerando o número de etapas e de abordagens que envolvia contato do pesquisador com o coletivo de trabalho.

A resistência foi interpretada pelo coletivo de pesquisa como uma ação de defesa pelo fato de que estes coordenadores pudessem refletir sobre a organização do trabalho e se mobilizarem coletivamente para ações que representassem uma afronta direta à instituição. Destacou-se inicialmente um pedido da gestão que de maneira atenta questionou: *“Em que esta pesquisa vai poder contribuir com os coordenadores? Não sei até que ponto isso pode ser positivo para o grupo, pois estamos em época de transição da gestão, e isso pode despertar um sentimento de revolta.... Será que você não vai provocar uma antipatia conosco aqui da coordenação? Não teria algo a se fazer e que fizesse com que eles se sentissem mais satisfeitos com o trabalho?”*.

Tal questionamento revelava o desejo de que algo fosse feito por estes coordenadores, mas com vistas a aumentar o engajamento destes profissionais no trabalho, e que endossasse o discurso corporativo, indo de encontro à proposta da CPdT, e tomando-a como uma forma de desenvolver receitas prontas, em caráter de educação continuada. A interpelação também trazia implicitamente o desejo de que estes coordenadores não fossem despertados para o poder de pensar e de agir frente às contradições da organização do trabalho. Essa justificativa mobilizou ainda mais o clínico-pesquisador para a ação neste contexto de trabalho, pois endossou a perspectiva de que diversos mecanismos de dominação permeiam o contexto de trabalho destes coordenadores. Como desconstruir essa concepção e reconstruir uma proposta que fosse de comum acordo entre as partes?

Agendou-se uma reunião envolvendo a equipe de psicologia da instituição e o pesquisador, em ambiente institucional da CGAB, para esclarecer a proposta da pesquisa e dar continuidade à tramitação ética. Os argumentos para “convencer” a equipe foram extraídos da própria instrumentalização e aproximação do pesquisador com a teoria PdT. Dentre os quais,

destacou-se que, ao possibilitar estes espaços individuais e coletivos de discussão, junto aos coordenadores, eles poderiam falar sobre suas vivências de prazer e sofrimento, e ter acesso à escuta, refletindo e traduzindo, no próprio coletivo de trabalho, elementos visíveis e invisíveis que exprimem essa dinâmica, e encontrando alternativas e meios de cooperação para lidar com estas vivências, mantendo-se saudáveis no trabalho.

Dada a anuência para a realização da pesquisa, inclusive do CEP, eis que as primeiras demandas começam a aparecer, ainda na fase de Pré-Pesquisa. Um fato marcante, deu-se ainda em entrevistas informais, quando em um dos diálogos, um grupo de coordenadores disse: *“você encontrou o lugar certo para fazer sua Tese [...] vai ser tanta informação que em uma entrevista você já terá toda a Tese pronta”*. Verbalizações nesse sentido eram recorrentes nos diálogos entre pesquisador e coordenadores, especialmente em RC.

Com o passar do tempo, quando os coordenadores já estavam familiarizados com a presença do pesquisador em observações clínicas nas RC, era comum que diante de algumas discussões e embates envolvendo os trabalhadores em posição estratégica de liderança da GDGCC, estes se voltassem para o pesquisador, com um gesto, um olhar, um riso irônico, um cochicho, ou alguma fala como essa: *“Você está vendo o que a gente passa por aqui? Isso é ser coordenador, anota isso Erick”*.

O processo de análise de demanda também se deu, em determinados momentos, em contatos com a gerência, por ocasião da proposta da Clínica do Trabalho. Reconhece-se a demanda institucional, partindo da gerência do distrito sanitário, tanto em facilitar a operacionalização das sessões coletivas, como em conversas informais: *“Eu gostaria mesmo que eles tivessem um espaço como esse que tu queres proporcionar, sabe? Que fosse algo fixo [...] Tu trabalhando isso com eles já me ajuda um monte, pois sei que estão estressados”*.

Iniciada a pesquisa propriamente dita, a primeira demanda expressa pelos participantes do grupo foi a de que precisavam de um protocolo que organizasse a jornada de trabalho dos coordenadores, havendo implícito o pedido de consultoria para lidar com a situação de trabalho em frases como: *“seria muito bom Erick, se a sua pesquisa pudesse gerar um protocolo, ou algo instituído que pudesse dizer assim: o coordenador é só coordenador! Ou é só enfermeiro!”*. Por trás dessas demandas, expressas verbalmente, interpretou-se o surgimento de uma demanda por escuta, acolhimento, orientação, proteção. Um pedido para que fosse dada visibilidade ao trabalho real daqueles coordenadores, para que houvesse valorização pelos seus esforços, e para que fossem vistos de maneira diferente.

Não havia dificuldade na apropriação do espaço de fala pelos coordenadores, de modo que estes, constantemente, falavam ao mesmo tempo, se dispersavam em grupos menores

conversando paralelamente, ou sinalizavam, antes mesmo que o outro concluísse o seu raciocínio, anunciando que gostariam de se pronunciar. Em meio a uma discussão, uma coordenadora comentou: *“está vendo? É geral, todo mundo aqui passa por isso, todo mundo vai ter alguma coisa para falar”*, fazendo menção à dispersão e interrupções do grupo. Tal fato podia ser observado tanto na necessidade de compartilhar suas vivências, quanto pela postura corporal da maioria, de concordância, quando se movimentavam e se posicionavam mais à frente da cadeira, como se tivessem alguma vivência que pudesse corroborar com o que estava sendo anunciado.

Entretanto, cabe destacar que o início do processo se caracterizou pela espera dos participantes para que o coletivo de pesquisa os orientasse, como pessoas que estavam ali para indicar o melhor caminho a seguir. Um coordenador chegou a sugerir que *“vocês podem nos mandar a pauta do que vai ser discutido antes, assim a gente já vem preparado”*, fazendo alusão daquela situação como mais uma reunião de trabalho, com informes, de maneira vertical, sendo comum o ato falho de chamar o espaço clínico de *“reunião do Erick”*.

Foram necessários três encontros para que as sessões ganhassem forma, lugar e dinâmica de espaço clínico. Inicialmente, a ideia de estabelecer um espaço de deliberação para eles parecia representar algo que tomaria ainda mais tempo de suas rotinas de trabalho, que ajudaria o pesquisador a coletar seus dados, mas sem adicionar nada ao trabalho deles. Os primeiros dois encontros foram dedicados a relatar queixas, sendo notável a necessidade destes em encontrar alguém que os escutasse e os compreendessem. Os discursos foram se estabelecendo a partir de repetições exaustivas e constantes, como tentativas de construir a história de sobrecarga, polivalência e resolutividade destes coordenadores diante dos percalços encontrados na condição de gerenciar uma USF.

Contudo, com o passar do tempo, notou-se que o grupo começava a mostrar-se mais interessado, procurando saber sobre as sessões entre eles, com a gerência e com o próprio pesquisador. Muitos, inclusive, quando impossibilitados de comparecer, procuraram o pesquisador previamente às datas combinadas, para justificar o motivo pelo qual não poderiam comparecer. Os espaços clínicos começam a aparecer como algo importante para os coordenadores, algo que faz sentido e que faz bem para eles, como alguns trouxeram: *“Acho que este espaço poderia ser algo fixo”*; *“A empresa deveria promover esses espaços”*.

Aos poucos, conforme os coordenadores foram se identificando uns com os outros em suas vivências, a demanda, dirigida inicialmente ao clínico-pesquisador e à psicoterapeuta, se diluiu, voltando-se para todos os presentes no grupo. Ao invés de voltar o olhar constantemente para os condutores das sessões no momento de fala, esse olhar passou a ser direcionado para

todo o grupo, como se estivessem buscando confirmações que legitimassem seus discursos. A proposta então articulada por esses participantes foi a de conceber novos espaços que permitam esse compartilhamento entre eles.

A experiência desenvolvida com a CPdT junto aos coordenadores da APS mostrou o quanto a demanda foi se transformando a cada encontro, e assumindo um caráter provisório. Essa condição corrobora os argumentos de Mendes e Araujo (2012), quando afirmam que a demanda se mantém ao longo de toda a prática clínica: “é fundamental aceitar que a demanda nunca será satisfeita, que está além do objeto da necessidade, uma vez que se articula ao desejo, ou seja, quanto mais a demanda se desenvolve, mais vazio se experimenta, já que o desejo se constitui na falta” (MENDES; ARAUJO, 2012, p. 55).

Além disso, considerar a necessidade de uma demanda como requisito primordial ao desenvolvimento da CPdT, assim como ocorre em estudos que seguem a abordagem francesa, precisa ser relativizada, uma vez que fere a própria lógica de emancipação pelo trabalho, em que o próprio coletivo de trabalhadores deveria encontrar as alternativas e os modos de pensar e de agir que os conduzam à emancipação. Neste sentido, a demanda será sempre uma construção inacabada, sendo construída, desconstruída e reconstruída, sempre que o coletivo de trabalho se sentir mobilizado para tal.

6.1.2 Da repetição à perlaboração: (Re)conhecendo travessias e sentidos no trabalho

A repetição nos discursos foi uma característica marcante no grupo, sendo comum que vivências já contadas, com grande extensão de detalhes voltassem a ser palco de discussão, revelando o quão marcantes foram para os participantes e também a relevância dos momentos coletivos de fala. Em geral, as experiências repetidas versavam sobre situações imprevistas que demandavam resoluções imediatas, quase sempre associadas à violência no território, ou mesmo a situações conflituosas e/ou dilemáticas enfrentadas individualmente pelos coordenadores, e que anunciavam a pouca autonomia para lidar com tais acontecimentos, ou mesmo a falta de alternativas frente à situação.

Contudo, estas narrativas vinham carregadas de intelectualização e de racionalização a respeito do tema, o que por vezes dificultava o processo de perlaboração. Por terem vivido experiências marcantes, dolorosas, e que, em geral, estavam associadas ao sentimento de incompreensão, muitas verbalizações traduziam um discurso pronto sobre a situação de sofrimento e a condição de trabalho que o acarretou, distanciando a subjetividade do relato:

“Resiliência! Ponto! Esse é o nosso segredo! A resiliência é a força que nos ajuda. É o que nos permite adaptação positiva para lidar com os problemas do trabalho”.

O discurso se estruturava como um mecanismo de defesa para evitar explorar novas dimensões de suas histórias. Após a leitura de trechos do memorial, em algumas sessões, era comum que se seguissem momentos de breve silêncio, ou mesmo de olhares curiosos entre os participantes. Esses momentos se caracterizavam como um ponto de partida para acessar os sentimentos relacionados a estas vivências, amplamente recontadas. Geralmente, algum interlocutor começava a verbalizar o que estava por trás daquela leitura, revelando novas nuances dos relatos, ou mesmo disparavam perguntas aos outros colegas a respeito do que se passava, conforme a verbalização a seguir: *“Na verdade tem gente que sofre mais com isso. Eu sei que tem colegas que reclamam bastante, mas eu sou tranquilo em lidar com este tipo de cobrança”.*

Nesse sentido, destacou-se a importância deste dispositivo para a escuta clínica do sofrimento destes coordenadores. A repetição de vivências que incomodavam os sujeitos, mesmo que de modo inconsciente, quando eram postas à escuta e discussão no coletivo, encontravam espaço de compartilhamento e de reflexão sobre aquilo que gerava sofrimento nestes trabalhadores. Por mais que naquele momento as informações parecessem repetitivas, e supostamente, do ponto de vista acadêmico, não contribuíssem significativamente com novos dados para o pesquisador, traduziam a necessidade de escuta desses trabalhadores e não poderiam ser simplesmente interrompidas. Era justamente na repetição destas vivências que estes se (re)conheciam e se conscientizavam de que aquela situação existia, e que, por mais dolorosa que fosse, precisava ser transformada.

Notou-se que nas primeiras sessões, até que o grupo estivesse organizado para iniciar o processo clínico, as verbalizações tinham um caráter mais individual das vivências, como se aquilo fosse algo muito particular e que não fizesse parte do contexto de trabalho destes coordenadores: *“Engraçado, eu não consigo visualizar isso em mim”.* Mas, após vencida essa resistência inicial, e com o coletivo organizado, os sujeitos começaram a se apropriar do espaço clínico, e entre eles mesmos era permitido espaço de verbalização, para que todos pudessem falar e serem escutados, fazendo-se esforços para integrar as falas e encontrar sentidos comuns, conforme o diálogo empreendido na terceira sessão coletiva.

A mudança no modo como se sentiam dentro desse contexto, foi consequência do processo de elaboração-perlaboração, que permitiu a estes sujeitos, por suas próprias interpretações, mediadas pela circulação da palavra neste espaço clínico, concebessem coletivamente novos sentidos e possibilidades às suas vivências.

Assim, coube ao coletivo de clínicos, favorecer uma escuta que permitisse aos coordenadores passar de uma condição de repetição para a elaboração, e desta para a perlaboração, sendo este dispositivo clínico essencial para apresentar novos sentidos para as experiências contadas repetidamente pelos coordenadores, e para que eles mesmos pudessem desenvolver novos fragmentos de suas vivências, rompendo com a repetição estagnante. Aos poucos os participantes iam conhecendo e se reconhecendo na fala dos colegas, muitas vezes até se surpreendendo com o que era dito: *“olha isso gente, a gente trabalha junto há tanto tempo e eu não conhecia história dela! Eu nunca imaginei que isso pudesse acontecer com a colega”*.

Repetições advindas de manifestações de defesa intelectualizantes e racionalizantes, usadas excessivamente por alguns coordenadores, por vezes encobriam os verdadeiros sentimentos daquilo que os faziam sofrer. Os momentos de silêncio gerados pela escuta do que eles mesmos haviam falado, abriram caminhos para a elaboração coletiva, que, a partir de uma vivência individual, quando alguém se sentiu seguro em compartilhar, possibilitou a reconstrução de sentidos coletivos para o sofrimento relacionados ao trabalho: *“Eu vou revelar aqui que preciso tomar remédio para dormir”*. Como o tempo não permitia aos mesmos elaborar suas vivências individuais e coletivas em função do trabalho em suas respectivas USF, o espaço clínico possibilitou uma travessia para que estes encontrassem neste, a segurança para falar e de sentirem escutadas suas angústias e vivências de sofrimento. A segurança para falar nestes espaços, anunciava o (re)conhecimento de uma travessia, um processo, que favoreceu a passagem da repetição à perlaboração, sob a qual estes puderam pensar, coletivamente, novos sentidos para o trabalho de coordenação.

6.1.3 A construção de laços afetivos

Nos cenários de trabalho contemporâneos, em geral, percebe-se a carência de vínculos de cooperação, expressos fundamentalmente pela ausência de espaços que considerem o sofrimento como parte do sujeito do trabalho. Nesse sentido, a construção de laços afetivos revela-se dispositivo clínico essencial à condução da CPdT, uma vez que a partir deste, o sujeito encontra motivação para resgatar sua capacidade de pensar sobre as vivências de sofrimento no trabalho e se sente seguro para compartilhá-las com o coletivo de trabalhadores (GOMEZ et al., 2016).

O processo de construção de laços deu-se entre participante-grupo e entre grupo-clínico-pesquisador. Ambos ocorreram simultaneamente. O primeiro laço constituiu-se a partir da percepção de que havia algo em comum nas vivências individuais dos coordenadores, e que os

tornava um coletivo e não mais indivíduos isolados por suas experiências. Por se tratar de um grupo com características comuns de trabalho, os laços entre os sujeitos passaram pelo processo de reconstrução. O laço que inicialmente tinha caráter eminentemente institucional, fazendo com que os participantes se vissem unidos pelo fato de serem coordenadores e se encontrarem nas reuniões de coordenação, foi sendo reconstruído com base no reconhecimento do outro como pessoa: *“Eu achei interessante que a gente pôde se identificar com o grande grupo”* e *“Com os iguais, não é? Com os colegas que estão passando pela mesma situação”*.

Os participantes se mostraram sensibilizados com as falas uns dos outros, e pareciam enxergar o colega de outro modo. No segundo encontro, após ouvir o relato de um dos coordenadores, um outro falou *“a gente precisa se ajudar, juntos seremos fortes”*. Ao longo das sessões, os momentos de silêncio, de falas mais surpreendentes, e de pausas durante as falas, foram decisivos para o estabelecimento de laços baseados em confiança e solidariedade. Nas últimas sessões, relatos comoventes vinham à tona, sendo comum em determinados momentos que um confortasse ao outro, colocando a mão sobre a perna do outro após a fala, ou por meio de expressão facial. Outros olhavam para baixo no momento de algumas verbalizações, como se concordassem com o que estava sendo dito, mas não conseguissem expressar sua experiência naquele momento, como se aquela fosse uma forma de controlar e/ou esconder sua emoção.

