

RESSIGNIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO: CLÍNICA DO TRABALHO EM UM HOSPITAL ESCOLA

REFRAMING SUFFERING: CLINICAL WORK AT A TEACHING HOSPITAL

Laene Pedro Gama¹

Ana Magnólia Bezerra Mendes²

Jane Pereira Araújo³

Murylo Galy Argôlo Galvão⁴

Fernando de Oliveira Vieira⁵

¹ Pesquisadora do Laboratório de Psicologia e Clínica do Trabalho do Depto de Psicologia Social, Trabalho e Organização da Universidade de Brasília. Psicóloga do Trabalho da Universidade de Brasília, especialista em gestão de pessoas e hospitalar. Atua com promoção e prevenção da saúde do servidor.

² Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e do Trabalho e das Organizações do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Estágio Sênior no Freudian-Lacanian Institute Après-Coup Psychoanalytic Association em parceria com a School of Visual Arts, New York (EUA). Estágio pós-doutorado no Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Paris, doutorado em Psicologia pela UnB e sanduíche na Universidade de Bath, Inglaterra, mestrado e graduação em Psicologia. Coordenadora junto com a Profa Daniela Chatelard do Núcleo de Estudos em Psicanálise, Trabalho e Política. Trabalha com as temáticas: sofrimento, psicopatologias do trabalho, dispositivos da escuta clínica e práticas em clínica do trabalho. Pesquisadora do CNPq desde 1996. Membro do GT Psicodinâmica e Clínica do Trabalho na ANPEPP.

³ Mestrado em Ciências da Saúde/Saúde Coletiva, área Saúde do Trabalhador pela Universidade de Brasília — UnB. Especialista em Gestão de Pessoas pela UnB e Psicóloga graduada pelo Centro de Ensino Unificado de Brasília. Coordenadora de Qualidade de Vida do Trabalhador da UnB.

⁴ Psicólogo pela Universidade de Brasília (UnB). Pesquisador do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho — LPCT/UnB.

⁵ Doutorado em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba (2003); Intercâmbios na Universidade de Valencia, Universidade do Minho e Université de Sherbrooke, Québec, Canadá. Pós-doutorado no Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, entre 2013/2014. Coordena o ESCOPO — Grupo de Estudos dos Coletivos de Trabalho e das Práticas Organizacionais É pesquisador e Professor Associado do Depto de Administração da Universidade Federal Fluminense. Temas: Estudos Críticos Organizacionais, desenvolvimento e carreira de RH, avaliação de desempenho, assédio moral, prazer/sofrimento, saúde e segurança do trabalho.

Resumo: O estudo objetivou a escuta do sofrimento de uma equipe multidisciplinar de um Hospital Escola, utilizando as abordagens teóricas Psicodinâmica do Trabalho e Psicanálise. A clínica totalizou treze sessões semanais entre 2013 e 2014, e os atendimentos foram tratados por análise de conteúdo. As sessões foram conduzidas por dois psicólogos e um estagiário de psicologia, com a supervisão de um docente. O coletivo de trabalhadores ressignificou o sofrimento vivido no trabalho, alcançando a mobilização subjetiva e passou a defender um espaço de discussão, que permitiu a circularização da fala.

Palavras-chave: Clínica do Trabalho; Psicanálise; Sofrimento.

Abstract: The study aimed to listen the suffering of a multidisciplinary team at a Teaching Hospital, using the Psychodynamic of Work and Psychoanalysis theoretical approaches. The clinical was composed of thirteen weekly sessions from 2013 to 2014, and the listening was analyzed by content analysis. The sessions were conducted by two Psychologists and a Psychology Intern, supervised by a professor. Workers reframed their suffering experienced at work, reaching subjective mobilization, and they started to defend a space for discussion, which has made it possible to produce speeches.

Keywords: Work clinical; Psychoanalysis; Suffering.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo escuchar el sufrimiento de un equipo multidisciplinario de un hospital de enseñanza, utilizando enfoques teóricos de la Psicodinámica del Trabajo y del Psicoanálisis. La clínica ha totalizado trece sesiones semanales entre 2013 y 2014, y la escucha era manejada por el análisis de contenido. Las sesiones se llevaron a cabo por dos psicólogos y un interno de la Psicología bajo la supervisión de un profesor. El colectivo de trabajadores ha traído nuevos significados para el sufrimiento experimentado en el trabajo, el logro de una movilización subjetiva y pasó a defender un espacio de discusión, permitiendo la circulación de la palabra.

Palabras clave: Clínica del Trabajo; Psicoanálisis; Sufrimiento.

1 Introdução

O estudo tem por objetivo a escuta do sofrimento de uma equipe multidisciplinar de uma Unidade de Tratamento Intensivo de um Hospital Escola, sua análise e interpretação em relação à organização do trabalho.

O trabalho é desenvolvido utilizando-se a Clínica do Trabalho, um espaço público de discussão e deliberação, de escuta privilegiada, onde a aceitação das diferenças pode assegurar a possibilidade de mobilização subjetiva, de restauração de um sentido do trabalho, de investimento, permitindo um vislumbre estruturante, constitutivo de uma existência; e como consequência a ressignificação do sofrimento, o prazer, a saúde e possíveis ações sobre a organização do trabalho.

Para Dejours (2004a), a psicodinâmica do trabalho — teoria que fundamenta o trabalho — é, de antemão, uma clínica. Inaugurada como disciplina na década de 1980 pelo autor, apoia-se, fundamentalmente, na psicanálise, psicossomática psicanalítica e na ergonomia franco-belga, agregando contribuições da sociologia do trabalho, da sociologia política e da psicologia do trabalho francesa.

O foco são as ações utilizadas pelos trabalhadores para confrontarem a organização do trabalho, que é responsável pelo modo como essas estratégias são construídas e desenvolvidas à medida que oferece ou não espaços para a fala do sofrimento, para o reconhecimento e a cooperação, favorecendo a saúde e/ou o surgimento de patologias.

Desse modo, a Clínica do Trabalho implica analisar a construção da subjetividade nos contextos de trabalho, e para desvelá-la se estabelece uma relação entre a palavra do trabalhador e a escuta do pesquisador, permitindo ao sujeito que fala sobre seu trabalho uma clarificação de seu comportamento, colaborando assim para a mudança da sua percepção a respeito da situação vivida (MOLINIER, 2003).