Em uma das sessões, após encerrada a sessão, e desligados os aparelhos de áudio, um dos coordenadores comentou em diálogo informal com o clínico-pesquisador: *“Gente do céu! Nunca pensei que tanta gente passava por isso... Para você ver, a gente precisa falar nesses encontros mais vezes, pois só convivendo assim, ... a gente não se dá conta”*. Partindo do ponto comum que os unia, a realidade do trabalho gerencial, os laços foram recriados pelo compartilhamento do sofrimento vivido na condição de coordenador de USF, frente à realidade dessa organização do trabalho. Ao mesmo tempo, faziam-se notar os laços com o clínico-pesquisador, a partir da percepção de disponibilidade deste para a escuta: *“você se mobilizar todo para fazer isso por nós”* e *“tudo isso que você está fazendo é algo que deveríamos ter institucionalizado aqui”*. Considerações deste tipo também vinham após a leitura do memorial, acompanhados por comentários como *“é isso mesmo, você interpretou bem a nossa realidade”*. Os memoriais ajudaram, inclusive, nessa construção de laços entre os sujeitos do coletivo de trabalho e o clínico-pesquisador, pois ao retratar suas falas, percebiam que o mesmo as valorizava, e mesmo aqueles que não haviam participado do encontro anterior, se davam conta de que assuntos comumente silenciados, falado apenas entre os mais íntimos, durante os cafés, poderiam ser tratados também naquele espaço, com o clínico-pesquisador. Desse modo, notava-se o fortalecimento dos laços de confiança entre o grupo e deste com o pesquisador e a

solidariedade entre participantes-grupo, o que favoreceu o processo da fala e da escuta, e, conseqüentemente, a ressignificação do sofrimento.

Tais considerações reforçam a potencialidade deste dispositivo clínico, corroborando outros estudos que utilizaram o mesmo recurso. Em estudo com catadores de materiais recicláveis, Ghizoni e Mendes (2014) perceberam que a introdução de palavras que traduzam os sentimentos dos participantes do grupo, bem como o acolhimento das falas e dos gestos pelo clínico, como algo suportável, promove a identificação entre os membros, e, conseqüentemente, servem de elo na promoção da escuta, possibilitando a ressignificação do sofrimento pela palavra. A importância do dispositivo também é reforçada por Gómez e colaboradores, (2014) que propõem que a verbalização do sofrimento seja ancorada por meio do vínculo que se forma com os envolvidos, propiciando ao sujeito do trabalho a potência para modificar o lugar que ocupa.

Desvelar a potência dos espaços de fala e de escuta como dispositivo mobilizador à emancipação, pressupõe a constituição de laços afetivos com base na confiança, no respeito e na solidariedade. Essa constituição é sempre provisória, e ocorre no momento da Clínica, quando no coletivo de trabalho, o sujeito se sente acolhido afetivamente ao falar sobre situações particulares que lhe perturbam, quando consegue se identificar com a dor do outro, ou mesmo quando consegue, no coletivo, construir perspectivas que favoreçam a (re)construção dos laços afetivos.

6.1.4 A construção de uma análise interpretativa dirigida pela escuta

A interpretação neste estudo constituiu um dispositivo que teve em sua análise uma leitura dirigida pela escuta clínica, sendo esta a fundamentação necessária à identificação de significados nas informações geradas pela investigação. De acordo com Mendes e Araujo (2011, p. 63), “a interpretação ideal seria aquela que desmonta um sistema defensivo e autoriza simultaneamente a reconstrução de outro sistema ou um deslocamento deste, de maneira a enfatizar um elo entre sofrimento e trabalho”. Para Dejours (2011) a interpretação acontece, no momento que se dá a elaboração da organização do trabalho real, o que implica uma distância das prescrições que dão início a esta atividade.

As interpretações foram apresentadas aos participantes por meio do memorial, sempre antes de iniciar cada sessão, e a partir delas, os sujeitos também desenvolviam suas próprias interpretações, elaborando-as tanto dentro quanto fora do espaço clínico. A leitura do memorial, neste estudo, representou o momento de compartilhamento da síntese da história do grupo. Em

outras experiências com a CPdT, a leitura do memorial (MENDES et al., 2011; SILVA; MENDES, 2012), e até mesmo a entrega de uma cópia para que cada sujeito do trabalho a lesse (MEDEIROS, 2012), mostraram-se pouco efetivas, em função da própria dinâmica particular que ocorre em cada Clínica.

Na experiência desta Tese, os memoriais traziam mais interpretações dos clínicos, e as falas mais impactantes que resumiam o debate anterior. Além disso, estes não eram simplesmente lidos, mas explicados, em formato de diálogo, pausado, retomando os pontos chave das discussões.

Assim, coerente à proposta de Ghizoni e Mendes (2014), os memoriais foram produzidos pelo coletivo de pesquisa, em textos que descreviam suas interpretações acerca das falas dos coordenadores, e que tinham o intuito de provocar o coletivo de trabalhadores para o reconhecimento do que foi dito, relembrando suas falas e socializando o que foi tratado na sessão anterior para os que não estavam presentes. Considera-se que a leitura das interpretações constantes nestes memoriais constitui dispositivos estratégicos para a condução das sessões coletivas, uma vez que funcionam como disparadores para as deliberações.

Percebeu-se nesta Clínica, que o desejo de se mobilizar em prol de melhorias se fez presente com o decorrer das sessões. Se as duas primeiras sessões que foram marcadas por queixas, as demais passam a assumir o caráter de discussão, e, a quinta sessão, assumiu caráter de espaço de deliberação, expresso pelo desejo dos sujeitos de pensarem novas regras de convivência e de cogitar sobre os limites para o exercício da coordenação. Elaborar as narrativas trazidas das sessões anteriores por vezes deixava os coordenadores em silêncio por alguns instantes, até que alguém se manifestasse. Como mensageiro do grupo, aquele que primeiro se manifestava muitas vezes era responsável por desconstruir aquela informação, e, num movimento de reflexão e apropriação de suas vivências, construía a sua própria análise interpretativa, e que novamente era levada à discussão no grupo.

6.1.5 Da formação do clínico ao processo de supervisão necessário à escuta

O dispositivo de formação do clínico e a supervisão também integram o instrumental de dispositivos clínicos que permite a condução do processo em CPdT. Neste sentido, destaca-se a formação teórica do clínico-pesquisador em Psicodinâmica e Clínica do Trabalho. Além disso, cabe destacar que a formação do clínico perpassa todos os demais dispositivos clínicos, e nesta pesquisa, este percebeu-se como elemento participante de um mesmo coletivo e, portanto, sem neutralidade, deixando-se afetar pelas falas e pelas situações de sofrimento relatadas.

Contudo, pode-se afirmar que a observação dos dispositivos clínicos foi atendida. Para isso, foi significativa a realização das supervisões logo após cada sessão, no mesmo dia e a elaboração do diário de campo, com as impressões do clínico sobre cada sessão. A supervisão foi fundamental para que o clínico pudesse fazer a condução das sessões, observando o atendimento dos demais dispositivos clínicos

7 PSICODINÂMICA DO TRABALHO DE COORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVELAÇÕES DO CONTEXTO GERENCIAL

Este capítulo aborda a Análise da Psicodinâmica do Trabalho (APdT), segunda etapa da Análise Clínica do Trabalho, proposto por Mendes e Araujo (2012). Nesta, apresentam-se a estruturação dos eixos de análise, a qual é fomentada pelas transcrições das sessões coletivas, e endossada pelo registro das informações da enquete desenvolvida. Os eixos de análise da APdT compreendem: I) Organização do trabalho prescrito e o real do trabalho; II) Mobilização subjetiva; e III) Sofrimento, defesas e patologias. Ressalta-se, entretanto, que a denominação destes eixos, por ocasião de desenvolvimento desta Tese, será apresentada de modo a sistematizar o que foi dito pelos sujeitos do trabalho, em súpula ao processo e revelação e apropriação dos diálogos pelo coletivo de coordenadores.

Na sequência da apresentação de cada eixo, serão apresentados e discutidos os seus respectivos temas, conforme a qualidade e significado das verbalizações, as quais, considerando a centralidade da fala coletiva, foram analisadas no contexto em que foram produzidas. Assim, as informações serão apresentadas e discutidas de forma articulada, sem ressaltar a identificação individual de falas e sentimentos, demonstrando como foi o processo de revelação e apropriação do discurso pelo coletivo, conforme os estudos desenvolvidos por Mendes e Araujo (2012), pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (LPCT), da Universidade de Brasília.

7.1 O CONTEXTO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE COORDENADOR: CADÊNCIAS INSTITUCIONAIS, RITMOS GERENCIALISTAS

Neste eixo, o qual faz alusão à organização do trabalho prescrito e real do trabalho, estruturaram-se os temas que delineiam os ritmos cotidianos dos coordenadores de USF, próprios às temporalidades sociais da APS. Assim, contempla informações sobre a organização do trabalho ao tematizar a experiência de profissionais da saúde que se encontram na condição de coordenadores de unidades de saúde, a exemplo dos tipos de tarefas, da divisão do trabalho, das normas e regras, dos tempos e ritmos, das exigências técnicas, das relações entre os pares, dos estilos de gestão, e das responsabilidades e riscos assumidos por estes coordenadores.

A proposta desse modelo para organização da assistência em saúde faz com que o trabalho na APS se reestruture com a finalidade de substituir as práticas convencionais. Nessa

lógica, para que as organizações de saúde se tornem eficazes, é necessário que se estabeleçam relações entre as pessoas, domínio de tecnologias, e administração de recursos de maneira eficiente. Diante desse panorama, o coordenador de USF assume importante papel na articulação junto aos trabalhadores de modo a organizar o processo de trabalho com vistas à integralidade da atenção. Na função de coordenação local dos serviços da APS estes têm a difícil tarefa de compatibilizar, o tempo todo, o produtivo campo de autogoverno dos trabalhadores com certas diretrizes propostas e interesses advindos da direção hierárquica superior da organização e, principalmente, atender as necessidades de saúde dos usuários (CARVALHO et al., 2012).

Figura 4 – Infográfico Contexto de Trabalho



Fonte: Informações da pesquisa, Porto Alegre, 2017.

Ademais, assumem a complexidade do integrar ações que garantam o alcance os de demandas fundamentadas em preceitos da universalidade, integralidade e equidade, mesmo frente aos inúmeros contrapontos presentes na realidade das unidades, o que nos leva a refletir acerca dos limites de ação destes coordenadores, frente a tais demandas, que assumem cadências institucionais, porém ritmos gerencialistas.

As tarefas realizadas pelos coordenadores de unidade são divididas entre atividades gerenciais e assistenciais, e estas exigem dos mesmos, grande diligência e articulação para a completa cobertura das demandas. Neste ritmo, inúmeros fatores desencadeiam no trabalhador vivências de prazer-sofrimento, as quais estão intrinsecamente associadas à execução das

tarefas requeridas. O coordenador, no âmbito do trabalho em unidades de saúde, relata descontentamento ainda, em ter que assumir demandas relacionadas à gestão de pessoas, quando muitas vezes não possuem autonomia para tal, e que, perpassando os limites da sua governabilidade, desvelam a nova função de coordena(dor), a sua e dos outros: *“além de lidar com questões burocráticas, dá conta também de questões relacionadas a equipe de saúde, cada um que está dentro da equipe de saúde tem um problema, e cada problema que aquela pessoa tem é levado ao coordenador”*; *“querendo ou não o usuário sempre acaba procurando a gente, aí ele vem, ele xinga, ele chora, ele pede, ele implora... é o coordenador quem tem que resolver”*, e *“independente do assunto, podem ser relacionados ao trabalho ou pode ser relacionada a vida pessoal e o coordenador é o aquela pessoa que vai ouvir, que precisa amparar.”*

As cadências institucionais postas a este coordenador, impõem que os mesmos não só tenham a obrigação de cumprir diversas prescrições, e convivam com a desigualdade na distribuição de tarefas, visto que sempre precisará e será cobrado por ser coordenador e profissional da assistência de nível superior. Nesta cadências, tempo de apanhamento e tempo de execução, o trabalho vai se desenvolvendo continuamente. Eventuais pausas acontecem quando ocorre alguma interrupção no fluxo, ou quando o coordenador consegue adiantar suas atividades. Assim, em intervalos eventuais ele pode *“fazer um lanche rápido ou ter tempo de ir ao banheiro Quando venho lembrar que ia ao banheiro ao meio dia, já são cinco da tarde”*. A situação é tão comum no dia a dia destes sujeitos, que por vezes o mesmo adocece, mas: *“não adianta colocar atestado, às vezes eu até vou ao médico e ele diz: tu tens que ficar três dias afastado. Estás louco, não é? Quando eu voltar é pior! Aí sim, fica tudo acumulado”*. Nesse ritmo, não os resta outra saída senão assumir esta demanda e levar com bom humor o que na verdade mais parece uma situação extrema: *“Às vezes eu gostaria, fico pensando, se não seria mais fácil, se não inventaram um jeito de se alimentar tipo por sonda. Porque assim eu já aproveitaria o horário de almoço e ia dirigindo”*.

Desta foram a concepção dos enfermeiros que ocupam essa posição diversifica-se conforme as demandas presentes, *“Tu tens que administrar, tu tens que resolver todos os conflitos, todas as demandas que vem e, tu és enfermeira também. E quando tu estás sozinho, tu é o coordenador e o enfermeiro.”* Além das atividades gerenciais e assistenciais os enfermeiros desenvolvem funções em todas as instâncias presentes na unidade, lidando não raro, com substituições de funcionários faltantes. Estes dados reforçam as ligeiras tendências

de esgotamento físico e psíquico do enfermeiro coordenador, decorrente deste necessário desdobramento para realizar tarefas que melhor resolução teria se divididas.

Essa divisão do trabalho nem sempre é uma divisão do trabalho totalmente prescrita, aquilo que deveria acontecer na verdade foge do que é prescrito, os coordenadores acabam por fazer bem mais do que um coordenador deveria ou foi designado a fazer. As normas e regras acabam se enveredando para um lado de imprevisibilidade, improvisos e, nesse ritmo que os mesmos acabam assumindo, as cadências são muito intensas, uma vez que são acionados o tempo todo, logo, no momento de lazer ou descanso e, parece que as tecnologias que deveriam se voltar para ajudar, resolvem até determinado ponto e acabam por atrapalhar em outros aspectos: *“depois que inventaram o WhatsApp, aí sim minha vida virou um inferno! É demanda que não para mais!”*.

A este respeito, os horários de coordenação e de assistência parecem não convergir para um mesmo tempo e espaço, eles ocupam toda a imaterialidade e subjetividade do coordenador: *“A gente atua no atendimento e, ao mesmo tempo, quando sobra um tempinho, tu vens aqui no computador, responde um e-mail, responde ouvidoria, vê o WhatsApp [...] não consigo ter esse turno só para a coordenação, porque não acontece”*; *“já perdi as contas de quantas vezes estava de folga e meu celular toca. Uma mensagem ou uma ligação do trabalho. Sempre pepino.”*

Apresentou-se uma tendência centralizadora por parte dos participantes, revelando dificuldade na divisão de tarefas por parte de alguns coordenadores, a preocupação com a execução de funções por parte de outros membros da equipe, e possibilidades de retrabalho, sendo este um ponto relevante para a construção desta característica polivalente, multifacetada e centralizadora que assume o coordenador: *“Eu não deixo na mão do médico, eu não deixo no dentista, eu não deixo... não deixo fazerem as minhas coisas.”* *“Eu acho que é de quem é cobrado. Se tu não mandaste o material, de quem vão cobrar? Vão cobrar do enfermeiro. Mandou pedido de medicamento, quem vai ser cobrado? O enfermeiro. Tudo, entendeu? Acaba no coordenador, acaba centralizando no coordenador”*.

Por fim, algo bastante frisado no contexto abordado pelos participantes e que tange às condições de trabalho foi a forte presença de experiências de violência no contexto territorial.