Interessa à clínica, além do acesso ao “não dito”, negado, ocultado, e muitas vezes presente nos sintomas, conhecer a prática do trabalho, o trabalho vivo, a mobilização para o fazer, para o engajamento da inteligência, do saber fazer e do sujeito com seus desejos. Nesse sentido, conforme Mendes (2007), a Clínica do Trabalho é um modo de desvelar as mediações que ocorrem entre o sujeito e o real do trabalho. Interessa pois à clínica saber como se processa a transformação do sujeito pelo trabalho, e como o sujeito se mobiliza para se engajar no trabalho.

2 Desenvolvimento

Inicialmente constituída com referenciais teóricos da Psicopatologia, a Psicodinâmica do Trabalho sofre uma transição e passa a ter como objeto a normalidade, a saúde e não mais a doença, embora o foco continuasse sendo o sofrimento no trabalho.

Essa abordagem científica atingiu seu marco no Brasil em 1987, com o lançamento do livro "A loucura do trabalho", de Christopher Dejours, que apresentou novas formas de pensar a organização do trabalho e as consequências que o trabalho provoca na saúde psíquica do trabalhador.

Essa proposta ocupa espaço até então focado pela Psiquiatria e a Psicologia do Trabalho. Para compreensão do equilíbrio psíquico dos trabalhadores em seu ambiente laboral, a abordagem agrega campos do saber da Psicologia, da Psicanálise e da Sociologia do Trabalho, e busca intervenções voltadas para a análise da organização do trabalho, especialmente para as estratégias construídas coletivamente.

Dejours (2004b) e Ferreira e Mendes (2003) contemplam alguns conceitos centrais da Psicodinâmica do Trabalho que partem da organização do trabalho entre o prescrito e o real. Podem ser assim apresentados: *vivências de prazer no trabalho*, *estratégias de mobilização subjetiva* (espaço público de discussão, cooperação e inteligência prática), e *estratégias defensivas* (modo de pensar, sentir e agir individuais e ou coletivos, conscientes ou não), que têm a função de adaptação e proteção para evitar o adoecimento, mas não garantem a saúde.

Todos estes elementos são permeados pelo reconhecimento no trabalho, caracterizado como um caminho para a mobilização subjetiva, caminho esse traçado pela retribuição moral ou simbólica como contribuições para a organização do trabalho. Nessa trajetória, o esforço e investimento utilizados pelo trabalhador são evidenciados pelo julgamento de utilidade e beleza, permitindo assim a implicação da identidade e sentido no trabalho.

Para Merlo e Mendes (2009), até meados de 2009 a Psicodinâmica era utilizada no Brasil em duas perspectivas: como categoria teórico-metodológica e como categoria teórica. Esses autores chamam atenção para o uso teórico da Psicodinâmica, na maioria das vezes, sem utilização da metodologia para investigação. Apontam ainda para a prática de algumas clínicas que, apesar de não seguirem à risca todos os passos do método original Dejouriano, preservam o seu pressuposto, realizando algumas adaptações que fortalecem o campo da clínica no Brasil.

Esse novo caminho consolida-se a partir de uma clínica do trabalho com catadores e catadoras de materiais recicláveis, realizada em 2012, por Ghizoni (2013). Essa é a primeira prática que segue a metodologia desenvolvida no Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília, e descrita em Mendes e Araújo (2012).

O estudo de Ghizoni (2013) identifica as bases do método original de Dejours (1992) nas práticas que adaptam a metodologia original, mas as especificidades empregadas confirmam uma nova prática na condução da clínica do trabalho brasileira, que requer aprofundamento da escuta clínica em psicanálise.

Mendes e Araújo (2012) percebem a falta de linearidade metodológica e limitações nas interpretações dos dispositivos clínicos utilizados e nos seus efeitos sobre a mobilização dos coletivos de trabalho. A situação realça as diferenças encontradas na descrição do método da Psicodinâmica do Trabalho, uma vez que este sofreu alterações ao longo de sua prática.

Sob esse marco, a escuta psicanalítica inscreve-se na tese de doutorado de Ghizoni (2013), que ajuda a sistematizar alguns dispositivos clínicos para a escuta do sofrimento no trabalho para além da pesquisa.

Os dispositivos tratados nesta pesquisa são os previstos em Mendes, Moraes e Merlo (2014): *Análise da Demanda, Transferência e Interpretação*. Entretanto, Mendes (2015) propõe algumas alterações para os dispositivos clínicos, que permanecem fundamentados na Psicanálise, mas orientados particularmente pela clínica lacaniana. Nessa nova proposta em estudo, inaugura-se o dispositivo "silêncio", e a análise da demanda deixa de ser concebida como um dispositivo para ser prevista no dispositivo "interpretação", que por meio da trajetória do sintoma, revela a queixa e a demanda.

Estudos conduzidos atualmente no Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília investigam a maneira como esses dispositivos podem contribuir para uma escuta psicanalítica do sofrimento no trabalho. Escuta que perpassa o sofrimento, já que esse que não é acessado de forma direta, mas sim pelas defesas muitas vezes representadas a partir dos sintomas.

Para a compreensão de como esses sintomas e defesas se estruturam impedindo que o sofrimento seja revelado, um novo desafio é lançado ao pesquisador, que vai fazer a escuta do sofrimento na perspectiva da Clínica Psicodinâmica do Trabalho.

Para Mendes (2015), isso requer do pesquisador um enquadramento teórico para compreender qual a posição subjetiva desse sujeito, e que sintomas e defesas estão instalados frente ao real do trabalho, a fim de acessar esse sofrimento.

Por essa razão, por não ser o sofrimento claro, direto, e para algumas pessoas ainda envolver um apego ao sintoma, o que cria uma resistência em se livrar dele, é importante que se compreenda a nosologia dessas patologias, onde reside o desafio dessa nova proposta metodológica e prática formulada por Mendes, Moraes e Merlo (2014): entender porque o sintoma tem uma função na vida do sujeito, de modo que ele volta a repetir os comportamentos até mesmo em contextos laborais.

Compreender a função do sintoma convida o clínico do trabalho à escuta atenta do manifesto no sofrimento — sofrimento revelado no encontro entre o clínico e o trabalhador e manifesto pelo discurso do sujeito. Essa relação, que possibilita a construção do discurso, é possível pelo estabelecimento da transferência como previsto na dinâmica analítica e descrito em Coutinho (2000): a resistência (expressa pelo simbólico por meio da fala) vigente no vínculo transferencial (rememoração da estrutura neurótica) permite a repetição. Para a estruturação do inconsciente como linguagem — prossegue Coutinho, evocando os preceitos lacanianos —, o espaço do simbólico (sintomas, atos falhos, etc.) precisa ser estabelecido, o que somente é possível pelo reconhecimento da falta.

Ainda a respeito dos preceitos lacanianos, Pisetta (2011) discorre sobre o posicionamento subjetivo adotado pelo sujeito no “fazer pela palavra”, o que lhe remete a uma cadeia de significantes, na busca de um saber não sabido (saber do inconsciente), que estrutura-se pela fala dirigida a alguém a quem o sujeito credita o conhecimento desse saber que lhe é próprio.

Sobre a falta, Fuks (2014) expõe que o sujeito persegue sua identidade subjetiva identificando-se com objetos coletivos que jamais chegam a recobrir sua falta constitutiva e a brindar imaginariamente ou simbolicamente a completude real perdida. Não há nada no imaginário ou no simbólico que possa trazer uma solução à estranheza de si que advém da impossibilidade de completude.

A busca incessante pela completude facilita a identificação do sujeito com discursos ilusórios manipulados por instituições totalizantes e práticas abusivas que anulam a alteridade no coletivo, sendo essa alteridade o que permite o desenvolvimento da subjetividade.

Na formatação do mundo do trabalho contemporâneo, resta pouco espaço para a diferença, sendo que o discurso sobre a sua dinâmica encontra-se engessado a um padrão normatizador que pouco ou nada permite revelar sobre o sujeito, levando ao contraditório, ao manifesto do sofrimento (FUKS, 2014).

O clínico do trabalho precisa ajudar esse sujeito que o procura a enfrentar sua falta, apesar da inserção em um mundo laboral que apregoa o discurso da completude. O encontro com essa condição (da falta) permite ao sujeito falar sobre o seu desejo, remetendo-se novamente ao mundo do simbólico e distanciando-se do ato. Neste momento, abre-se a possibilidade para o clínico de trabalhar com o sujeito novas abordagens para o enfrentamento do mundo do trabalho, seja por intermédio da construção de defesas que podem proporcionar força política para o coletivo do trabalho, seja pelo investimento sublimatório, que tanto pode ocorrer em ações no local de trabalho (hipótese restrita, mas não impossível), quanto fora dele.

3 Método

Para a estruturação da Clínica do Trabalho no Centro de Tratamento Intensivo do Hospital Escola, foram cumpridos três passos previstos na metodologia descrita em Mendes e Araújo (2012).

3.1 Passo um — Pré-pesquisa — Construção e análise da demanda

O primeiro passo, denominado pré-pesquisa, é caracterizado pela construção e análise da demanda, que foi aprofundada e persistiu sendo analisada durante toda a prática clínica por entender-se que nunca será satisfeita (MENDES; MORAES; MERLO, 2014).

A demanda foi inicialmente apresentada aos clínicos do trabalho pela equipe do local, sem configuração definida e expressa como uma vontade de escuta sobre as questões do contexto laboral, ou: "... ficariam todos mais loucos". Depois, a demanda foi ampliada em reuniões com as chefias locais de enfermagem e médica. Foram utilizadas estratégias de divulgação da clínica e realizado encontro de sensibilização com a equipe sobre o funcionamento da clínica do trabalho.

3.2 Passo dois — A clínica

A clínica na Unidade de Tratamento Intensivo foi iniciada no final de agosto de 2013 e encerrada no início de dezembro de 2014, totalizando treze sessões de 1h30min de duração cada e periodicidade semanal. Todos os atendimentos foram gravados com devido consentimento dos trabalhadores, transcritos e registrados em formulários próprios, denominados Memorial e Diário de Campo.

Conduzida por dois psicólogos e um estagiário de psicologia — o corpo de clínicos do trabalho — foi realizada em local interno do Centro de Tratamento Intensivo escolhido pelos trabalhadores.

Todas as sessões foram supervisionadas por um docente do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, organizando o conjunto de forças coletivas e individuais que se apresentam nos espaços da clínica e no próprio espaço de supervisão (MENDES; MORAES; MERLO, 2014). Cada sessão de supervisão teve duração de duas horas e contou com o seguinte material de apoio: Memorial, Diário de Campo, Transcrição e gravação da clínica.

A clínica teve como características:

- a) Aberta a todos os profissionais da UTI sem obrigatoriedade de frequência contínua;
- b) Participação de enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta, auxiliar operacional, chefia médica e de enfermagem;
- c) Participação das chefias após consentimento do grupo;
- d) Composta por 15 participantes, com média de frequência de cinco participantes por sessão.

Todo o material produzido na clínica é submetido à técnica da Análise Clínica do Trabalho (ACT), com base na qualidade e no significado do discurso e cumpre três etapas, conforme descrito em Mendes e Araújo (2012).

3.3 Passo três — Validação dos resultados

O terceiro passo pode ocorrer por meio de entrevista coletiva com o grupo da pesquisa, após três meses do encerramento da clínica, conforme previsto em Mendes e Araújo (2012). No caso do presente estudo, a

avaliação ocorreu oitenta dias após o término da clínica em respeito à dinâmica da unidade estudada.

Para a validação dos resultados foi realizada entrevista coletiva, conduzida por dois clínicos do trabalho, com 1h30min de duração. Teve como ponto central as questões referentes à mobilização subjetiva conquistada pelo grupo, e contou com a participação de quatro componentes da equipe: um enfermeiro e três técnicos de enfermagem.

4 Resultados

4.1 Análise da Clínica do Trabalho (ACT)

4.1.1 Análise dos Dispositivos Clínicos (ADC)

Análise dos Dispositivos Clínicos (ADC) — Os dados para essa etapas são originados do memorial e do diário de campo. Os dispositivos aqui analisados são os previstos em Mendes, Moraes e Merlo (2014): Análise da demanda, Transferência e Interpretação.

4.1.1.1 Análise da demanda

Na primeira sessão, o grupo apontou algumas questões laborais como causas do sofrimento no trabalho:

- Dedicção exagerada ao trabalho;
- Sobrecarga;
- Dificuldades em relação à chefia;
- Alguns desentendimentos interpessoais;
- Diferença no tratamento por vínculo contratual; e
- Mudança no modelo de gestão hospitalar.

A queixa gira prioritariamente em torno de problemas da organização do trabalho.

Na sexta sessão, as queixas começam a ganhar novos contornos e questões do desejo começam a ser reveladas, como a insistência de um dos membros da equipe em afirmar que eles são uma família, ao que parte do grupo se contrapõe afirmando que estão ali como um grupo unido pelo trabalho e não por laços familiares. A palavra “família” passa a ser utilizada como metáfora de algo que pode conter tanto relações boas quanto ruins.