Os relatos mostram situações desesperadoras dos sujeitos do trabalho: *“a gente sai para fazer VD uma hora da tarde, acontece tiroteio na rua e tem corpo estendido. Fechamos a unidade? Não, não fechamos a unidade. Gente, a gente não pode banalizar uma coisa dessas!”*. Alguns, inclusive, mostram irritabilidade porque entendem que a cada dia essa questão passa

a ser algo que faz parte do trabalho em APS: *“Só porque a incidência é grande não quer dizer que é normal. Tu ter um corpo estendido na frente da tua unidade de saúde e tu deixar a unidade aberta, isso vira banalização da violência.”*

Frente a algumas questões que perpassam a delimitação da organização do trabalho no contexto gerencial de coordenadores da APS, percebe-se que fazer a coordenação, de acordo com os parâmetros do SUS, em um trabalho intersetorial e garantindo o acesso aos serviços e a integralidade das ações que desenvolve, é algo desafiador e que provoca a apreensão do coletivo de trabalho. Acrescem-se ainda as relações entre os pares, de forma geral, mobilizadoras para um bom trabalho. Entretanto, a falta de suporte de esfera da gestão, a exemplo *“do apoiador que não apoia”* e da instituição que *“não está nem aí para o que um coordenador possa sofrer”*, demonstram a falta de suporte percebido por estes profissionais em relação ao trabalho na coordenação e que podem ser geradores de adoecimento. Alguns coordenadores mostram-se prejudicados, pois *“o apoiador responsável pela minha unidade, não resolve nada, e não deixa resolver, na verdade só atrapalha. Então prefiro eu mesmo fazer, dar o meu jeito, porque eu só vou ter trabalho dobrado se ele se envolver”*. Outros têm na figura destes apoiadores uma escuta: *“eu liguei para ele e comecei a falar, falar, falar sem parar. E daí ele em silêncio fez um gesto assim... e eu disse: eu sei que tu não tens nada a ver e nem pode resolver, mas eu só queria que tu soubesses que eu me sinto assim... eu só queria alguém para me ouvir”*. Para além da necessidade de suporte, há uma necessidade de escuta. De algo que possa de fato reconhecer as dificuldades que entremeiam o contexto de trabalho gerencial, na posição de coordenadores de USF.

7.2 MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA PARA O PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO DE COORDENAÇÃO

Neste eixo, analisou-se a mobilização subjetiva dos coordenadores para o prazer/sofrimento no trabalho. Conforme ensina Dejours (2012a), o adoecimento no trabalho é decorrente do sofrimento vivenciado pelo trabalhador quando este, apesar de seu engajamento, da sua mobilização subjetiva, não consegue dar conta do real do trabalho. Por outro lado, a saúde, decorre do prazer proveniente da sua inteligência, inventividade, do “saber-fazer”, ou seja, quando mesmo diante de todas as adversidades, o trabalhador, graças à sua mobilização, consegue criar soluções eficazes para realizar o trabalho.

Assim, a dinâmica prazer-sofrimento é indissociável do trabalho, estando a mobilização subjetiva associada ao engajamento da subjetividade, e sendo despertada, quando o trabalhador

se depara com o conflito entre a organização do trabalho prescrita e o real. As prescrições da organização do trabalho definem os destinos que o sofrimento do trabalhador terá, podendo tornar-se criativo ou patogênico, a depender da margem de negociação entre suas imposições e a realidade do trabalho. No sofrimento criativo, o sujeito do trabalho mobiliza-se em transformação daquilo que o faz sofrer, algo benéfico para ele mesmo. Para isto, deve encontrar certa liberdade na organização do trabalho que ofereça margem de negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador.

Sob este aspecto, diante das condições de precariedade da APS, os coordenadores precisam ser criativos no gerenciamento de recursos que os permitam vencer as prescrições: *“É de praxe! Improvisar material que falta, pedir apoio da comunidade, barganhar espaço para uma atividade, esse tipo de coisa é muito comum”*. Gerenciar recursos de diversas ordens, mesmo em meio a escassez destes, parece fazer parte do cotidiano dos coordenadores. Inclusive face às situações de violência do território, uma das principais manifestações de sofrimento destes trabalhadores. Os mesmos precisam *“lidar com o chefe do tráfico se quiser entrar em alguns lugares”*, o que mostra a toda a criatividade e engenhosidade para lidar com situações que não se limitaria a nenhum protocolo institucional, uma vez que demandaria artimanhas do âmbito das relações.

Gonçalves, Queiroz e Delgado (2017), ao ponderar as barreiras de acesso e os riscos presentes nos territórios da APS em situações de violência urbana, trazem que estas afetam não apenas os usuários e suas famílias, mas também os profissionais dos serviços. Elucidam a dinâmica que permeia os trabalhadores nesse cenário, uma vez que a frequência diária no território, ao mesmo tempo em que representa um fator de risco, por conta da maior exposição ao cenário de violência, representa um fator de proteção, mesmo sob tais condições, pois passam a ser conhecidos pela comunidade.

Esse cenário representa a dinâmica dos coordenadores do estudo, os quais não só precisam conviver com esta realidade, mas também assumir a decisão sobre o que fazer nestas condições: *“Uma vez eu estava no meio de um atendimento e todo mundo começou a invadir a sala porque estava tendo tiroteio na rua, era tiro para tudo quanto é lado. E daí a equipe já te olha assim como se dissesse: Vai resolver!”*. Diante dessa convivência, os coordenadores chegam a desenvolver mecanismos de antecipação aos episódios de violência urbana: *“as vezes a gente já saca alguns sinais sabe? E também as pessoas da comunidade nos avisam, tipo, que pessoas de gangues rivais estão se estranhando e que a gente precisa ficar atento. Daí ficamos meio que de sobreaviso”*.

Esse tipo de mobilização coloca em ação a inteligência prática, ou seja, o trabalhador ao resistir o que lhe é prescrito, utiliza recursos próprios e sua capacidade inventiva, pressupondo a ideia de astúcia, mobilizando-se a partir do surgimento de situações imprevistas (DEJOURS, 2012a). Ao enfrentar situações como esta, o coordenador desenvolve um jeitinho particular de fazer, que, ao tornar-se coletivo, transforma-se em ação de cooperação entre os pares. Este recurso apresenta a finalidade de minimizar o sofrimento e transformá-lo em prazer.

Na posição gerencial, o coordenador é responsável por resolver qualquer problema da USF e do território. Frente aos problemas de violência, deve avisar à unidade central para lá, definam o procedimento a ser seguido: *“Eu considero uma autonomia ilusória! Tu sabendo que do lado de fora estão matando, e daí eu ter que ligar, solicitar e esperar a autorização para fechar o posto? Mas daí quando ligam eles não autorizam, tem que ficar igual”*. Mesmo que atue na falha e *“faça a coisa acontecer”*, resolvendo o problema, os coordenadores correm o risco de retaliação por não cumprir o prescrito: *“Eu fiquei com medo e fiz, tinha que tomar uma decisão e tomei. Mas no outro dia fui convidada para uma conversinha a portas-fechadas [...] recebi advertência”*.

Os coordenadores contam que muitas vezes poderiam solucionar o problema de modo mais simples, mas não podem fazê-lo porque o procedimento é rígido e não se pode agir por conta própria para não ser punido. Ante tais situações, o coordenador acaba, por vezes, fazendo o procedimento apesar de não concordar com ele, como pode ser notado no seguinte depoimento: *“Não tinha gente para fazer vacina, tinha muita carteirinha desorganizada, mas veio a ordem de cima para abrir a sala de vacina, e tem que abrir. É obrigatório abrir, então a gente abre [...] Não tinha condição mínima de trabalhar, a gente teve que se virar em dez”*.

Os resultados remetem à indignidade da classe operária, relatada por Dejours (2015), manifesta por sentimentos de vergonha de ser um apêndice da máquina, de ser despersonalizado, de não possuir inteligência e autonomia. Para lidar com um cenário como esses, os coordenadores muitas vezes precisam fazer uso da inteligência prática para transgredir, mas essa transgressão não consiste, necessariamente, no desejo de não respeitar às regras, mas à tentativa de transformar uma situação geradora de sofrimento e de dar conta do real: *“Aquele dia eu não fiz vacina em adolescente, porque eu achei que não dava conta de fazer, e então eu não fiz. A campanha pedia para fazer, mas eu não fiz [...] Algumas coisas eu tive que fazer, senão não ia dar conta”*.

Consoante ao que nos ensina Dejours (2012a), as condições favorecem também a manifestação da mobilização subjetiva por meio da cooperação, uma vez que pressupõe a

articulação da capacidade criativa dos demais envolvidos em cumprir o real, o que envolve a confiança entre estes, inclusive, para expor os macetes, os limites da ética e as falhas de cada um, como em situações do tipo: *“várias coisas que a gente faz não são certas. Mas assim, quando tem uma parceria na equipe, beleza”*, *“eu faço isso, não é o correto, a gente sabe que não é o correto, mas muitas vezes a gente acaba fazendo”*, *“eu tento não fazer, mas algumas situações, eu não tenho saída... e aí eu fico pensando na questão do usuário. Então vou resolver”*, e *“vamos tentar fazer o correto, mas quando não dá, e existe uma parceria e tu tens confiança na tua equipe, aí isso pode ser possível”*.

Os constrangimentos na organização do trabalho do coordenador os levaram à criação de várias estratégias de cooperação. Os mesmos, apesar do sofrimento vivenciado na sua rotina diária, mostram que se identificam com a coordenação de USF, sentem prazer em estar à frente da unidade e em ser reconhecido pela equipe e pela comunidade. Percebeu-se neste coletivo de trabalho, um desejo de ação, iniciada no momento em que aceitaram participar das sessões coletivas promovidas por esta experiência em Clínica Psicodinâmica do Trabalho.

Conforme descrevem Mendes e Araujo (2012), a Clínica, que nesta tese assume uma característica de clínica da cooperação, está voltada para analisar e potencializar a mobilização subjetiva, a partir da construção de regras coletivas de ofício e de convivência para um coletivo imerso no mesmo cotidiano de trabalho. É no coletivo que se encontra a potência para a mobilização subjetiva, é aí que o psíquico e o social se encontram como dimensões inseparáveis.

Uma vez que a mobilização subjetiva inclui a capacidade de tolerar o sofrimento e de buscar novas alternativas até encontrar ou criar uma solução, o coordenador mobiliza seus recursos internos para superar estas dificuldades, e é na cooperação entre os colegas, na amizade vivenciada entre estes, que os mesmos encontram algo que agrega no desenvolvimento do trabalho. Tudo isso é promotor de prazer. Entretanto, para isso, eles precisam ter acesso ao reconhecimento dos pares, o que inclui, até mesmo, dos seus apoiadores, os quais muitas vezes não são considerados como apoio para eles; bem como para a instituição, que na verticalidade das suas ordens, simplesmente os fazem cumprir algo que por vezes, fere a própria integridade pessoal e profissional destes trabalhadores.

É necessário ainda, que estes coordenadores se sintam à vontade para falar sobre os problemas que lhe acometem, que sintam esta liberdade de dialogar e de serem autênticos na condição de coordenação: *“Nas nossas reuniões ninguém tem coragem para falar, fica todo mundo assim, duro, só ouve, só cumpre. Eu falo, eu digo o que penso mesmo. Mas eu entendo*

também os colegas, porque querendo ou não a gente sabe que não tem liberdade de falar”. Quando os trabalhadores não encontram espaço para fala e escuta, em que possam partilhar as experiências na coordenação, de modo livre, sem julgamentos, sem medo de retaliações, dificilmente encontrarão mobilização para o prazer no trabalho: *“a não ser no nosso grupo do WhatsApp. Mas aí só para alguns mais próximos. Ali a gente fala, a gente combina, eu confio em todos que estão ali. É o único espaço de desabafo que eu vejo hoje e que realmente funciona”.*

Segundo Mendes e Araujo (2012), à medida que o trabalhador fala, rememora os acontecimentos traduzidos no seu mal-estar, comunica-se com o vivido e tem a possibilidade de reconstruir um significado, que antes era traduzido em lembranças com manifestações sintomáticas, paralisadas na ação. Dessa forma, o coordenador, ao encontrar este fórum virtual mais íntimo, e que permite a livre discussão, sai do relembrar para reescrever uma história. Isso mostra o quão importante são estes espaços, neste contexto de análise, pois a criação de espaços de diálogos constrói subsídios para um melhor diálogo e discussão entre coordenadores e gestores, e isto pode afetar de forma significativa o desempenho de cada profissional no que concerne à execução de tarefas e segurança para exercê-las.

7.3 SOFRER E ADOECER NA CONDIÇÃO DE COORDENA(DOR): ESTRATÉGIAS DE DEFESA ENCONTRADAS

Em geral, o sofrimento vivenciado pelos coordenadores é mais de caráter criativo que patogênico, muito embora experienciem o sofrimento patogênico, sendo importante que as estratégias de defesas individuais e coletivas funcionem mesmo como uma proteção para mantê-los mobilizados. Inúmeras dificuldades, desafios e limites são vivenciados pelos coordenadores das unidades de saúde no cotidiano do trabalho e o sofrimento tem gerado uma série de sinais e sintomas de adoecimento que podem comprometer sua saúde dentro e fora do trabalho.

Os coordenadores de unidade de saúde vivem diversas situações imprevistas que fogem do prescrito e que anunciam uma rotina de cobranças e de metas “para ontem” e que precisam ter que lidar. Tal situação agrava-se pela diversidade e a abrangência do trabalho de coordenação, que envolve e constrói a organização do trabalho de outros, e que acentuam o ciclo de cobranças no engendramento dessa produção: *“deu aquele dia e tu não mandou a produção, tu és cobrado. Mas tu não tens só aquela tarefa, e isso é o que nos estressa mais, é*

tu não ser só coordenador”. “O pior de tudo é tu ser cobrado por algo que eles sabem que tu não consegues, e que eles jogam lá no grupo para que todos saibam que tu não conseguisti, porque não poderia ser falado somente para mim?””.

Nesse sentido, as demandas presentes no ambiente laboral desses trabalhadores, que remetem ao real do trabalho prescrito, apresentam-se como fontes de estresse, desgaste e sofrimento. Estes são potencializados pelo hiato existente entre o trabalho real e o prescrito, no que diz respeito: ao perfil dos profissionais, quanto à organização do processo de trabalho; às expectativas não coincidentes da função que exercem; às necessidades assistenciais da população; e aos propósitos da gestão (NASCIMENTO, 2015).

Apesar disso, surgem as narrativas dos coordenadores sobre as dificuldades do contexto da gestão. Os gestores encontram-se submetidos a um conjunto de determinações muito fortes e de origem externa, como: pressões políticas, escassez de capacitações, precariedade na política de recursos humanos e exonerações abruptas que representam um importante fator dificultador. A ausência de apoio e o isolamento decorrente do processo decisório, identificados como fatores dificultadores, não impedem o entusiasmo com as conquistas, com a imagem positiva da gestão e com a sensação de reconhecimento interno. (GOMES et. al. 2016).

Outro fator causador de sofrimento no trabalho dos coordenadores, é a grande sobrecarga no trabalho, este fato exige o comprometimento de todos na distribuição das atividades necessárias para o funcionamento adequado do serviço de saúde. Nesse ritmo, é comum que sintam o peso dos sinais e sintomas de adoecimento: *“Eu chego em casa, estou um caco, minha cabeça pesa, meu corpo sente, só penso em dormir”*; *“Isso me deixa muito ansiosa, estressada, vivo sempre uma pilha, me irrita profundamente, acabo descontando em quem não tem nada a ver”*; *“o que mais compromete é o sono. Eu nunca consigo dormir bem, às vezes preciso de algum medicamento, um chá. Mas daí no trabalho me dá sono, fico cansada sabe? Sensação de fadiga, de que estou sempre cansada, aí as vezes tomo um energético, algo assim”*.

O sofrimento vivenciado por estes coordenadores é exposto, em geral, na falta de reconhecimento e esgotamento profissional. Essas vivências, quando associadas ao prazer, geram ambivalência na sua condição profissional, enquanto profissional que ocupa posição estratégica de liderança nos serviços de saúde, interferindo na liberdade de expressão, e que pode comprometer outros âmbitos, uma vez que não existe confiança entre os pares. Ao perceber estes dois sentidos, gera angústia nestes coordenadores.

Neste sentido, o trabalho implica vivências de sofrimento em razão de uma série de constrangimentos deletérios, tais como os relacionados às cadências ou à qualidade, os

constrangimentos sociais de dominação, injustiça, humilhação, etc. Os constrangimentos referem-se aos relacionamentos socioprofissionais e traduzem a afirmação de que trabalhar é conviver e, também, suportar o sofrimento (DEJOURS, 2008).

Para enfrentar o sofrimento, os trabalhadores constroem estratégias defensivas coletivas e individuais, como uma tentativa de negar ou distorcer a percepção daquilo que faz sofrer. Para amenizar esse custo, os mesmos elaboram processos defensivos, como a onipotência (*“sinceramente, não vejo ninguém melhor que eu para ocupar esse cargo hoje”*), intelectualização (*“mas claro, eu entendo que eles passam pelas mesmas coisas que a gente também, o nível de cobrança é o mesmo, isso é do próprio trabalho da gestão”*), negação e racionalização (*“o meu sofrimento não tem nada a ver com meu trabalho, nunca falei sobre isso com ela, é algo que não me incomoda”*), humor (*“sofrimento pouco é bobagem”*), altruísmo (*“eu faço o que é melhor para a equipe mesmo, porque eu sei que eles reconhecem o meu esforço”*), antecipação (*“antes que comece o tiroteio eu já estou me organizando aqui para fechar”*). Danos que foram identificados nestes sujeitos, em momentos individuais e coletivos.

Este fato exige comprometimento de todos ao pensar as atividades necessárias para o funcionamento adequado do serviço de saúde, mas alguns eximem-se do desempenho dos seus papéis, e preferem não falar sobre e nem permitir que seja falado, contribuindo para o sofrimento dos que se envolvem, e ampliando o ressentimento entre os profissionais que ocupam esta situação (GOMES et. al. 2016).

Além das estratégias coletivas de defesa, os trabalhadores têm ainda outras maneiras individuais de enfrentar o sofrimento no trabalho. Alguns deles escondem suas angústias e descontentamento da família, no intuito de protegê-los: *“Deus me livre a minha mãe saber que preciso negociar com o chefe do tráfico para trabalhar”*; *“Tem coisas que é melhor a gente não falar mesmo, porque não vai adiantar, só vai gerar uma angústia no outro também”*, *“Essas coisas eu não falo para o meu marido, pois sei que ele não ia concordar”*. Neste sentido, os coordenadores preferem “aguentar” as pressões provenientes do trabalho sozinho, e nesse ritmo, a solidão não encontra limites. No decorrer das sessões, percebeu-se que algumas pessoas realizam a elaboração silenciosa, que visa à superação de uma situação que os fez sofrer, o que por vezes, provoca, inclusive, mudanças qualitativas na produção das falas, nos seus hábitos de vida, e especialmente na sua capacidade de pensamento.

Outros procuram tirar férias para evitar o contato com o trabalho e com pessoas ligadas à instituição: *“eu me desligo total, silêncio os grupos, nem adianta me ligar que não atendo, não respondo”*, com o objetivo de ter um descanso antes de retornar à USF. Enquanto outros

encontram na religião uma forma de alívio: *“Eu peço à Deus, eu oro, peço todos os dias antes de vir e agradeço quando chego. É algo que me faz bem, faz bem para minha mente”*.

De qualquer modo, a CPdT neste contexto constituiu-se um processo, que precisa de continuidade, pois notavelmente mostrou implicações e mudanças constantes que podem permitir a ressignificação dos sujeitos. Para que isso acontecesse, foi fundamental que estes coordenadores sentissem a confiança de relatar o incômodo, de falar sobre tudo o que fosse um incômodo para eles, mesmo que não parecesse relevante, e assim conseguiram ser o mais particular possível. Mesmo repetindo por várias vezes algumas situações, o clínico-pesquisador procurou respeitar o tempo que fosse necessário para que eles mesmos se familiarizassem com suas resistências, e quisessem passar adiante.

À luz das análises concebidas, foi evidenciado que diante das experiências de sofrimento e do uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento, esses coordenadores, embora evitem o adoecimento, não encontram eficácia em relação à promoção de saúde e de prazer no trabalho, sendo necessário uma intervenção na organização de trabalho, e que desperte um olhar cuidadoso dos gestores e dos níveis estratégicos da organização sobre estes sujeitos do trabalho, ponderando os desafios e obstáculos que enfrentam no exercício da coordenação e que tendem a ser ampliados a cada dia, diante das peculiaridades da realidade de seus territórios.

8 MOBILIZAÇÃO DO COLETIVO DE COORDENADORES DA SAÚDE PRIMÁRIA

Neste capítulo, ilustra-se a última etapa da Análise Clínica do Trabalho: a Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho no contexto gerencial da APS. O objetivo de analisar a mobilização do coletivo é o de verificar as iniciativas dos sujeitos do trabalho, a partir da experiência clínica em PdT, de transformar a organização do trabalho. É uma experiência que atua nos riscos frente ao sofrimento patogênico, visando evitar o adoecimento e encontrar vias de prazer e saúde no trabalho.

A reinvenção do trabalho na coordenação de USF impõe-se a partir do que se vivencia na experiência do coletivo de trabalho, pois notavelmente, o fato de se encontrarem somente em reuniões de coordenadores da gerência, não os permitirão chegar à emancipação no trabalho. Demanda, pois, a constituição de espaços públicos de discussão, em que possam se encontrar, para refletir e esgotar suas queixas, e para que possam passar de um processo de discussão a um processo de deliberação, assim como propôs-se com a sustentação desta Tese.

Nesse ímpeto, a escuta clínica assume potência ímpar, sendo este um dispositivo fundamental à mobilização desse coletivo de trabalhadores e que os permitirão situar-se na antítese servidão-emancipação. A movimentação nesse percurso, dá-se em espiral, num movimento hermenêutico-dialético, em que os sujeitos, com suas subjetividades individuais, mas unidos por um coletivo de trabalho, ao se inserirem neste processo de fala e de escuta, potencializado pela escuta clínica, conseguem compreender as contradições da organização do trabalho gerencial em APS, e lançar mão de estratégias que os façam lidar com o sofrimento, e mobilizarem-se subjetivamente para a saúde. Ou seja, nesse processo hermenêutico-dialético, o coordenador, para encontrar vias de emancipação, precisaria necessariamente compreender para transformar, num processo de construir, desconstruir e reconstruir, semelhante à movimentação em espiral.

Não é um movimento simples, e por esse motivo, o espaço clínico no contexto de trabalho destes sujeitos, mediados pelos dispositivos clínicos, mostra-se essencial para que estes repousem, antes de qualquer coisa, sobre o poder de pensar. Mas este pensar consiste em um movimento crítico, político, com potencial para a emancipação no trabalho. Por isso mesmo, a escuta clínica, como em um novelo, precisa ter seus fios “puxados” pelo trabalhador, precisa ser potencializada para que possam ser desvelados os segredos que permitem a transformação pelo trabalho.

Esta reflexão deu origem à esquematização que sumariza a Tese por ora sustentada, conforme ilustrado na figura a seguir:

Figura 5 - Infográfico da esquematização da Tese.

Emancipação



Fonte: Informações da pesquisa, Porto Alegre, 2017

Assim, entende-se que o trabalho se transforma diante da necessidade de outro rearranjo, solicita novos posicionamentos do coordenador da APS, como se arriscar ou se expor diante das demandas do território, da gestão e dos pares. Esse tipo de organização alimenta

necessidade do espaço público de discussão para o exercício da fala e de escuta, de não se calar diante da precarização das condições de trabalho, e das adversidades opressoras deste, caso contrário, não há trabalho, não há saúde, não há emancipação pelo trabalho.

Como descrito por Mendes e Araújo (2012), a clínica do trabalho, do tipo cooperação, está voltada para analisar e potencializar a mobilização subjetiva, a construção de regras coletivas de ofício e de convivência para um coletivo imerso no mesmo cotidiano de trabalho. É no coletivo de trabalho que se encontra a potência para a mobilização subjetiva, é aí que o psíquico e o social se encontram como dimensões inseparáveis.

A mobilização do coletivo de trabalho é um resultado que depende, primeiramente, da criação destes espaços de discussão, onde a mobilização subjetiva se manifesta pelo compartilhamento da inteligência astuciosa e do reconhecimento com os pares. As vicissitudes e interfaces da organização do trabalho, as contradições entre o prescrito e o real, provocam o engajamento das subjetividades destes coordenadores, para que possam desenvolver o seu trabalho.

Com a realização da Clínica do Trabalho, a mobilização destes coordenadores foi se estabelecendo gradualmente, ao longo das sessões, sendo percebida quando se identificaram, quando estes se sentiram participantes de um mesmo grupo, viram semelhanças entre aquilo que os faz sofrer e se sentiram conectados e seguros o bastante para falar sobre seus problemas.

Diante dessa união, passaram a tomar decisões em direção a provocar modificações na organização do trabalho, como por exemplo, de criarem alguma política, algo institucional, que permitam o mínimo de respaldo aos seus trabalhos, pois, embora haja uma enorme discrepância entre o prescrito e o real, há de se reconhecer que estes coordenadores, sequer dispõem de um prescrito. Ou seja, a flexibilidade neste caso, não encontra limites, assim como a perversidade que vem junto a esta.

O compartilhamento dessa vivência provocou impacto no grupo, e mostrou que estes têm o desejo de mudar, de buscar novos espaços como estes, de se sentir bem em falar com outro e em serem escutados, e de entender que podem sim, encontrar saúde e prazer em seus trabalhos. A partir de experiências como esta, promovido pela escuta clínica em sessões clínicas da CPdT, pode-se constatar a mobilização do coletivo em busca de transformações na organização do trabalho, de maneira a diminuir situações extremas e adoecedoras, e laços de confiança entre os pares, para que se deem conta de que não estão sozinhos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros e desencontros convencionados ao longo do itinerário desta Tese, nos espaços de gestão e gerenciamento da Atenção Primária à Saúde (APS), possibilitaram aproximações e vivências ímpares com o trabalho real de coordenadores de Unidades de Saúde da Família (USF), bem como com a mobilização subjetiva e as estratégias defensivas que permeiam o contexto de trabalho destes sujeitos. Assim, ao tecer as considerações finais, proponho-me a sistematizar os argumentos construídos ao longo dessa travessia investigativa e reflexiva, que me fizeram sustentar a seguinte Tese:

A promoção de espaços de deliberação no trabalho de coordenadores da Atenção Primária à Saúde, proporcionados pela escuta clínica na prática da Clínica Psicodinâmica do Trabalho, favorece o pensar e o agir acerca da organização do trabalho gerencial, e permite situá-lo na antítese emancipação-servidão.

Nesse percurso, propus-me a promover a escuta clínica no contexto gerencial da APS, na Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GDGCC), de Porto Alegre, RS, em análise à Clínica Psicodinâmica do Trabalho (CPdT) de coordenadores de USF. Algumas questões nortearam o desenvolvimento desta investigação, e traduziram-se em objetivos que, felizmente, foram alcançados com o desenvolvimento da Tese. Dentre estas: **Como se dá a Clínica Psicodinâmica do Trabalho de coordenadores de USF? A promoção da escuta clínica, no contexto em que estes trabalhadores se inserem, constitui-se dispositivo mobilizador para a emancipação no trabalho?**

De modo análogo, alguns pressupostos também foram traçados, e, à medida em que eram validados, conferiam maior rigor e sustentação à Tese. O primeiro pressuposto dizia que **as demandas impostas pela organização do trabalho na APS, acentua o distanciamento entre o prescrito e o real do trabalho gerencial, estimula a adesão à servidão voluntária e favorece a adoção de estratégias defensivas para dar conta do prescrito, nem sempre favoráveis à saúde do coordenador de USF.**

De fato, o primeiro pressuposto se confirmou. Ao analisar as informações oriundas da pré-pesquisa e da pesquisa propriamente dita, constatou-se que a organização do trabalho gerencial na APS tem potencial nocivo à saúde mental destes coordenadores. Ao mesmo tempo em que impõe cadências institucionais que apregoam o funcionamento como porta de entrada à rede de atenção, centrada em preceitos da humanização, do acolhimento e da integralidade, institui ritmos de coordenação, numa lógica de gestão gerencialista, em que cada um precisa dar o melhor de si aos propósitos institucionais, mesmo que os elementos estruturais que

permeiam as condições de trabalho não sejam favoráveis. Presencia-se hoje nos espaços de produção da APS, um cenário palco de violência, marcado pela escassez de recursos e pela falta de suporte institucional, mas que assume demandas que sugerem um padrão de excelência, difícil de alcançar.

Nesta arena, o coordenador assume posição estratégica na condução de processos do trabalho em APS, tendo a incumbência de garantir que as diretrizes propostas nas políticas e programas de saúde sejam concretizadas em sua eficiência e eficácia. Essa condição acentua o distanciamento entre o real e o prescrito do trabalho gerencial na APS

O coordenador nesta perspectiva é reconhecido pelos atores que constituem suas relações sociais no trabalho como um sujeito ativo, um sujeito de escolhas, tanto em relação a fazer um bom trabalho, quanto a proteger-se. Essa condição enseja o autocontrole e a auto exploração, em que cada coordenador passa a ser empreendedor de si mesmo, assumindo a responsabilidade por uma organização do trabalho que é perversa.

Nesse ritmo, os coordenadores inserem-se em um processo de “servidão voluntária”, em que, sutilmente, se submetem a situações nas quais aderem para si os valores institucionais e os preceitos da APS, em detrimento da sua identidade pessoal. Não se trata de contrapor os princípios que regem o trabalho na atenção primária, pelo contrário, não é isto que é defendido aqui, especialmente quando se ocupa posição estratégica de liderança nos serviços de saúde, e que precisa conduzir uma equipe a agir de modo eficaz. Trata-se, pois, de pensar politicamente acerca dos discursos de sedução corporativistas que capturam a adesão psicológica do sujeito, e, portanto, a sua subjetividade, para a adesão aos valores da empresa, de modo alienado, sem pensar. Essa servidão põe em risco a liberdade e a emancipação do coordenador, e nada mais é do que uma forma de mascarar aquilo que o faz sofrer, uma estratégia defensiva que consiste em negar o próprio sofrimento.

A negação do sofrimento foi algo que apareceu muito forte na fase de enquete, em entrevistas individuais com alguns coordenadores, e em alguns momentos durante as sessões coletivas. Ao recusar-se a reconhecer um aspecto doloroso da sua experiência subjetiva, e que seria visível a outros, o coordenador corre o risco de ser interpretado como fraco, incompetente, inapto para estar na coordenação, algo que fere, inclusive, sua própria virilidade. Assim, como coordenador, muitas vezes preferem lançar mão de estratégias como onipotência, endossando ainda mais a condição subserviente à organização, e agindo como se fossem detentores de poderes ou capacidades especiais frente aos outros, acreditando que ninguém mais estaria apto a ocupar o seu lugar.

Essa condição faz com que alguns destes coordenadores constantemente, tenham a necessidade de autoafirmação, como uma forma de expressar seus sentimentos e pensamentos de forma direta, valorizando suas competências e sua capacidade de lidar com situações indesejadas, mas que “tiram de letra”, quando na verdade, inconscientemente, tentam encobrir sua insegurança e seus medos. Nessa empreitada, frequentemente estes coordenadores lidam com humor frente às situações estressoras, salientando os aspectos divertidos ou irônicos do conflito. Ademais, alguns coordenadores instintivamente usam a racionalização em suas ações, como uma maneira de encobrir as verdadeiras motivações para os seus próprios pensamentos, ações e sentimentos, e nisso, usam excessivamente pensamento abstrato, por meio da intelectualização, para minimizar o sofrimento.

Entretanto, a adoção destas estratégias defensivas pelos coordenadores, mesmo que ocorram de modo inconsciente, precisam ser desveladas, consideradas, pensadas, pois estas possuem um duplo papel. Ao mesmo tempo em que possui função de proteção, minimizando o sofrimento e possibilitando modos de pensar, de agir, de sentir que sejam compensatórios para o sujeito ou para o coletivo do trabalho; podem também constituir-se em meios de encobrir a conscientização do trabalhador acerca daquilo que o faz sofrer, e, nesse ímpeto, correm o risco de alienação e afastam-se cada vez mais da possibilidade de emancipação.

Logo, atesta-se o segundo pressuposto desta Tese: **Os modelos de gestão contemporâneos potencializam a condição acrítica do trabalhador de saúde em função gerencial, repercutindo na concepção de coletivo e nas vivências de prazer e sofrimento, afetando as relações dentro e fora do ambiente laboral.**

A lógica dos atuais modelos de gestão/gerenciamento dissemina modos de sedução nas relações sociais no trabalho, as quais incitam, involuntariamente, a adesão de padrões de excelência. Nesse sentido, os modos de controle contemporâneos, antes instituídos pela hierarquia organizacional, hoje parecem ser internalizados implicitamente pelos sujeitos do trabalho. Por meio de técnicas sutis de controle e dominação, o sujeito do trabalho é “convidado”, acriticamente, a internalizar normas, condutas, regras e discursos organizacionais, dispensando qualquer tipo de vigilância superior, uma vez que o mesmo tem introjetado como meta pessoal, a superação dos seus próprios resultados e a necessidade de galgar outros patamares, e, nesse ritmo, é responsável por assumir o seu próprio controle, vigília e monitoramento em busca de mais e mais qualidade.