GAMA, P. L.; MENDES, A. M. B.; ARAÚJO, J. P.; GALVÃO, M. G. A.; VIEIRA, F. O. *Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola*. R. Laborativa, v. 5, n. 1, p. 38-63, abr./2016. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

Passam então a discutir um medo que os impede de ser um grupo coeso. Se a princípio esse sentimento era difuso, por volta da oitava sessão conseguem atribuir a ele um significado. O grupo localiza o medo que sentem à exposição pelo desconhecido, seja na UTI ou em qualquer outro lugar onde não conhecem a rotina de trabalho. Medo de ser “o novato” que não ajuda, só atrapalha e não consegue o apoio do colega; temor em desconhecerem ou não dominarem a técnica de trabalho, e a importância de ser aceito pelo grupo para colocar em prática o seu conhecimento.

Citam e ressignificam paulatinamente a figura do “escorão”, aquele que provoca sobrecarga no trabalho e que sempre se apresentou como um grande problema para a UTI, e é posteriormente percebido também em espaços externos a ela. Ela “é real”, existe em todos os lugares, e ocorre por vários motivos: pela rivalidade despertada pelo “o sabe tudo”, que é então abandonado ficando sobrecarregado — situação com a qual se identificam quando lotados em outros setores; pela desconfiança dos demais profissionais em relação à habilidade técnica do “novato”, o que acaba por isolá-lo, tratamento que dispensam àquele que chega à UTI. Outra situação que provoca a sobrecarga no trabalho é a confiança que um colega deposita no outro, deixando que ele trabalhe sozinho. Por fim, eles parecem interpretar a figura do “escorão” como sobrecarga de trabalho provocada pela má distribuição de tarefas, questão em que todos estão implicados: chefia, equipe e infraestrutura defasada.

A queixa inicial se deslocou dos problemas estruturais (não os abandonando e sim os contextualizando) para a implicação das pessoas, em um contexto limitador que frustra e aciona os limites dos sujeitos.

4.1.1.2 Transferência

A transferência ocorre quando os participantes, clínicos e componentes da equipe, admitem o que se passa entre eles e permitem acolher as falas e gestos como algo suportável, instaurando o afeto pela fala (MENDES; MORAES; MERLO, 2014). Essa dinâmica instaura-se em manejos técnicos adotados pelos clínicos nas sessões, mas, sobretudo, pela fala que circulariza o afeto.

A quarta sessão parece ter sido o momento em que se iniciou a circularização do afeto, com alguns acontecimentos parecendo decisivos para tal. Dois desses momentos decisivos foram previamente discutidos em supervisão e manejados pelos clínicos, imprimindo uma nova dinâmica para a clínica.

O primeiro foi logo no início da sessão, com os clínicos assentando-se em lugares diferentes dos habituais. O manejo clínico a princípio gerou certa confusão no coletivo de trabalhadores obrigando-os a se reorganizarem também em lugares diferentes. Nesse momento, parece que os assentos físicos que pareciam corporificar papéis simbólicos de cada um dos participantes foram abandonados e os participantes obrigados a falar, experimentar e se perceberem em locais diferentes.

O segundo elemento foi a estratégia de construir um memorial mais enxuto abordando os assuntos por tópicos, utilizando metáforas do grupo e preservando a linguagem coloquial dos participantes. Feito isso, a leitura ficou mais interessante e o grupo mais atento ao seu registro, como se fosse restituído ao coletivo sua fala em conexão com o assunto tratado.

Em uma das sessões, logo após a leitura do Memorial, um dos membros do grupo discordou de um assunto registrado e todos concordaram que não houve tal sentimento ali registrado. Os clínicos pediram desculpas pelo erro de percepção; o ato pareceu afetar o grupo, que demonstrou vontade para continuar se manifestando.

Ainda nessa sessão, descortinadora dos papéis transferenciais, um dos enfermeiros admitiu sua dificuldade em supervisionar equipes. Afirmou ser muito difícil "delegar tarefas", por que isso depende muito da pessoa a quem deve se dirigir. A maneira tranquila e autêntica como ele admitiu a limitação provocou reflexões imediatas no grupo, a respeito do exercício da atividade de supervisão. A situação pareceu permitir ao grupo repensar as fragilidades e medos enfrentados nas relações grupais.

Em uma das últimas sessões, outro testemunho pareceu provocar mudança subjetiva do grupo sobre o papel de chefia. A chefe de enfermagem falou do sofrimento no exercício dessa função naquele lugar, descreveu o seu desamparo e o quanto isso afeta sua vida pessoal, e que entende não haver solução para o cenário do Hospital e da UTI. Após esse testemunho, um dos membros do grupo que sempre resistiu à forma de condução da chefia do local, concordou com tudo o que foi dito demonstrando emoção exacerbada.

4.1.1.3 Interpretação

A interpretação ideal na clínica do trabalho, conforme Mendes, Moraes e Merlo (2014), seria aquela que simultaneamente desmonta um sistema defensivo ao passo que autoriza a reconstrução de outro.

O desmonte e posterior reconstrução tornam-se possíveis porque a transferência foi estabelecida permitindo a circularização da fala. Parece que uma vez estabelecida a transferência no grupo o objeto do trabalho e aquilo que o circunda subjetivamente é compartilhado. Na clínica estudada, a metáfora foi um recurso bastante utilizado pelo grupo para organizar as experiências de trabalho, sendo que a interpretação desse recurso de linguagem contribui para o desmonte de defesas.

“O Titanic está afundando, preciso me agarrar a alguma coisa”: essa frase é utilizada para significar o momento vivido de mudança de gestão do hospital, o que gera desconfiança, desmotivação, reduz o grau de envolvimento nas atividades e leva os profissionais a interpretar a vivência de um naufrágio.

O sentimento de naufrágio permanece em várias sessões, entretanto parte de um cenário mais macro para um micro até chegar à própria Unidade de Tratamento Intensivo, onde estão imobilizados por um medo que os impede de “melindrarem” as pessoas que ocupam cargos semelhantes ou superiores aos seus.

Os clínicos discutem em supervisão sobre essa dinâmica que inclusive os acomete também. Igualmente, eles (os clínicos) não mudam de lugar nem fisicamente, sentam sempre juntos e na mesma disposição. Cada clínico “desempenha” uma função única: há aquele que coordena o trabalho, o que finaliza e o que intermedia.

Reconhecida essa imobilidade, os clínicos do trabalho decidem fazer a movimentação de lugares descrita anteriormente. O grupo inicia nesse momento discussão sobre o exercício hierárquico, que, segundo o coletivo, não deve ser utilizado para dividir o grupo em inferior e superior, mas sim para aplicar uma “ordem” no setor.

Vem à tona o que está encoberto nos cargos de chefia, centralizado no cargo do supervisor de enfermagem, a dificuldade em manter a “ordem” e “tomar decisão”. Posição difícil, já que a supervisão não vê tudo, o que está por detrás dos acordos do grupo, a manipulação individual, e o que de fato o grupo espera dele. Ao entenderem que os próprios sujeitos podem cooperar para esse cenário caótico e não dependerem apenas do exercício da chefia, um olhar mais humanizado parece se estender pelo grupo unificando as estratificações hierárquicas.

Outra metáfora recorrente foi o “escorão”, figura que representa aquele que faz “corpo mole”, que obriga o colega a trabalhar mais e sozinho e gera sobrecarga de trabalho, como já abordado em item anterior. Ao longo da clínica, essa figura ganha contornos mais amplos e

extrapola a unidade trabalhada: “ele está em todos os lugares”. O medo suscitado pelo “escorão” parece traduzir-se em desempenho de tarefas complexas e ou penosas sem compartilhamento.

A chefe de enfermagem fala como tudo mudou desde a semana anterior. As pessoas têm lhe ajudado mais: a equipe e os gestores — a ajuda destes últimos ressaltada como a de maior importância.

O seu discurso é de um chefe empossado, apresenta as dificuldades existentes, mas apresenta também como tem conseguido superá-las com o apoio de todos: “[...] acho que foi após o suicídio.”, referindo-se a uma fala anterior onde verbaliza a sensação de impossibilidade de alterar algo na estrutura do local.

Algumas falas na última sessão contribuem para a compreensão de como o processo de interpretação funcionou no grupo:

“[...] foi um processo muito importante para mim, foi doloroso, muito dolorido, bastante, mas foi bom porque eu acho que é através da dor que a gente reavalia. Percebo mudança, sabe... [...] Mais importante eu percebi muitas coisas... [...] Doeu, mas foi bom.”

Sendo a última sessão, os clínicos despedem-se e o grupo continua reunido dando seguimento às discussões.

4.2 Análise da Psicodinâmica do Trabalho (APDT)

Análise da Psicodinâmica do Trabalho (APDT) a partir dos eixos propostos para análise e seus respectivos temas.

Eixo I: Organização do trabalho prescrito e o real do trabalho;

Eixo II: Mobilização subjetiva;

Eixo III: Sofrimento, defesas e patologias.

Nesse último eixo não foram analisados os temas relacionados à patologia, dado que a clínica em estudo não apresentou comprometimentos dessa ordem.

4.2.1 Eixo I: Organização do trabalho prescrito e o real do trabalho

Na terceira sessão, são descritas de forma detalhada as atividades do técnico de enfermagem. Descrevem sua rotina de trabalho e destacam a hemodiálise.

Relatam que as máquinas de diálise os deixam bastante estressados devido ao peso, que dificulta movê-las quando necessário. Narram determinado momento:

“Uma vez eu fui puxar, travou a máquina, eu fiquei com dor na coluna. Elas são muito pesadas. Não tem homem, só mulher. [...] Às vezes, tem só um para poder puxar a máquina. É muito pesada, acho que o mais difícil é isso.”

Outro procedimento que pode tornar-se difícil é mudar o paciente de posição no leito; contar com a participação do colega para evitar problemas na coluna parece nem sempre ser fácil:

“Mas tem colegas que já viram pacientes sozinhas, eu sou contra. Eu não gosto. Eu não acho que é legal.”

Ainda na terceira sessão um dos fisioterapeutas descreve vários pontos em comum entre o trabalho da fisioterapia e enfermagem, o que provoca alguns atritos. Isso ocorre com mais frequência em procedimentos rotineiros que podem ser realizados por técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos:

“... mas o médico sai pela tangente; então, sempre fica ‘fulano tem de fazer’. Eu vou fazer. Eu tenho que fazer. Você estava aí e era para ter feito, por que não fez e esperou eu chegar? Acontece isso. [...] Mas acho que isso é muito do início. Quando você chega a um ambiente e não sabe como funciona.”

Com a apresentação do que está previsto no trabalho da equipe, inicia-se o desvelamento das interações pessoais e com os recursos institucionais. A lacuna existente entre o previsto e as situações reais de trabalho é onde se desenvolve a forma de trabalhar do trabalhador (MERLO; MENDES, 2009).

Diante dessa lacuna, a equipe da Unidade de Tratamento Intensivo passa a discutir a necessidade de colocar em prática e estabelecer normas entre eles para assegurar o cumprimento de suas atividades. Para Dejourns (2012a), as regras de trabalho bem sucedidas oferecem um poder organizador para a coesão e a consolidação de um coletivo.

O grupo discute as normas e regras do local, a fisioterapeuta fala sobre a falta de clareza na divisão de algumas atividades laborais de sua própria profissão bem como da do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do médico e daquilo que “que ninguém faz”. Acredita que necessitam de reuniões para discutir o que está contido no protocolo da sua e das demais profissões do quadro de trabalho.

Os acordos que as equipes constroem são discutidos, e os participantes acreditam que podem ser mantidos sem intervenções hierárquicas desde que não esteja prejudicando ninguém. Nesse momento a interação pessoal seja com o colega ou chefia são reveladas.

Um participante explica como a equipe se comporta após a chefia tentar resolver problemas dessa natureza e como se sente frente a esse comportamento:

“Ah, Fulano sumiu, Fulano sumiu’. [...] Eu fui atrás, trouxe-a de volta e quando chegou lá falei: ‘Gente, está aqui, não sei o quê’. Saiu cada um para o seu ladinho e eu fiquei lá. Quer dizer, toda a raiva da pessoa vem para cima de mim. O colega não assume gente! O colega não assume! Finge que não é com ele.”

Tal situação mostra-se difícil para a chefia, pois ela, no caso, acaba por ter que lidar com cobranças da equipe, com a reação do profissional e o não assumir da queixa pela equipe.

Também discutem outra situação que dizem ser comum no local de trabalho “o poder de manipulação”, principalmente de pessoas que requerem alguns privilégios: “[...] a pessoa manipula e coloca as outras pessoas contra você, como se você fosse errada.” O que ainda os leva a acreditar que estavam mesmo errados.

Narram que às vezes o enfermeiro plantonista se sente “intimidado” ao cobrar algum procedimento do técnico, por temer sua reação, apesar de reconhecer ser essa uma de suas atribuições. Discutem como deve ser exercida a autoridade no local, acreditam que a pessoa não deva ser um “déspota”, mas é preciso “pulso firme”, achar o “equilíbrio”.

Um fator que também prejudica a interação do grupo é mudança do modelo de gestão pelo qual o hospital atravessa, repercutindo em falta de informação segura, o que gera perda de confiança que vem do mais alto escalão até entre eles próprios. As referências que possuíam de chefia não existem mais — “sobrou” apenas a chefia de enfermagem, o que provoca ansiedade, inclusive por parte dessa chefia que se sente cobrada a prestar informações que não possui.