Na posição de gerentes intermediários, os coordenadores de USF frequentemente queixam-se de serem excluídos dos processos decisórios, e de estarem submetidos a ambiguidades e incongruências, uma vez que recebem ordens institucionais, mediadas pela

gestão, e que precisam ser cumpridas e disseminadas aos demais da equipe, mesmo quando os mesmos discordam destas, ou quando estas ferem seus princípios éticos, legais e morais. Nessa condição, a violência laboral circunda a própria atmosfera do contexto gerencial, produz-se, reproduz-se e transfere-se aos pares, mutuamente, como em um círculo vicioso e estratégico, do qual os atores sociais envolvidos tornam-se coniventes, à medida que enxergam ganhos nessa prática.

Os próprios desabafos de coordenadores anunciavam que esta prática se estendia a alguns núcleos de trabalho, mas que eram auto justificadas uma vez que os mesmos padeciam dos mesmos preceitos. Debita-se a pouca exploração desta problemática, ao número limitado de encontros clínicos desenvolvidos, sendo esta uma limitação do estudo e que anuncia uma lacuna deixada neste contexto e que precisa ser explorada. Naquele momento, talvez, os sujeitos do trabalho não estivessem preparados para tratar do assunto. O próprio grupo não conferia anuência àqueles que tentassem tratar do assunto, sendo estes adjetivados pejorativamente quando tentavam falar, o que pode ter gerado um consenso implícito entre os sujeitos do grupo em não abordar a temática.

Embora essa prática parece estar silenciada nesse coletivo de trabalhadores, para o clínico-pesquisador, foi perceptível em observações às reuniões de coordenação, entrevistas individuais e em diálogos informais, que essa prática permeia as relações sociais estabelecidas no trabalho destes coordenadores. Manifestações de tortura emocional, conversas e advertências a portas fechadas, insinuações de transferência dos postos de trabalho, brincadeiras que insinuem a fragilidade alheia, pressões por metas abusivas, agressões psicológicas que anunciam incompetência, cobranças e constrangimentos frente aos demais, foram algumas das muitas deixas que eram relatadas, mas que não eram elaboradas.

Mesmo com todos estes indicativos, estes se sentiam mais “violentados”, pela violência que perpetua os territórios de abrangência das suas unidades de saúde. Por repetidas vezes a violência do território foi discutida nas sessões coletivas. Essa queixa precisava passar pelo processo de elaboração e de perlaboração, o que parece ter acontecido. Porém, a violência como instrumento de gerenciamento, por vezes, parecia ser negada, ocultada, e até mesmo julgada por aqueles que tentavam ser porta-voz ou inserir a temática nas discussões.

Entretanto, as repercussões de uma cultura norteada por altos padrões de excelência, especialmente em serviços de saúde na APS, guardam incongruências com os próprios princípios e diretrizes estabelecidos para sua organização. Na perspectiva dejouriana, a excelência não é compartilhada, pois, para que um seja excelente, é necessário que outro esteja

aquém, e, nesse ritmo, o individualismo e a competitividade ganham destaque, à medida que enfraquecem os laços de solidariedade e de cooperação.

A falta de cooperação afeta a concepção de coletivo de trabalho, que no sentido da psicodinâmica, estaria na construção de acordos entre os trabalhadores. Na realidade estudada, notou-se potência nos laços de cooperação, especialmente entre coordenadores e equipes de Saúde da Família, e entre estes e a comunidade do território, e entre estes e a gerência distrital. As verbalizações apuradas mostravam que, em geral, os coordenadores conseguiam estabelecer relações de confiança com suas equipes de trabalho. Entretanto, há de se ponderar que, ocupando posição estratégica de liderança nas USF, esses coordenadores demonstram fazer uso de sua inteligência astuciosa para “trazer” os trabalhadores para si, assim como os usuários do território, pois do contrário, jamais conseguiriam lidar com o real do trabalho. Nesse raciocínio, até que ponto essa relação, de fato, dá-se por cooperação? Estaria esta relação pautada na noção de coletividade, e que favorecem visibilidade e confiança, inclusive, para falar sobre as transgressões necessárias ao alcance do real? Ou seria mais uma convivência estratégica empreendida por estes coordenadores e silenciada entre os pares, e que por trás da bonomia das relações e da camaradagem, anuncia mais uma forma de concorrência, interesses individuais e servidão? Tais questionamentos carecem de mais aprofundamento no contexto gerencial da APS, e podem ser palco de novas investigações.

Em se tratando das relações estabelecidas entre coordenadores e gerência, em diversas ocasiões, em observações às RC, notou-se a tentativa da gerência distrital em conferir nestes espaços de discussão, terreno fértil para a construção de confiança, de coletividade, de cooperação. A líder do grupo mostrava-se sempre aberta à discussão de opiniões, e involuntariamente, tentava instituir a possibilidade de deliberação coletiva, demonstrando estar sempre aberta ao consenso. O grupo parecia reconhecer essa movimentação, pois sempre comparava o estilo de gestão naquela gerência distrital ao de outras do mesmo município. Entretanto, percebia-se que esta era mais uma tentativa de “filtrar” e amenizar as demandas que eram impostas aquele grupo, e, sob olhar clínico do trabalho, pode-se presumir que os trabalhadores que estão neste nível da hierarquia, sofrem dos mesmos problemas, ou até piores que os próprios coordenadores, sendo esta uma demanda latente e que também precisa ser aprofundada em novas investigações.

A análise das relações sociais estabelecida no trabalho destes coordenadores mostrou que estas são afetadas pela organização do trabalho gerencial, dentro e fora do ambiente laboral. Em seus relatos, os coordenadores revelam situações de trabalho que interferem nos modos de viver, expressas na falta de tempo de convivência com a família, cancelamento e até mesmo

anulação de momentos de lazer em função do compromisso com o trabalho ou do cansaço dele gerado, dentre outras. De igual maneira, interferem nos modos de trabalhar, e assim como é amplamente apregoado por Dejours em seus escritos, o trabalho tanto pode implicar na realização do melhor ou do pior para o sujeito, e, nessa dinâmica, pode promover o respeito, a dignidade, a solidariedade e a democracia, como pode promover a instrumentalização do outro, a deslealdade, a covardia, o individualismo. Ainda inspirado na perspectiva dejouriana, sendo esta talvez a proposta mais conhecida de seus estudos, o trabalho pode tanto ser gerador de prazer, quando de adoecimento.

A dinâmica prazer-sofrimento é notável ao analisar o significado que estes atribuem ao ser coordenador. Por mais que tragam queixas relacionadas a este exercício, fundamentalmente expressas pela sobrecarga em assumir atividades diversificadas, percebe-se nas verbalizações destes coordenadores um conteúdo afetivo e emocional que se caracteriza na sua relação com o exercício da coordenação. Essa dimensão, quando elaborada, ressignifica o seu sofrimento e o transforma em prazer.

Os resultados desta Tese indicam que as vivências de prazer no trabalho relacionam-se ao próprio exercício de coordenação, bem como aos espaços em que exercem o gerenciamento, e ao convívio com a equipe, com os usuários e com os familiares do território. Notou-se que é nestas relações que os coordenadores obtêm reconhecimento e sentem liberdade e autonomia para desenvolverem suas ações. Entretanto, o reconhecimento dos usuários e da comunidade situa-se na esfera da gratidão, e desse modo, nem sempre tem potencial de ressignificar o sofrimento no trabalho, sendo necessário que este continue a obter o reconhecimento dos pares.

Por outro lado, a análise dos dados desta investigação permite considerar que as vivências de sofrimento destes coordenadores podem estar relacionadas ao receio do insucesso, ao medo de ser incompetente, e ao estresse advindo da sobrecarga do trabalho gerencial, o qual é permeado pela pressão para o cumprimento das metas e dos prazos, pelo volume de trabalho excessivo e intensificado, e pela assunção de uma dupla função, em que precisam coordenar e assistir. Associam-se ainda, os conflitos interpessoais gerados na convivência com diferentes atores com os quais precisa estabelecer e manter vínculos duradouros, a falta de reconhecimento financeiro, simbólico e de suporte institucional, a invasão dos espaços de não-trabalho por meio das tecnologias de controle, e a autonomia ilusória que circunscreve a função de gestão intermediária.

Essas vivências precisam ser discutidas e ressignificadas, pois é justamente nesse movimento de produzir e de viver junto que os coordenadores encontram a potência política para mobilizarem-se subjetivamente. A mobilização dos trabalhadores em contribuir uns com

os outros, sustentam a cooperação nestes espaços e fortalece a construção do coletivo de trabalho, o que confere legitimidade ao terceiro pressuposto desta Tese: **Os coordenadores de USF, em meio aos modos de trabalho que se configuram na APS, usam sua inteligência prática, mobilizam-se, e engajam-se na realização de ações efetivas de gerenciamento do cuidado que estão além do prescrito.**

A mobilização é algo que permite ao sujeito do trabalho se (re)criar, se (re)inventar. No âmbito desta Tese, estes coordenadores, diante das exigências e contradições da APS que anunciam a lacuna entre o prescrito e o real, se engajavam no trabalho, empregando e expandindo sua subjetividade, e lançando mão de sua inteligência prática para se interpor a esta defasagem. As considerações anteriormente tecidas permitem situar que a mobilização subjetiva dos coordenadores deste estudo baseia-se em uma racionalidade subjetiva particular, estando sujeita à dinâmica do reconhecimento que possibilite a transformação do sofrimento em prazer.

Por trás da mobilização subjetiva, estes trabalhadores buscam também a sua identidade, pois eles não querem simplesmente executar a tarefa, eles querem dar vida ao que fazem, deixar a sua marca, tanto que, apesar de todas as adversidades, acreditam muito em si, na capacidade superior a outros de estar a frente da USF. Além disso, frente às cadências que lhes são impostas para a execução diária das atividades, estes não conseguem cumprir rigorosamente tudo o que lhes foi prescrito, e precisam dar um “jeitinho” para garantir a eficácia das suas ações. Ademais, considerando que o objeto fim do trabalho destes seja o humano, em suas necessidades de cuidados de saúde, a necessidade de ajustes à prescrição mostrou-se fundamental, pois envolve o emocional e o senso de justiça em ter que deixar aquela pessoa que precisa de cuidados sofrer, ou fazer algo por ela. Nesse impulso, os coordenadores relatam transgressões e envolvem-se em infrações, não por pura indisciplina ou desejo de infringir regras, mas por acreditar que estão fazendo o correto e que precisam fazer com qualidade.

Situações imprevisíveis e incidentes fazem parte do dia a dia do coordenador de USF, sendo estas, quase sempre de origem do real do trabalho de coordenação. Diante de tais situações, este trabalhador se vê diante do fracasso no empreendimento de suas ações de saúde, algo que o mobiliza e o faz utilizar toda a sua criatividade, astúcia e engenhosidade, para buscar soluções. Quando ele consegue vencer os desafios, e desenvolver as ações necessárias, sente-se satisfeito e encontra uma retribuição simbólica, geralmente manifesta no reconhecimento dos pares, que os admiram enquanto liderança daquele coletivo de trabalho. Nessas condições, o sofrimento transforma-se em prazer.

Entretanto, nem sempre estes encontram espaço para a mobilização. Em determinados momentos, os coordenadores encontram restrições em seu trabalho, e que comprometem a sua liberdade para a tomada de decisão. Embora assumam grandes responsabilidades por estarem à frente de suas equipes, encontram impeditivos no que diz respeito a autonomia para decidir, e consideram que na condição de coordenadores, detêm uma “autonomia ilusória”. Sob tal aspecto, não encontram retribuição por meio do trabalho, tampouco fonte de realização profissional, sendo necessário recorrer a estratégias defensivas que minimizem o sofrimento vivenciado. Contudo, quando o trabalhador não encontra defesas para aquilo que o faz sofrer, ou seja, quando situações de fracasso como estas, passam a existir por um período prolongado, as defesas se esgotam, dando lugar ao sofrimento patogênico, geralmente expresso em sinais e sintomas de adoecimento.

No caso destes coordenadores, diversos sinais e sintomas de adoecimento, bem como patologias já diagnosticadas foram referidas por estes coordenadores, e que de algum modo, estes associam ao seu trabalho, como por exemplo, perda de memória, dores de cabeça, dificuldades de concentração, crises hipertensivas, crises de ansiedade, tristeza, depressão, distúrbios fisiológicos diversos, dentre outros.

Essa condição reafirma o quarto e último pressuposto desta Tese: **A ausência de espaços formais de deliberação, os quais permitam aos coordenadores verbalizar as dificuldades encontradas no trabalho, potencializam as vivências de sofrimento e culminam no adoecimento.**

Como os coordenadores do contexto de análise não possuem espaço de discussão para falarem sobre o seu trabalho, eles acabam acreditando que o sofrimento que os acomete é da ordem individual. Assim, não conseguem compartilhar com outros trabalhadores os sentimentos semelhantes. Embora estes coordenadores se encontrem quinzenalmente nas reuniões de coordenação da gerência distrital, os espaços ali promovidos possuem fim estratégico, com a finalidade vinculada ao alcance de resultados, não sendo oportuno discutir os meios para alcançá-los. Contudo, mesmo estas reuniões assumindo um caráter mais estratégico, com foco na produtividade e na transmissão das informações, observam-se mudanças em suas conduções que sinalizam para uma movimentação em prol de um consenso. Em acompanhamento a estas RC por mais de três anos, perceberam-se mudanças significativas em sua condução, e que, gradativamente, parecem assumir formato mais horizontal, descentralizado, e que expressam a preocupação da gerência em reconhecer a disposição do grupo para uma solução, bem como se estes se sentem confortáveis com as propostas ou decisões.

Entretanto, a proposta de constituição de espaços públicos de discussão deve ser algo construído pelos próprios trabalhadores, pois estes servem de espaços de construção, desconstrução e reconstrução do sofrimento. Trata-se, pois, de potencializar a palavra, conferindo visibilidade às vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Neste sentido, esses espaços deveriam, fundamentalmente, levar em consideração a análise das dificuldades que os coordenadores encontram em seu trabalho, o que pressupõe escutar.

Essa condição remeteu à necessidade de promover, nos cenários de produção do trabalho destes coordenadores, espaços públicos de discussão, em que estes profissionais encontrassem um lugar para expressar livremente a subjetividade, e para confiar as manobras que se fizeram necessárias para alcançar o real. Mobilizado por essas questões, buscou-se na apreensão dos processos intersubjetivos vivenciados pelos coordenadores de USF, promover a escuta clínica a estes coordenadores no contexto gerencial da APS, em consonância à Clínica Psicodinâmica do Trabalho, tendo sido este o objetivo geral desta Tese.

Um espaço com normas e regras, mas sem restrições à liberdade, à alteridade e ao sofrimento. Um lugar que permita aos trabalhadores, no compartilhamento de suas vivências, e em resolução aos problemas do trabalho, refletir, identificar-se, e encontrar novos modos de pensar e de agir que os permitam visualizar possibilidades de subtrair as consequências nefastas da organização do trabalho, e que comprometem a sua saúde mental.

Em meio a estas proposições, a utilização da abordagem da Clínica Psicodinâmica do Trabalho mostrou-se fundamental a este alcance. Por meio da teoria, foi possível compreender como a subjetividade destes coordenadores é mobilizada no trabalho. De um lado, por toda a engenhosidade empreendida por estes sujeitos, a qual é constituída por sua inteligência prática, algo que é ele aciona para dar conta do trabalho real, e fazer as coisas acontecerem do melhor modo possível. De outro, pela cooperação, e que demanda uma inteligência coletiva. Em compensação, por meio da prática, foi possível vislumbrar caminhos que permitissem a estes coordenadores encontrar possibilidades de elaborar novas possibilidades frente às adversidades da organização do trabalho. A simbiose entre teoria e prática na abordagem da CPdT foi essencial à prática da escuta clínica a estes coordenadores, pois a partir desta, foi possível potencializar a sensibilidade à escuta.

Considerando que o foco de análise da CPdT é a organização do trabalho, conhecer a organização do trabalho destes coordenadores foi fundamental para acessar suas vivências de prazer e sofrimento, os processos de subjetivação, a dinâmica saúde-adoecimento e as estratégias defensivas que utilizam para confrontar o real do trabalho. Nesta perspectiva,

inscreveu-se a proposta metodológica deste estudo, que teve, a partir da livre circulação da palavra, o acesso ao mundo subjetivo destes coordenadores.

A enquete realizada na primeira etapa do estudo apontou, inclusive, a ausência do prescrito do trabalho destes coordenadores. Na busca por materiais que permitissem maior familiarização com o contexto de trabalho destes coordenadores, pouca coisa se encontrou. Em geral, citações constantes nos relatórios de gestão, e que mostram ações vagas, genéricas, nada claramente instituído, sem normativas ou legislações específicas a este público. Tem-se assim, à primeira vista, a sensação de flexibilidade e liberdade em seu fazer, quando na verdade a prescrição para estes trabalhadores é totalmente subjetiva, algo do tipo: façam acontecer! E, nesta “flexibilidade”, estes profissionais não encontram limites para a adesão das propostas institucionais.

Do mesmo modo, as observações em acompanhamento às reuniões de coordenadores foram fundamentais para iniciar a CPdT com estes sujeitos. Nestas observações, uma maior aproximação com o coletivo de trabalho, e uma melhor compreensão acerca de suas reais demandas, principais discussões, manifestações e contato com as contradições que se faziam presentes na organização do trabalho. Uma série de constrangimentos na realização do trabalho causados pela sobrecarga de atividades, pela diminuição de servidores, pelo aumento de demanda por ações coletivas de saúde comunitária, pelas condições físicas inadequadas, pela violência no território e na verticalização das metas e prazos, e pelos conflitos nas relações interpessoais no trabalho. As informações captadas nesses encontros geravam questionamentos, os quais embasavam o pesquisador para a realização de entrevistas formais e informais, dentro e fora dos espaços de coordenação.

Apesar dos obstáculos enfrentados pelo pesquisador na realização das sessões coletivas, os coordenadores contribuíram significativamente para a compreensão das questões norteadoras e alcance dos objetivos desta Tese. É importante destacar que a condição aparentemente flexível destes coordenadores, demanda um envolvimento ainda maior com questões gerenciais do distrito e do território em que atuam. Na condição de coordenadores, e de profissionais que realizam a assistência, dedicar um tempo à participação em etapas desta pesquisa, denota envolvimento e compromisso que deve ser ressaltado nesta análise.

Esse envolvimento foi fundamental à concretização da Tese que hoje se sustenta e que permite afirmar que: **A promoção de espaços de deliberação no trabalho de coordenadores da Atenção Primária à Saúde, proporcionados pela escuta clínica na prática da Clínica Psicodinâmica do Trabalho, favorece o pensar e o agir acerca da organização do trabalho gerencial, e permite situá-lo na antítese emancipação-servidão.**

A promoção destes espaços, mediados pela escuta clínica, mostrou-se importante ao desenvolvimento deste estudo, por permitir conhecer os fatores que ocasionam prazer e sofrimento no trabalho dos coordenadores da APS, para que assim, estes pudessem encontrar perspectivas de transformação da organização do trabalho. À medida que estes coordenadores falaram sobre as vivências no trabalho, conseguiam pensar criticamente, refletir, e elaborar sua experiência, interpretando seus significados, e, assim, encontrando vias de transformação da realidade na qual encontram-se inseridos.

A partir desse movimento de refletir-agir-refletir, proporcionado pela Clínica Psicodinâmica do Trabalho, os coordenadores puderam entender que não estão sozinhos, conseguindo encontrar semelhanças com os pares, naquilo que os faz sofrer. Ao se conscientizarem dos agravantes que permeiam a organização do seu contexto laboral, e assumir a necessidade de pensar politicamente sobre o seu trabalho, deslocam-se da posição de servidão, passando a recuperar o poder de refletir-agir-refletir que os conduzem à emancipação pelo trabalho.

Refletir sobre o trabalho, numa perspectiva hermenêutico-dialética que considera a necessidade de compreender para agir, encontra no processo de fala e de escuta no trabalho, o caráter emancipatório que entremeia este processo e que confere visibilidade à potência da escuta clínica nos espaços de produção do trabalho em saúde. Essa reflexão faz-se particularmente importante, se considerado o momento sócio-político-histórico pelo qual passa o Brasil, e em especial a saúde pública brasileira neste país. Vivencia-se hoje um cenário de retrocessos, de politicagens e que por vezes remontam ao regime ditatorial já vivenciado, criticado e “superado”. A exemplo do que acontecia naquela época, em que ir de encontro às ideologias do regime dominante representava um risco de morte, observa-se hoje um silêncio consentido e que situam o trabalho e o trabalhador da saúde na condição de submissão, frente às estratégias de dominação sutilmente aceitas. Assim, não é possível deixar que essa atmosfera se perpetue e se estenda a esferas diversas, inclusive aos espaços de constituição do trabalho em saúde.

Espera-se, que os resultados desse estudo tenham favorecido a esse coletivo de trabalhadores a ressignificação de vivências de prazer e sofrimento no trabalho, oportunizando reflexões em um nível de consciência diferente, que considera inicialmente o poder de pensar politicamente sobre o trabalho. A socialização da dor e do sofrimento que estes trabalhadores sentem e percebem, fortalece o coletivo de trabalho que diante da identificação com os seus pares, visualizaram novos recursos para amenizar o sofrimento. Dentre estes, considera-se que o coletivo de trabalhadores esteja mobilizado politicamente para a ação e criação de espaços de

discussão, sendo esta proposta de transformação, uma necessidade diagnosticada a partir da clínica em atenção a estes coordenadores.

Assim sendo, é necessário considerar as dimensões interrelacionadas e interdependentes que situam o contexto de trabalho gerencial dos coordenadores de USF, compreendendo-as em suas interferências com o trabalho, e ponderando as relações sociais construídas no trabalho em saúde. Este contexto coloca em evidência a importância de propor, formular e oportunizar dispositivos que permitam transformar os modos de fazer no cotidiano do trabalho. Desse modo, é necessário que a gestão invista e se ocupe do trabalho e da ação de cada um destes coordenadores em atenção às equipes de saúde, promovendo espaços nos quais a escuta clínica assuma a potência de transformação de realidades.

Por fim, considera-se que a modificação dos modos de gerir e de cuidar não deve ser compreendida como uma problemática de conscientização particular, não podendo ser tomada como uma decisão de foro íntimo de coordenadores, apoiadores, gerentes e gestores de saúde, mas de experimentação, nos espaços de produção do trabalho de discussão e de constituição de sujeitos e coletivos. É necessário, portanto, que sejam construídos e ativados espaços públicos de discussão, de caráter coletivo, e em alguma medida, protegido, para que estes coordenadores consigam analisar, refletir e agir, ao escutar suas experiências singulares e de outros, no exercício de ser e de fazer-se coordenador em APS. Nestes espaços de discussão, utilizarão dispositivos com potência para promover reposicionamentos subjetivos e para ampliar o poder de pensar frente às contradições e complexidades do trabalho gerencial em APS, e, conseqüentemente, saindo da condição de servidão e encontrando meios que favoreçam a emancipação.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Verônica Brito. **Psicodinâmica da relação gestor-equipe: análise do prazer-sofrimento no trabalho em uma organização pública**. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- ALBERTÍ, Constança et al. Non-occupational temporary sickness absence in Catalonia, 2007-2010. **Archivos de Prevención de Riesgos Laborales**, v. 15, n. 4, p. 172–177, 2012.
- ALEXANDER, Lameez; VAN KNIPPENBERG, Daan. Teams in pursuit of radical innovation: A goal orientation perspective. **Academy of Management Review**, v. 39, n. 4, p. 423-438, 2014.
- ALMEIDA, Letícia Laurino; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Manda quem pode, obedece quem tem juízo: prazer e sofrimento psíquico em cargos de gerência. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 2, p. 139-157, 2008.
- ARENDS, Iris et al. Economic Evaluation of a Problem Solving Intervention to Prevent Recurrent Sickness Absence in Workers with Common Mental Disorders. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, p. e71937, 2013.
- ASCARI, Rosana Amora et al. Prevalência de risco para síndrome de Burnout em policiais militares. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–10, 2016.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. Boitempo Editorial, 2015.
- AUGUSTO, Magda Maria; FREITAS, Lêda Gonçalves; MENDES, Ana Magnólia. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 7–9, 2014.
- AZEVEDO, Ariane Priscila Fonseca; FIGUEREDO, Vanessa Catherina Neumann. Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 15, n. 1, p. 30-42, 2015.
- BAASCH, Davi; TREVISAN, Rafaela Luiza; CRUZ, Roberto Moraes. Perfil epidemiológico dos servidores públicos catarinenses afastados do trabalho por transtornos mentais de 2010 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 1641–1650, 2017.
- BARRETO, Margarida; HELOANI, Roberto. Assédio laboral e as questões contemporâneas à saúde do trabalhador. LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; NAVARRO, Vera Lúcia. **O avesso do trabalho III. Saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, p. 107-123, 2013.
- BARRETO, Margarida; HELOANI, Roberto. O assédio moral como instrumento de gerenciamento. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BENDASSOLLI, P. F.; GONDIM, S. M. G. Projeto de cientificidade das clínicas do trabalho e seus desafios no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho: clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2014.

BOÉTIE, É. **Discurso da servidão voluntária**. São Paulo: Martin Claret, 2009.

BOUYER, Gilbert Cardoso; BOUYER, Gilbert Cardoso. Sofrimento social e do trabalho no contexto da área “saúde mental e o trabalho” **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 106–119, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, n. 204, 2011.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Ministério da Saúde do Brasil**, p. 16, 2013.

BRASIL. **Ministério da Previdência Social (MPS)**. 2o Boletim Quadrimestral sobre benefícios por Incapacidade – Principais causas de Afastamento do Trabalho entre Homens e Mulheres Empregados da Iniciativa Privada. Brasília: MPS; 2014.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. suppl 3, p. 3569–3578, 2010.

BRETT, Joan F. et al. Goal orientation and employee resistance at work: Implications for manager emotional exhaustion with the employee. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, [s. l.], v. 89, n. 3, p. 611–633, 2016.

BROTTO, Tullio Cezar de Aguiar; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290–305, 2012.

BRYANT-LUKOSIUS, Denise et al. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 0, 2017.

BUENO, Marcos; MACÊDO, Kátia Barbosa. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2555–2570, 2014.

BUSS, Paulo M. et al. Saúde da mulher, da criança e do adolescente no contexto da Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2030. 2016.

CARVALHO, Gersa Menezes; VASCONCELOS, Ana Cláudia Leal. Clínica do trabalho aplicada a trabalhadores de ensino superior federal. **Revista Polis e Psique**, v. 4, n. 1, p. 146, 2014.

CESAR, Marcelo et al. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 296-306, 2014.

CIAVATTA, Maria. Emancipação: a historicidade do conceito e a polêmica no processo real da existência humana. **Trabalho Necessário**, v. 12, n. 18, p. 74-97, 2014.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes Dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

CUNHA, Penha F.; MAGAJEWSKI, Flávio. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 71-79, 2012.

PAI, Daiane Dal; LAUTERT, Liana. Estratégias de enfrentamento do adoecimento: Um estudo sobre o trabalho da enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 60-65, 2009.

DAL ROSSO, Sadi. A propósito de emancipação em Christophe Dejours. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 29, n. 86, p. 149-153, 2014.

DEJOURS, Christophe et al. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. Reconhecimento no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; . Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

_____. **O fator humano**. – 5. ed. – Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

_____. **A banalização da injustiça social**. – 7. ed. – Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

_____. Avaliação do trabalho submetida à prova do real – Crítica aos fundamentos da avaliação. In: SZNELWAR, L. I.; MASCIA, F. L. **Trabalho, tecnologia e organização**. São Paulo: Blucher, 2008.

_____. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.36, n.123, p.40-55, 2011

_____. **Sufrimento e prazer no trabalho**: abordagem pela psicopatologia do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNEKWAR, L. I. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. – 3. ed. – Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011a.

_____. **Inteligência prática e sabedoria prática**: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). Christophe Dejours: da

psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2011b.

_____. Addendum. **Da psicopatologia a psicodinâmica do trabalho**. In: LANCMAN, S.; SZENELWAR. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011c.

_____. O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 203-215, 2012.

_____. **Trabalho vivo: sexualidade e trabalho**. Brasília: Paralelo, v. 15, 2012a.

_____. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo, v. 15, 2012b

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2015.

_____. Perspectivas de enfermeiros da rede hospitalar privada acerca da gestão de pessoas: análise da psicodinâmica do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, p. 1-14, 2017.

DEJOURS, Christophe et al. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Cristophe; BÈGUE, Florence. **Suicídio e trabalho: o que fazer**. Brasília: Paralelo, v. 15, p. 128, 2010.

DEJOURS, Christophe; MOLINIER, Pascale. Le travail comme énigme. **Sociologie du travail**, p. 35-44, 1994.

DUARTE, Fernanda Sousa; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Da escravidão a servidão voluntária: perspectivas para a clínica psicodinâmica do trabalho no Brasil. **Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 68–128, 2014.

EHRENBERG, Alain. O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa. **Aparecida: Ideias e Letras**, 2010.

FACAS, E. P. et al. Sofrimento ético e (in) dignidade no trabalho bancário: Análise clínica e dos riscos psicossociais. **J. Monteiro, F. Vieira & A. Mendes, Trabalho & Prazer Teoria, Pesquisa e Práticas**, p. 233-256, 2015.

FERREIRA, João Batista. **Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho**. In: MENDES, Ana Magnólia. et al. **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2010.

FERREIRA, Angela da Silva. **A psicodinâmica do trabalho de profissionais de odontologia do centro ambulatorial de um hospital universitário**. 2013. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira**. Brasília: Ler, Pensar e Agir, 2003.

FERREIRA, Mário César et al. **Dominação e resistência no trabalho: concepção e modos de expressão**. In: FERREIRA, M. C. et al. *Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde*. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011.

FERREIRA, Gímerson Erick et al. Características empreendedoras do futuro enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483649282009/>>

FERREIRA, Gímerson Erick; DALL'AGNOL, Clarice Maria; PORTO, Adrize Rutz. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300202&script=sci_abstract&tlng=es>

FERREIRA, Gímerson Erick et al. Perspectivas de enfermeiros da rede hospitalar privada acerca da gestão de pessoas: análise da psicodinâmica do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=pt&tlng=pt>

FLEURY, Alessandra Ramos Demito et al. **O trabalho e a docência em uma instituição de ensino superior pública: o caso dos professores de odontologia da Universidade Federal de Goiás**. 2013. 297 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**/trad. de Flávio Paulo Meurer. Nova rev. da trad. por Enio Paulo Giachini e Marcia Sá Cavalcante-Schuback. Vozes, 2003.

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ideias e Letras, p. 7-142, 2007.

GHIZONI, Liliam Deisy; MENDES, Ana Magnólia. Dispositivos para uma escuta clínica do sofrimento no trabalho dos catadores de materiais recicláveis. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p. 15-26, 2014.

GHIZONI, Liliam Deisy; MENDES, Ana Magnólia; CORGOZINHO, Juliana Pinto. Uma proposta brasileira para a Clínica Psicodinâmica do Trabalho. **Saúde mental e trabalho na Amazônia: múltiplas leituras sobre prazer e sofrimento no trabalho**, v. 1, p. 25-39, 2013.

GIONGO, Carmem R.; MONTEIRO, Janine K.; SOBROSA, Gênesis Marimar R. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 803–814, 2015.

GLANZNER, Cecília Helena. **O descompasso entre o trabalho real e o prescrito: prazer e sofrimento dos profissionais das equipes de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição**. 2014. 217f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

GOMEZ, Carlos Minayo; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.

GONÇALVES, Hérica Cristina Batista; DE QUEIROZ, Marcello Roriz; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 17–23, 2017.

HAUSMANN, Monica; PEDUZZI, Marina. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 258–265, 2009.

HANSSON, Maja; CHOTAI, Jayanti; BODLUND, Owe. Patients' beliefs about the cause of their depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 124, n. 1–2, p. 54–59, 2010.

HJARSBECH, Pernille U. et al. Do psychosocial working conditions modify the effect of depressive symptoms on long-term sickness absence? **American Journal of Industrial Medicine**, v. 56, n. 11, p. 1329–1340, 2013.