Na décima sessão, a antiga chefia médica do local participa e analisa que talvez a Unidade de Tratamento Intensivo tenha perdido resolutividade, o que agregava valor para o local:

“Então, esse grau de resolutividade, talvez, tenha diminuído, o que gera mais angústia. [...] alguns sentimentos desses que estariam compensados vem à tona e podem piorar o ambiente. Não é?!”

Discutem “estereótipos” de chefias que se comportam como “mãe” ou “pai”, e consideram que a postura da chefia de enfermagem é mais de garantir a autonomia do que de acalantar, então: “... a figura do pai nessa unidade vai estar bem mais presente do que a da mãe”.

Acham que o ideal seria uma mistura entre “mãe” e “pai”; mas que, por vezes, a equipe pode requerer a “mãezona” para não se comprometer com as coisas e esperar que a chefia resolva tudo.

Acreditam que a Unidade atravessa um momento em que não há acalanto, sem direcionamentos: “[...] não há resposta a ser dada...”. Entretanto concluem que essas questões já estavam presentes e não seria a troca de chefia que resolveria a situação.

4.2.2 Eixo II: Mobilização subjetiva

Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho (AMCT) a partir da transcrição da clínica ou registros da fala. Momento de analisar as dimensões que mais colaboraram com a mobilização do coletivo. Para tal, é preciso articular os dispositivos utilizados na condução da clínica (ACT) com os resultados encontrados nos eixos da Análise Psicodinâmica do Trabalho (APDT).

O grupo percebe a necessidade da implicação de todos no processo de trabalho, e procura construir um compromisso que é a um só tempo técnico e social — combinação esta que permite que a organização real do trabalho evolua.

A percepção de um coletivo parece fortalecer ligações de civilidade e de convivência possibilita que os egoísmos do grupo coexistam e se equilibrem pela elaboração de compromissos negociados entre os indivíduos do coletivo. Essa organização somente é possível porque o coletivo nasce da cooperação (DEJOURS, 2012a).

O grupo evoca a necessidade de maturidade para que as pessoas possam resolver os conflitos do trabalho em conjunto sem apelarem todo o tempo para uma “mãe” ou um “pai”. Entendem que os problemas têm

GAMA, P. L.; MENDES, A. M. B.; ARAÚJO, J. P.; GALVÃO, M. G. A.; VIEIRA, F. O. *Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola*. R. Laborativa, v. 5, n. 1, p. 38-63, abr./2016. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

que ser resolvidos coletivamente, regras e normas podem ser criadas, mas o grupo tem que participar para de fato funcionar.

Falam da importância da participação de todos independentemente de quem possa ocupar o cargo de chefia, ou seja, de trabalhar em equipe assumindo responsabilidades. “(...) e tem de chegar e falar: “Oh, cara, eu errei! Desculpa! Saber assumir e não, muitas vezes, tentar jogar a culpa no outro”.

Passam a defender um espaço de discussão interno mesmo que não compareçam todos

“[...] assim, quem puder vir vem; quem não puder vir, na da próxima vez venha, quem sabe. Mas acho que sempre é importante discutir e acho que reunião sempre tem que ser um campo neutro.[...] O que não é dito não é sabido. [...] Assim, tenho que tentar falar, mesmo que não seja com as palavras mais adequadas [...] mas acho que tem que tentar falar para tentar achar a solução.”

A chefia de enfermagem expõe sua percepção sobre como a cooperação entre o grupo e seus superiores hierárquicos mudou:

“[...] sinto-me acolhida. Acho que as pessoas me ajudam. [...] Era disso que eu estava precisando, sabem. Preciso de suporte, não só do pessoal — acho que eles estão começando a me dar esse suporte — acima de mim. Acho que se eu tiver isso, quem sabe não consiga levar...”

4.2.3 Eixo III: Sofrimento e defesas

4.2.3.1 Sofrimento

A iminência de transferência de lotação de membros da equipe, mesmo que temporária — fato resultante da mudança de gestão —, despertou um medo na equipe, o qual aos poucos foi sendo mais bem compreendido. O medo sentido foi revelado como anterior à mudança organizacional, percebido como permanente e que extrapola a Unidade a qual pertencem.

A interpretação do que estava oculto por esse medo parece sinalizar para uma mudança frente ao fracasso que ele representa, sendo assim, inaugura-se a possibilidade de o grupo passar do sofrimento patogênico para o criativo.

Pensar em ser transferido para outra unidade desperta algo como um medo físico, pânico, provocado exatamente pela falta do conhecimento da rotina do novo local:

“Praticamente, todos nós fizemos o mesmo curso, mas quando somos separadas por setor, então, aquele setor ali você domina. Você saiu dali, é novata, vai ter de começar o ABC lá do A.”

Relatam um mal estar, um “friozinho na barriga” e acreditam que se um profissional fosse transferido hoje para a UTI, com certeza, não iria desenvolver nada e ainda atrapalharia, porque ele viria com todos esses receios descritos acima.

Vários questionamentos são feitos ao pensarem em uma nova lotação, como “novatos”, “desconhecidos”:

“Quem vou conhecer? Como vão me tratar? Já vem toda essa dificuldade! E a rotina? Lá é outra rotina. Por mais que sei dar um banho, sei fazer uma medicação, sei fazer tudo aquilo, mas que horas tal coisa começa? Você pode fazer coisas fora de hora e não era hora de fazer isso!”

Dentre os motivos geradores desse medo, está a dependência do colega de trabalho, pois esse vínculo é necessário por mais que saibam fazer suas atividades. O medo de perder o apoio dos colegas foi ampliado na Unidade de Tratamento Intensivo — sentimento que já existia internamente e passou a ser imaginado externamente. Acreditam que os profissionais a serem lotados nas unidades iriam deixar todo o trabalho para eles: “Já estava todo mundo armado”.

Os participantes ressignificam esse medo, provocado não pela quantidade de trabalho e sim pela má divisão desse trabalho que resulta da falta de companheirismo do colega. Concluem então que esse medo está relacionado à figura do “escorão”: “Não é problema de um setor ou outro, é de categoria”. Isso decorre da inexistência de “...uma doação na mesma proporção por parte dos funcionários”, o que provoca sobrecarga e raiva: “Você está quase morrendo e o outro fala: ‘Nossa! O plantão foi tranquilo’”.