KAISER, Dagmar Elaine et al. Análise contextual da atenção à saúde do trabalhador em consultas de enfermagem. **Nursing (São Paulo)**, p. 1870-1877, 2017.

KARSTEN, Julie et al. Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. **British Journal of Psychiatry**, v. 198, n. 3, p. 206–212, 2011.

LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. **Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

LANCMAN, Selma; UCHIDA, Seiji. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 6, p. 79-90, 2003.

LIMA, Suzana Canez da Cruz. **Coletivo de trabalho e reconhecimento: uma análise psicodinâmica dos cuidadores sociais**. 2011. Tese de doutoramento. Universidade de Brasília. Brasília, 2011.

LIMA, Jéssica Hilário de. **O profissional coordenador e os processos de trabalho na estratégia de saúde da família**. 2017. 90f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, RS, 2017.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PORTO, Marcelo Firpo. **Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil**. 2002.

MACÊDO, Katia Bottega et al. **A constituição do espaço de discussão coletivo e suas vicissitudes:** quatro estudos e uma reflexão. In: MERLO, A. R.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. O sujeito no trabalho: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013.

MAISSIAT, Greisse da Silveira et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 42-49, 2015.

MAAITAH, Rowaida Al; ABUALRUB, Raeda Fawzi. Exploration of priority actions for strengthening the role of nurses in achieving universal health coverage. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, 2017.

MARTINS, Leonardo Fernandes et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4739-4750, 2014.

MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MEDEIROS, Solene Nobre de. **Clínica em psicodinâmica do trabalho com a unidade de operações aéreas do DETRAN:** o prazer de voar e a arte de se manter vivo. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MELO, Rafael Cerva; MACHADO, Maria Élide. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 4, p. 61-67, 2013.

MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho:** teoria, métodos e pesquisas. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2007.

MENDES, Ana Magnólia et al. **Práticas clínicas no contexto da psicodinâmica do trabalho brasileira.** In: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho: clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

MENDES, Ana Magnólia. **Análise psicodinâmica e clínica do trabalho.** In: Pedro F. Bendassolli; Jairo Eduardo Borges-Andrade. (Org.). Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações. 01ed.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, v. 1, p. 43-50.

MENDES, Ana Magnólia; GHIZONI, Liliam Deisy . Nomear, Significar, Elaborar: Práticas de Escuta Clínica do Trabalho e do Sofrimento. **Trabalho (En)Cena**, v. 2, p. 01-03, 2017.

MENDES, Ana Magnólia; ARAUJO, Luciane Kozicz Reis; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. **Prática clínica em psicodinâmica do trabalho:** experiências brasileiras. In: BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, Ana Magnólia; ARAUJO, Luciane Kozicz Reis. **Clínica psicodinâmica do trabalho:** o sujeito em ação. Curitiba: Juruá, 2012.

MENDES, Ana Magnólia; MULLER, Thiele da Costa. Prazer no trabalho. In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. (Orgs.). Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, 2013.

MENDES, Ana Magnólia; ARAUJO, Luciane Kozicz Reis. **A perspectiva da psicodinâmica do trabalho sobre a prática da clínica do trabalho em instituições brasileiras.** In: José Carlos Zanelli; Narbal Silva; Suzana da Rosa Tolfo. (Org.). Processos psicossociais nas organizações e no trabalho. 1ed. Itatiba - SP: Casapsi Livraria e Editora Ltda, 2011, v. 1, p. 09-435.

MENDES, Ana Magnólia; VIEIRA, Fernando de Oliveira. Diálogos entre a psicodinâmica e clínica do trabalho e os estudos sobre coletivos de trabalho e práticas organizacionais. **Farol? Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, v. 1, p. 103-143, 2014.

MENDES, Ana Magnólia; AGUIAR, V. B. **Por uma gestão mobilizadora de qualidade de vida no trabalho:** a proposta da clínica da psicodinâmica do trabalho. In: FERREIRA, M. C. et al. Qualidade de vida no trabalho: questões fundamentais e perspectivas de análise e intervenção. Brasília: Paralelo 15, 2013.

MENDES, Ana Magnólia; ARAÚJO, Luciane Kozicz Reis; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade.** São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, Ana Magnólia; MORRONE, Carla Faria. . **Sufrimiento Psíquico en el trabajo.** In: TOMAS, Esteban Agulló. (Org.). Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad. Oviedo: Ediuno, 2011, v. , p. -.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; BOTTEGA, C. G.; MAGNUS, C. N. **Espaço público de discussão.** In: VIEIRA, Fernando de Oliveira; MENDES, Ana Magnólia; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. (Orgs.). Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, 2013.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do trabalho**, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2014.

MORAES, Rosângela Dutra; VASCONCELOS, Ana Cláudia Leal. **Trabalho e emancipação:** a potência da escuta clínica, p. 61-69, 2015.

OBSERVA POA. **Observatório da cidade de Porto Alegre.** População Idosa de Porto Alegre Informação Demográfica e Socioeconômica. 2017

OLIVEIRA, Juliana Nunes de; MENDES, Ana Magnólia. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 389-399, 2014.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 701-708, 2009.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, 2011.

RODRIGUES, Eder Pereira et al. Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.

SCHRADER, Greice et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, 2012.

SILVA, Maria Cecília dos Santos Queiroz da; MENDES, Ana Magnólia et al. A Prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 195-2-7, 2012.

SILVA, Cláudia Osorio da; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, 2014.

SIMÕES, Arlete Lima. **Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus**. 2014. 105f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

TRINDADE, Leticia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

UCHÔA, Severina Alice et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show?. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016.

VASCONCELOS, Ana Cláudia Leal. **Inteligência prática**. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes. **A escuta clínica em processo dialógico: a “voz” do outro, saúde e trabalho**. In: MORAES, R. D.; VASCONCELOS, A. C. L. **Trabalho e emancipação: a potência da escuta clínica**. Curitiba: Juruá, 2015.

WHITEFORD, Harvey et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575-1586, 2013.

YASUI, Silvio; PENA, Ricardo Sparapan. Repetição e invenção: o cotidiano do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições. **Ayyu: Revista de Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 66-78, 2015.

APÊNDICE A - Carta de solicitação para autorização da pesquisa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF

À Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal

CARTA PARA AUTORIZAÇÃO

Porto Alegre, junho de 2016

Assunto: Solicitação de autorização para desenvolvimento de PESQUISA DE DOUTORADO “**Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde**”.

Prezados,

Considerando que o estudo científico demanda que o pesquisador apreenda informações conforme método empírico com vistas ao desenvolvimento da pesquisa de doutorado deste, sendo necessário ter acesso à Instituição para visitas no local durante o horário de funcionamento, com o intuito de reunir informações sobre o processo de trabalho dos coordenadores de equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) desta Gerência Distrital, e proceder a uma abordagem da organização do trabalho destes, solicito a vossa autorização para a coleta de dados.

Este trabalho pretende analisar a psicodinâmica do trabalho destes coordenadores de equipe da APS de Porto Alegre, por meio da clínica do trabalho. Neste sentido, serão analisadas as vivências de prazer e sofrimento destes profissionais, advindas de seus respectivos trabalhos como gerentes de serviço, e o modo como o trabalho se organiza na APS.

Como contribuição pretende-se propor estratégias que fomentem o pensamento crítico, político e reflexivo no ambiente laboral e que possibilitem o desenvolvimento de intervenções na atenção à saúde do trabalhador.

Trata-se de uma pesquisa-ação fundamentada na Clínica Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, a qual prevê a realização de observações, entrevistas e encontros coletivos com o grupo de coordenadores, bem como a participação nas reuniões de coordenadores da Gerência Distrital. Destaca-se que a pesquisa propicia o espaço da fala e de escuta, e que tem como resultado a (re)definição de estratégias de mediação da relação prazer e sofrimento no trabalho, elaboradas no coletivo e deliberadas quanto à operacionalização destas.

Grato,

Gímerson Erick Ferreira
Pesquisador-Doutorando PPGENF-UFRGS
Contatos: gimeferreira@gmail.com

APÊNDICE B – Diário de campo (pré-pesquisa)

DIÁRIO DE CAMPO N° _____			
Projeto de Pesquisa: Clínica Psicodinâmica do Trabalho no . Saúde Contexto Gerencial da Atenção Primária			
Pesquisador: Gímerson Erick Ferreira Orientadora: Liana Lautert			
DATA	AÇÃO DESENVOLVIDA	OBJETIVO	RESULTADOS

APÊNDICE C – Carta-Convite (Participação nas Entrevistas Formais)

Prezado Coordenador (a),

Eu, Gímerson Erick Ferreira, doutorando do Curso de Doutorado do Programa de PósGraduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENFUFGRS), vinculado ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), orientado pela Profa. Dra. Liana Lautert, convido-o (a) a participar da pesquisa **Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde**, como participante.

O referido projeto está cadastrado na Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem (EENF) da UFRGS, e foi devidamente aprovado pela Plataforma Brasil sob o protocolo CAAE: XXXXXXXX. O projeto recebe financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em forma de concessão de bolsa de doutorado. Tem como objetivo geral analisar a psicodinâmica do trabalho de coordenadores de equipe da atenção básica de Porto Alegre, por meio da análise clínica do trabalho, a qual consiste, fundamentalmente, em compreender, por meio de um processo de fala e de escuta, suas vivências de prazer e de sofrimento relacionadas ao seu trabalho, bem como as estratégias de defesa utilizadas por você para enfrentar as dificuldades que surgem do cotidiano de suas atividades.

Para esta fase da pesquisa, a qual você está sendo convidado(a), serão realizadas entrevistas individuais, com os coordenadores de equipe, as quais subsidiem uma análise do seu contexto de trabalho, e, posteriormente, possibilitem modos de intervir nesta realidade. As entrevistas serão gravadas e transcritas, constituindo parte do material de análise da pesquisa.

Contudo, ressalta-se que todas as informações cedidas serão validadas por você, após a transcrição, e analisadas unicamente para fins de pesquisa e intervenção junto aos coordenadores, sendo posteriormente publicados em periódicos científicos, preservando seu anonimato. Destaca-se ainda que a presente pesquisa não possui qualquer tipo de vinculação empregatícia ou hierárquica com o seu trabalho, sendo totalmente isenta de influências que possam interferir nas suas relações socioprofissionais.

Considera-se como benefício à sua participação, a oportunidade de falar, ser escutado, pensar e refletir acerca do seu cotidiano laboral e como as atuais demandas à coordenação dos serviços de saúde da atenção básica, interferem nas suas atividades e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida e saúde.

Assim, caso você tenha interesse e disponibilidade em participar desta pesquisa, basta responder a este e-mail, enviando seu telefone, que entrarei em contato. A entrevista será agendada conforme sua disponibilidade, em dia e horário a combinar.

Desde já, agradeço a atenção, e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Gímerson Erick Ferreira

Doutorando em Enfermagem (PPGENF-UFRGS)

Contatos: (51) 8297-4410 ou e-mail: gimeferreira@gmail.com

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevistas

Projeto: Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Gímerson Erick Ferreira

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

Instituição de Origem: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-UFRGS)

Caracterização do participante:

1. **Sexo:** () masculino () feminino
2. **Idade:** ____ anos
3. **Estado civil:** () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () outro
4. **Número de filhos:** _____
5. **Maior titulação obtida:** () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
6. **Cargo atual:** _____
7. **Lotação:** _____
8. **Tipo de contrato de trabalho:** _____
9. **Tempo de serviço na instituição:** _____ anos
10. **Tempo de serviço no cargo:** _____ anos
11. **Tempo de serviço em cargo gerencial:** _____ anos
12. **Tempo de serviço na função de coordenação:** _____ anos
13. **Possui alguma outra atividade?** _____. **Se sim, qual?** _____
14. **Afastamento do trabalho por questões de saúde relacionado ao trabalho no último ano:**
() nenhum () entre 1 e 3 afastamentos () mais de três

Roteiro norteador das entrevistas*

Questões disparadoras: Fale-me sobre o seu trabalho. Fale-me sobre os sentimentos em relação ao seu trabalho. Como o seu trabalho tem afetado a sua vida social e sua saúde?

EIXOS	TEMAS
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotina de trabalho ▪ Normas e controles ▪ Conteúdo das Tarefas ▪ Condições de trabalho ▪ Relações socioprofissionais ▪ Processo de comunicação ▪ Estilos de Gestão ▪ Soluções para superar as dificuldades
MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maneiras de desenvolver o trabalho para dar conta das atividades ▪ Cooperação entre os colegas para enfrentamento dos obstáculos ▪ Discussão (formal/informal) sobre os problemas enfrentados ▪ Liberdade e autonomia na execução das tarefas ▪ Reconhecimento no trabalho

SOFRIMENTO, DEFESAS, PATOLOGIAS	<ul style="list-style-type: none">▪ Significado do trabalho▪ Importância atribuída ao trabalho▪ O que mais gosta no trabalho▪ Fatores geradores de vivências de prazer e sofrimento▪ Dificuldades para suportar o trabalho▪ Sintomas de adoecimento relacionados ao trabalho▪ Implicações do trabalho na vida social
--	--

*Elaborado por eixos e temas, adaptados da Análise Clínica do Trabalho, de Mendes e Araújo (2012).

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevistas)

Prezado(a) Participante,

Convidamos você a participar de uma entrevista relativa à pesquisa “**Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde**”, que tem por objetivo analisar a psicodinâmica do trabalho de coordenadores de equipe da atenção básica de Porto Alegre, por meio da clínica do trabalho. O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de conhecer a dinâmica prazer/sofrimento no trabalho gerencial das equipes de saúde, e, a partir disto, propor estratégias que favoreçam um olhar crítico e reflexivo para questões relacionadas ao ambiente laboral, e que, posteriormente, possibilitem o desenvolvimento de intervenções de enfermagem na atenção à saúde do trabalhador.

O estudo será realizado pelo pesquisador doutorando Gímerson Erick Ferreira, sob supervisão e orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Liana Lautert.

As entrevistas serão realizadas em lugar seguro, propício ao desenvolvimento desta, mediante gravações em áudio, as quais serão inutilizadas após a conclusão da pesquisa. Somente as transcrições das gravações serão guardadas pelo pesquisador por um período de cinco anos, a partir da publicação dos resultados, e, após, destruídos conforme preconiza a Resolução 466/12. Assegura-se o caráter confidencial das informações que surgirem destas entrevistas, bem como a preservação do seu anonimato na divulgação dos dados de pesquisa.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não sendo previsto nenhum tipo de remuneração a você, assim como não está previsto nenhum custo com relação aos procedimentos envolvidos. Além disso, a pesquisa tem precedência acadêmica e destina-se à elaboração da tese de Doutorado do pesquisador, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-UFRGS), sendo isenta de vinculações hierárquicas ou administrativas, ou mesmo de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, portanto, não lhe trará nenhum prejuízo. Assim, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e em atendimento aos objetivos deste estudo.

Quanto aos riscos, considera-se a possibilidade de eventual desconforto em responder aos questionamentos durante a entrevista, sendo-lhe conferida a liberdade de interrompê-la quando achar necessário, ou mesmo de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Também dispomos de parceria com o Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional (CAPSOP) do Instituto de Psicologia da UFRGS, caso seja necessária atenção psicológica.

É garantido ainda o recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca desta pesquisa, e, em caso de dúvida ou novos questionamentos, poderei entrar em contato com o PPGENF pelo telefone (51) 3308-5081, ou com o pesquisador mediante e-mail gimeferreira@gmail.com, ou com a orientadora da pesquisa Profa. Dra. Liana Lautert pelo e-mail lila@enf.ufrgs.br. Informações acerca desta também podem ser esclarecidas/solicitadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738.

Ciente disto, declaro que recebi as informações pertinentes acerca dos objetivos e da importância desta pesquisa de forma clara, e concordo em participar da mesma. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

De acordo, Porto Alegre, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado(a)

Nome:

Assinatura do pesquisador

Gímerson Erick Ferreira

Assinatura da Orientadora – Profa. Dra. Liana Lautert

APÊNDICE F – Carta-Convite (Sessões Coletivas)

Prezado Coordenador (a),

Eu, Gímerson Erick Ferreira, doutorando do Curso de Doutorado do Programa de PósGraduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENFUFGRS), vinculado ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), orientado pela Profa. Dra. Liana Lautert, convido-o (a) a participar da pesquisa **Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde**, como participante.