Quando escalados em setores diferentes eles sentem que podem ser percebidos como profissionais sem experiência ou, ao contrário, bastante habilidosos. No primeiro caso, a pessoa entra “... naquele medo físico [...] se sente totalmente deslocado” e passa a ser o “escorão”. No segundo caso, sendo considerados muito competentes, são abandonados para executarem as novas atividades enquanto o colega “se sente à vontade” para se dedicar a outras atividades e passa a ser o “escorão” mesmo que

não seja “por maldade”. Portanto, concluem que o “escorão” está em todos os lugares, pode ser qualquer pessoa, e persiste por má distribuição de tarefas.

Na nona sessão, a chefia de enfermagem dá um testemunho sobre o quanto os problemas da Unidade refletem nas demais áreas da sua vida.

Ao analisar as perdas ali sofridas, pensa em deixar não apenas da Unidade, mas também o Hospital — o que analisa seria um “suicídio”. Afirma não tomar esta iniciativa por ter responsabilidades com o local, mas acrescenta: “[...] não estou aguentando”. Pergunta: “[...] vale a pena levar?”. Questionamento que refaz na décima sessão ao perceber a cooperação da equipe e superiores e acaba por afirmar: “[...] vale a pena!”.

4.2.3.2 Defesas

Na clínica, falam como tentam se defender da raiva que os assola quando se sentem sobrecarregados: algumas pessoas têm “rompantes”, outras se calam, rezam, esperam o próximo plantão, mas, sobretudo, apesar de todas as diferenças e dificuldades procuram se respeitar. Um dos clínicos indaga se isso é uma espécie de “sobrevivência”, ao que eles respondem negativamente e afirmam ser “convivência”. Concluem que, apesar de todas as dificuldades, estão juntos construindo um único objetivo.

Algumas estratégias defensivas para minimizar o sofrimento no trabalho, mantendo a normalidade do trabalhar (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013) foram percebidas e desfeitas durante a clínica.

A questão da amizade, sempre defendida na Unidade como algo existente entre eles, é refletida como uma “figura ilusória”, um “pseudo-conforto”, uma tentativa “implícita” de melhorar o ambiente de trabalho, principalmente para as “mulheres” (gênero predominante na equipe).

Passam a entender que não serem todos amigos no ambiente de trabalho não é “empecilho” para que o trabalho seja assegurado. É necessário que as pessoas se ajudem e compreendam que mesmo quando se trata de amigos: “[...] algumas vezes a gente tem que ceder e outras vezes eu acho que não”.

Partindo da comunhão de amigos, a próxima ideologia defensiva a ser revelada foi o entendimento de que o grupo não era uma família. Resgataram valores alimentados no passado da Unidade quando

mantinham a imagem do local como sendo cuidado por uma “mãe” e a equipe composta por “irmãos” que se ajudavam.

A figura da chefia é redimensionada:

“[...] chefe-mãe acho que não resolve; ou chefe-mãe vai pirar um dia, entendeu? E quando ele pirar todo mundo vai ficar desesperado e ninguém vai saber fazer nada; [...] sempre tem que ter um pouquinho mais de “pai” do que de “mãe” na costura da chefia”.

E revisam o conceito de família: “não é um mar de rosas”; entendem que o grupo distorceu o significado da palavra tratando-a como “um mundo perfeito” o que é “uma visão impossível”.

A visão “fantasiosa”, “utópica”, “do paraíso”, de que existe um lugar perfeito — o que não ocorre nem nas famílias —, precisa ser desfeita: “A família, quer dizer, onde todo mundo se gosta, não existe”. Concluem que o ambiente de trabalho pode ser um lugar para onde gostam de ir, onde o respeito deve existir, mas onde nunca existirá um nível de harmonia completo como o desejado na família “utópica”.

4.3 Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho (AMCT)

A mobilização subjetiva é um processo intersubjetivo que se caracteriza pelo engajamento da subjetividade do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013). Entretanto, esse processo está sujeito ao reconhecimento do fazer do trabalhador pelos colegas e pela hierarquia, portanto a experiência intersubjetiva desse reconhecimento dá-se no campo das relações sociais — dinâmica que constitui um dos níveis da construção da identidade e pode ser assemelhada a sublimação na psicanálise (DEJOURS, 2012a).

A clínica da Unidade de Tratamento Intensivo permitiu aos participantes apropriarem-se do mundo que os fez reivindicarem e planejarem espaços de discussão contínuos e de forma autônoma. Os clínicos do trabalho identificam isso concretamente quando na penúltima sessão já se sentem quase invisíveis na discussão e, na última sessão, quando o processo de discussão prossegue inalterado após sua partida.

O trabalho de interpretação e ressignificação de vivências dos trabalhadores, condensadas em metáforas como “escorão”/má distribuição de tarefas; família/proteção utópica; sobrevivência/convivência; calabouço/cala-boca; figuras parentais/modelos de gestão, dentre outros, tornou possível o desvelar desse fazer trabalho e do trabalho como algo dinâmico, organizado pelas

GAMA, P. L.; MENDES, A. M. B.; ARAÚJO, J. P.; GALVÃO, M. G. A.; VIEIRA, F. O. *Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola*. R. Laborativa, v. 5, n. 1, p. 38-63, abr./2016. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

suas experiências e, portanto, com maiores probabilidades de afetação pelo coletivo.

Essa experiência de subjetivação passa pelo reconhecimento, pois o que esse elemento presente nas relações sociais confere ao trabalho é o sentido atribuído ao sofrimento. A validação simbólica de um trabalho realizado permite, em um segundo momento, que o sujeito produtor

desse trabalho subjetive o histórico desse trabalho. Para a Psicodinâmica, esse histórico singular somente é possível no encontro do sujeito com o real do trabalho, no encontro com o fracasso, e na forma como ele se organiza laboralmente para atribuir esse sentido ao sofrimento percebido (DEJOURS, 2012b).

Por a clínica ter contado com a participação de chefias, o reconhecimento da qualidade do trabalho pelo julgamento de utilidade (proferido verticalmente) e pelo julgamento da beleza (proferido horizontalmente) parece ter sido facilitado.

Por fim, na última sessão da clínica, foi realizada uma avaliação positiva pela equipe que apresentou mais clareza e conhecimento da realidade, maior empatia com os demais colegas, sobretudo com as chefias, e maior empoderamento, tanto individual quanto coletivo, na busca de soluções saudáveis para o coletivo. Percepção mantida na reunião de avaliação, ocorrida em fevereiro de 2014.

5 Discussão

A discussão travada no espaço da clínica se iniciou pela organização do trabalho, passando por seus elementos, normas e regras, relações pessoais e estilo de gestão até atingir aqueles que envolvem a mobilização subjetiva — em um claro desencadear, previsto na psicodinâmica do trabalho, da compreensão do conteúdo visível ao invisível do trabalho para a construção do coletivo do trabalho.