O referido projeto está cadastrado na Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem (EENF) da UFRGS, e foi devidamente aprovado pela Plataforma Brasil sob o protocolo CAAE: XXXXXXXX. O projeto recebe financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em forma de concessão de bolsa de doutorado. Tem como objetivo geral analisar a psicodinâmica do trabalho de coordenadores de equipe da atenção básica de Porto Alegre, por meio da análise clínica do trabalho, a qual consiste, fundamente, em compreender, por meio de um processo de fala e de escuta, suas vivências de prazer e de sofrimento relacionadas ao seu trabalho, bem como as estratégias de defesa utilizadas por você para enfrentar as adversidades que surgem do cotidiano de suas atividades.

Para esta fase da pesquisa, a qual você está sendo convidado(a), serão realizadas sessões de discussão com um grupo de 6 a 12 coordenadores de equipe, com periodicidade quinzenal, durante as reuniões de coordenação de equipe da atenção básica da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GDGCC). Os encontros serão gravados em áudio e as discussões posteriormente transcritas, constituindo parte do material de análise da pesquisa.

Contudo, ressalta-se que todas as informações cedidas serão validadas pelo coletivo de trabalho, após a transcrição, e analisadas unicamente para fins de pesquisa e intervenção junto aos coordenadores, sendo posteriormente publicados em periódicos científicos, preservando seu anonimato. Destaca-se ainda que a presente pesquisa não possui qualquer tipo de vinculação empregatícia ou hierárquica com o seu trabalho, sendo totalmente isenta de influências que possam interferir nas suas relações socioprofissionais.

Considera-se como benefício à sua participação, a oportunidade de falar, ser escutado, pensar e refletir, coletivamente, acerca do seu cotidiano laboral e como as atuais demandas à coordenação dos serviços de saúde da atenção básica, interferem nas suas atividades e, consequentemente, na sua qualidade de vida e saúde.

Assim, caso você tenha interesse e disponibilidade em participar desta pesquisa, basta sinalizar o seu desejo de participação, ou entrar em contato por um dos contatos que estão disponibilizados ao final desta Carta-Convite

Desde já, agradeço a atenção, e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Gímerson Erick Ferreira

Doutorando em Enfermagem (PPGENF-UFRGS)

Contatos: (51) 8297-4410 ou e-mail: gimeferreira@gmail.com

APÊNDICE G – Roteiro Norteador de Discussão

Projeto de Pesquisa: Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Gímerson Erick Ferreira

Orientadora: Profa. Dra. Liana Lautert

Instituição de Origem: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-UFRGS)

Roteiro norteador do primeiro encontro de discussão coletiva*

PRIMEIRO ENCONTRO	
Validação da análise dos dados da pré-pesquisa	
EIXOS	TEMAS
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotina de trabalho ▪ Normas e controles ▪ Conteúdo das Tarefas ▪ Condições de trabalho ▪ Relações socioprofissionais ▪ Processo de comunicação ▪ Estilos de Gestão ▪ Soluções para superar as dificuldades
MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maneiras de desenvolver o trabalho para dar conta das atividades ▪ Cooperação entre os colegas para enfrentamento dos obstáculos ▪ Discussão (formal/informal) sobre os problemas enfrentados ▪ Liberdade e autonomia na execução das tarefas ▪ Reconhecimento no trabalho
SOFRIMENTO, DEFESAS, PATOLOGIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Significado do trabalho ▪ Importância atribuída ao trabalho ▪ O que mais gosta no trabalho ▪ Fatores geradores de vivências de prazer e sofrimento ▪ Dificuldades para suportar o trabalho ▪ Sintomas de adoecimento relacionados ao trabalho ▪ Implicações do trabalho na vida social

*Elaborado por eixos e temas, adaptados da Análise Clínica do Trabalho, de Mendes e Araújo (2012).

APÊNDICE H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Sessões Coletivas)

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “**Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Gerencial da Atenção Primária à Saúde**”, que tem como objetivo analisar a psicodinâmica do trabalho de coordenadores de equipe da atenção básica de Porto Alegre, por meio da clínica do trabalho. O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela importância de favorecer um espaço a estes trabalhadores em que possam, mediante processo de fala e escuta, elaborar suas vivências subjetivas no exercício da coordenação de equipes da atenção básica e refletir sobre o seu trabalho e sobre o seu processo de adoecimento, potencializando a sua capacidade de pensar e de agir sobre a sua realidade laboral.

O estudo será realizado pelo pesquisador doutorando Gímerson Erick Ferreira, sob supervisão e orientação da pesquisadora responsável Profa. Dra. Liana Lautert.

Os encontros grupais ocorrerão durante o seu turno de trabalho, dentro do próprio ambiente laboral, sendo as discussões gravadas em áudio, as quais serão inutilizadas após a conclusão da pesquisa. Somente as transcrições das gravações serão guardadas pelo pesquisador por um período de cinco anos, a partir da publicação dos resultados, e, após, destruídos conforme preconiza a Resolução 466/12. Assegura-se o caráter confidencial das informações oriundas dos encontros grupais, bem como a preservação do anonimato dos participantes na divulgação dos dados de pesquisa.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, não sendo previsto nenhum tipo de remuneração, assim como não está previsto nenhum custo com relação aos procedimentos envolvidos. Além disso, cabe destacar que a pesquisa tem precedência acadêmica e destina-se à elaboração da tese de Doutorado do pesquisador, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-UFRGS), sendo isenta de vinculações hierárquicas ou administrativas, ou mesmo de influências que possam interferir no seu vínculo empregatício, portanto, não lhe trará nenhum prejuízo. Assim, todas as informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos e em atendimento aos objetivos deste estudo.

Quanto aos riscos, considera-se a possibilidade de eventual desconforto em decorrência de possíveis embates de ideias durante as discussões no coletivo, sendo-lhe conferida a liberdade de ausentar-se dos encontros quando achar necessário, ou mesmo de retirar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Também dispomos de parceria com o Centro de Avaliação Psicológica, Seleção e Orientação Profissional (CAPSOP) do Instituto de Psicologia da UFRGS, caso seja necessária atenção psicológica.

É garantido ainda o recebimento de resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca desta pesquisa, e, em caso de dúvida ou novos questionamentos, você poderá entrar em contato com o PPGENF pelo telefone (51) 3308-5081, com o pesquisador mediante e-mail gimeferreira@gmail.com, ou com a orientadora da pesquisa Profa. Dra. Liana Lautert pelo e-mail lila@enf.ufrgs.br. Informações acerca da pesquisa também podem ser solicitadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, pelo telefone (51) 3308-3738.

Ciente das informações contidas neste termo, declaro que tenho conhecimento acerca dos objetivos e da importância desta pesquisa de forma clara, e concordo em participar da mesma. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

De acordo, Porto Alegre, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do entrevistado(a)
Nome:

Assinatura do pesquisador
Gímerson Erick Ferreira

Assinatura da Orientadora – Profa. Dra. Liana Lautert

**ANEXO 1 –
CARTA-RESPOSTA EM ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES DA COORDENAÇÃO
GERAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

Porto Alegre, 03 de fevereiro de 2017

Prezados avaliadores do Projeto de Tese **Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto da Atenção Primária à Saúde**.

Agradeço às contribuições que, muito pertinentes, qualificaram a edificação do projeto. Todas as sugestões foram incorporadas ou reescritas na última versão do projeto, e, certamente, favorecerão o desenvolvimento do mesmo.

Em resposta às indagações feitas, quanto às técnicas de coleta de dados, prevê-se a realização de aproximadamente 12 entrevistas, conforme adesão, disponibilidade e anuência dos coordenadores, que expressarão por escrito seu consentimento, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para realização deste procedimento de pesquisa (conforme consta no Apêndice-E do Projeto). Será adotado para o encerramento das entrevistas o critério de saturação das informações. As entrevistas serão individuais, e ocorrerão no horário e local que o entrevistado julgar conveniente, cabendo ao pesquisador deslocar-se e arcar com quaisquer custos que se façam necessários. Estima-se que a duração das entrevistas oscile em torno de 30min, não sendo possível prever a duração exata destas. Assim, o quantitativo inicial estimado deu-se em resposta às solicitações oriundas da tramitação ética na Plataforma Brasil. Estas e outras informações constam nas páginas 35 e 36 do Projeto, bem como no TCLE disponível no Apêndice E, página 57.

De igual modo, foi revisto o número de encontros coletivos que serão realizados. Na verdade, a alusão à realização de 10 a 15 sessões semanais de 1h30min a 2h é uma recomendação da literatura, presente em Mendes e colaboradores (2014), para o modo ideal como deve ser conduzida a Clínica Psicodinâmica do Trabalho. Esta informação consta ao final da página 36 e início da página 37. Contudo, na sequência, ainda na página 37, encontra-se descrito que, especificamente para este estudo, é prevista a realização de seis sessões, quinzenais, com duração máxima de uma hora e meia, constituído por um número entre seis a doze participantes, conforme a adesão destes. Este tem sido o número médio adotado em pesquisas brasileiras, em função dos ritmos e cadências do contexto de trabalho, o que não invalida a pesquisa.

O projeto já foi apresentado em pauta de uma das reuniões da GDGCC, no segundo semestre de 2016, sendo de conhecimento dos coordenadores e da gerência. Após reunião recente com a Coordenação da Atenção Básica, foi sugerido que as sessões coletivas fossem realizadas após as reuniões de coordenadores da GDGCC, em estilo “reunião-almoço”, seguindo as datas agendadas para as reuniões da gerência, assim não interferem na jornada de trabalho destes, sobrecarregando-os ou sobrepondo às suas atividades. Tais aspectos foram acrescidos e deixados mais claros na redação do Projeto, nas páginas 37 e 38.

Em se tratando das observações das unidades, estas ocorrerão no momento em que o pesquisador interage com o contexto em análise, dando-se mediante olhar clínico. Assim, não há um roteiro previsto para observação, pois o que será observado ao longo da coleta de dados é muito relativo, e depende do tempo e espaço em que se situam os trabalhadores. Assim, não interferirá na dinâmica de trabalho das unidades, pois se darão somente por ocasião da realização das entrevistas. Logo, as observações podem acontecer durante a realização ou espera de uma entrevista, durante as reuniões e intervalos na GDGCC, etc., não sendo possível mensurar o tempo que se despenderá com esta técnica, caso aconteça. Tais descrições foram reformuladas e constam nas páginas 36 e 38 do projeto.

Com relação aos impactos promovidos pela Clínica Psicodinâmica do Trabalho, de fato, eles acontecem. Contudo, o objeto desta clínica não está em simplesmente desvelar aquilo que promove vivências de sofrimento ao sujeito, mas sim, a partir deste desvelar, em encontrar estratégias coletivas que favoreçam a saúde no trabalho, ou seja, modos de operar que permitam aos trabalhadores maior engajamento no trabalho, de maneira saudável. Isso porque a Clínica Psicodinâmica do Trabalho possibilita a resignificação das vivências de sofrimento, mediante processo de fala e escuta, e, assim, possibilita dar novos sentidos e refletir em nível de consciência diferente. Nesse sentido, é promotor de mudanças, pela sensação de estar sendo escutado por outra pessoa, que se posiciona de maneira aberta para realizar essa escuta, para interagir e discutir o que é vivido pelo sujeito diante das situações de trabalho.

Para fazer a clínica, o pesquisador precisou desenvolver saberes específicos sobre o trabalho e o sofrimento humano. Em sua trajetória acadêmica no Mestrado e Doutorado, desde 2012, onde atuou com pesquisas vinculadas ao Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem (NEGE) e ao Grupo Interdisciplinar em Saúde Ocupacional (GISO), vem investindo em estudos que dêem embasamento para o desenvolvimento da Clínica Psicodinâmica do Trabalho, cursando disciplinas específicas no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a exemplo de Saúde do Trabalhador na Perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho; e Grupo Operativo: Dinâmicas e Fundamentos Teóricos; bem como em outros PPGs, como no PPGA (Administração), onde cursou as disciplinas Relações de Trabalho; e Comportamento Organizacional: Trabalho, Gestão e Subjetividade; e no PPGPSI (Psicologia Social e Institucional), as disciplinas Trabalho, Subjetivação e Clínica; e Psicodinâmica do Trabalho. Paralelo a estas disciplinas, cursou duas edições do Curso de Extensão Novos Modelos de Gestão do Trabalho, Saúde Mental e Patologias, promovido pelo Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho (LPdT) da UFRGS, e o Curso de Coordenação de Grupos pelo Instituto Pichon-Rivière.

Além disso, atualmente é vinculado profissionalmente ao Curso de Enfermagem Bacharelado das Faculdades Integradas de Taquara (Faccat), onde exerce a função de Coordenador de Estágios e Práticas de Enfermagem, atua como Supervisor Docente no Estágio Curricular na Atenção Básica, e Docente de Enfermagem nas disciplinas Saúde do Trabalhador, Administração e Gerenciamento em Enfermagem, Gestão em Serviços de Saúde, Práticas de Cuidado na Atenção Básica, e Práticas de Gerenciamento do Cuidado na Atenção Básica. Especificamente, no desenvolvimento da disciplina Saúde do Trabalhador, desenvolveu e supervisionou cerca de 70 consultas de Enfermagem com trabalhadores de diferentes contextos, no Centro de Serviços em Psicologia (CESEP) da Faccat, sendo estas desenvolvidas norteadas pela escuta clínica, proposta pelo referencial de Christophe Dejours, na teoria Psicodinâmica do Trabalho. No mesmo local, ministrou recentemente a primeira edição do Curso de Extensão: Habilidades de Comunicação em Abordagens Clínicas, de 40 horas, também norteadas pelo mesmo referencial teórico.

Além disso, desenvolve na mesma instituição, pesquisas científicas e orientações de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) relacionados à saúde do trabalhador, a exemplo dos projetos: Psicodinâmica do Trabalho em extração de minérios; “Vidas alheias e riquezas a salvar”: prazer e sofrimento no trabalho de bombeiros militares; A urgência da escuta no trabalho de emergência: prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem; e Clínica Psicodinâmica do Trabalho no Contexto Sacerdotal.

Toda essa trajetória, ao longo de cinco anos, mostrou-se essencial para fazer a clínica, pois, para além de se apropriar da teoria, é preciso ter uma prática que embase o desenvolvimento desta. O pesquisador precisa desenvolver saberes sobre o trabalho e o sofrimento humano, e, assim, antes de mais nada, deve ser um aprendiz de si mesmo e dos seus afetos. Por esta razão, semanalmente, o pesquisador tem acompanhamento psicoterapêutico, desde 2014, por entender que seja necessário ao clínico do trabalho o contato com o sofrimento do outro, mas, primeiramente, com o seu próprio sofrimento, pois a prática da escuta é indissociável da subjetividade do clínico.

Mesmo com todo esse investimento, o clínico não pode atuar sozinho. Estas e outras prerrogativas estão descritas nas regras do coletivo de supervisão, páginas 38 a 40 do projeto, em que se prevê, dentre outros aspectos, a participação de um psicólogo e de dois pesquisadores do GISO nos encontros coletivos, bem como a supervisão direta da pesquisadora responsável, orientadora do projeto.

Por fim, em se tratando da avaliação da intervenção e devolutiva dos achados, também já foi pensada por ocasião da construção do projeto. Essa é premissa fundamental em pesquisas com a Clínica Psicodinâmica do Trabalho, e consta nas páginas 40 e 41 do projeto.

A avaliação tem o intuito de permitir que estes coordenadores, a partir da história vivenciada ao longo desses encontros, adicionem contrapontos e novas observações, produzindo mudanças constantes que revitalizem novos modos de agir e de se reconstruir, bem como mudanças qualitativas na produção das falas, nos seus hábitos de vida, e, principalmente, na sua capacidade de pensamento. Tem-se a expectativa de que ao final, situações de trabalho que incomodavam estes coordenadores e que pareciam culpar o outro, sejam ressignificadas e elaboradas como uma forma de encontrar saúde mental no trabalho. Já a devolutiva, será realizada após a defesa da Tese, prevista para o final do mês de agosto de 2017, onde será solicitado um espaço na pauta de uma das reuniões da GDGCC do mês de setembro, e tem o objetivo de apresentar aos coordenadores uma fotografia do momento, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. O convite à defesa de Tese também será apresentado previamente em reunião da GDGCC, mediante solicitação. Esse compromisso também é firmado pelo pesquisador, que acompanha reuniões de coordenadores na GDGCC desde 2013, e pretende manter o vínculo.

Também, acatando às solicitações da GDGCC, o cronograma de execução foi alterado no projeto, de maneira a explicitar melhor, o desenvolvimento das etapas de coleta de dados descritas no projeto.

Sem mais para o momento, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Gímerson Erick Ferreira