O sofrimento no trabalho permeou toda a discussão, sendo ressignificado cada vez que o grupo conseguia compreender a implicação do coletivo no processo por meio de sua própria fala — movimento que permitiu a construção de soluções ou formas de lidar com a frustração coletiva e ou individual.

Perceber o sofrimento do coletivo de trabalho expresso nas relações interpessoais e na produção do trabalho somente foi possível pela compreensão dos sintomas. Decifrados em uma escuta analítica, que

permite revelar os significantes reunidos em tantas palavras, como, p. ex., o termo “escorão” e o seu deslizamento: oportunismo, sobrecarga, má distribuição do trabalho, medo de trabalhar sozinho e, por fim, medo de errar.

A exigência de uma escuta analítica privilegiando o objeto trabalho e o cuidar para não se enredar pelas defesas do grupo e transferências entre o coletivo de pesquisa requer do clínico do trabalho formação na área do trabalho e preparo na área psicanalítica.

Ajudar o trabalhador a enfrentar o desvelar dos seus medos, a reconhecer a falta e então produzir um novo discurso em um universo de discursos tão totalitários como o laboral, torna-se mais viável quando o clínico do trabalho aceita o desafio de desenvolver uma escuta que o aproxima do outro, ciente também de suas limitações: “[...] não há resposta a ser dada...”, como disse um dos trabalhadores da clínica.

Os três eixos estruturadores do método clínica do trabalho: os dispositivos, a formação do clínico e a supervisão (MENDES; MORAES; MERLO, 2014) foram fundantes nesse estudo — sem essa espinha dorsal dificilmente o resultado aqui descrito teria sido obtido.

Os clínicos organizaram desde os aspectos mais concretos até os mais subjetivos, movimento que acompanhou a construção da subjetividade do coletivo em estudo. Mudaram a disposição física e afetiva que ocupavam na clínica, que inicialmente impedia a circularização da fala, e redefiniram os seus papéis sempre que necessário.

O papel da supervisão é crucial quando se torna claro que esses clínicos precisam lidar com uma demanda que desliza conforme amadurece o processo de subjetivação dos envolvidos.

Na clínica em estudo, a supervisão alinhavou aquilo que não foi percebido pelos clínicos, indicou os acertos e aquilo que não surtiu efeito no processo da escuta, analisou as intervenções dos clínicos, potencializou a construção do memorial, fortaleceu o coletivo clínico e, por fim, ajudou no desvendar das transferências, projeções, medos e identificações que impactam a clínica.

A partir dessa construção, a clínica do trabalho da Unidade de Tratamento Intensivo demonstra a transformação do sujeito que ressignifica o sofrimento vivido no trabalho levando-o a mobilização subjetiva.

6 Síntese

A clínica do trabalho caminha ao passo em que se estabelece uma linguagem mais afetiva entre os trabalhadores e clínicos. Linguagem essa inicialmente empregada no Memorial, conforme demonstrado na clínica da UTI. O uso da linguagem afetiva provoca os seguintes efeitos: comprometimento com aquilo que está sendo tratado e criação de elo (por meio da palavra) entre o grupo e o que está sendo tratado, o que auxilia muito quando se trata de uma equipe “mutante”, ou seja, cujos participantes não são sempre os mesmos, como é o caso desta Unidade de Tratamento Intensivo.

Os clínicos do trabalho devem atentar para os sinais reveladores de sua própria percepção do grupo, como: os atos falhos na escrita do Diário de Campo, os sentimentos despertados nas sessões e o espaço de supervisão. Tais reações também devem ser discutidas, na supervisão, sobre o enfoque transferencial a fim de colaborar para a evolução do grupo.

A demanda deve estar sempre aberta para os clínicos do trabalho. Sua interpretação permite os clínicos, pela resignificação constante do sofrimento presente no discurso do sujeito, atuarem para atender a uma demanda real do sujeito e atentar para não responder à “exigência” do discurso da completude.

A definição da demanda é um ponto que traça perfeitamente a margem entre a clínica do trabalho e outros tipos de abordagens. Se em outras abordagens a demanda pode ser trabalhada continuamente, na clínica do trabalho ela deve ser delimitada de início e isso deve deixado claro para todos os envolvidos.

A pesquisa despertou claramente a percepção de que a clínica inicia-se com o desamparo do grupo e finaliza pela constatação do desamparo dos clínicos. Os clínicos precisam aceitar que o coletivo encerrou a demanda apresentada mesmo que eles, como pesquisadores, vislumbrem outras questões a serem trabalhadas.

Como perceber o início e o fim da “transferência” na clínica coletiva? O fim talvez ocorra quando o grupo alija os clínicos do processo de trabalho (a imagem do grupo da UTI discutindo as questões do trabalho como se os clínicos ali não estivessem presentes foi bastante simbólica). O que suscita outra questão: caso os clínicos não estivessem preparados para isso — o encontro com a falta —, novas demandas poderiam ter sido por eles levantadas.

A presente pesquisa, portanto, reforça a necessidade do aprofundamento da teoria psicanalítica sobre os fenômenos do mundo laboral estudados na Psicodinâmica do Trabalho, bem como sobre os pesquisadores da clínica do trabalho.

Referências

- COUTINHO, J. **Fundamentos da Psicanálise de Freud e Lacan: As bases Conceituais**, vol. 1, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2000, 192 p.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed, ampliada. São Paulo: Cortez, Oboré, 1992.
- DEJOURS, C. A metodologia em psicopatologia do trabalho. In: S. LANCMAN, L.; SZNELWAR, L. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz Brasília: Paralelo 15, 2004a. Cap. 1, p. 105-123.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**. 14, (3), p. 027-034. set/dez. 2004b.
- DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012a.
- DEJOURS, C. **Trabalho vivo: sexualidade e trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2012b.
- FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira**. Brasília DF: Edições Ler, Pensar, Agir LPA, 2003.
- FUKS, B. B. **O homem Moisés e a religião monoteísta** — Três ensaios: O desvelar de um assassinato — 1ª ed. — Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- GHIZONI, L. D. **Clínica psicodinâmica da cooperação na associação de catadores e catadoras de materiais recicláveis da região Centro-Norte de Palmas—TO (ASCAMPA)** (Tese de Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.), **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 1, p. 29-48.
- MENDES, A. M; ARAÚJO, L. K. R. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho: o sujeito em ação**. Curitiba, Juruá, 2012. 154 p.
- MENDES, A. M.; MORAES, R. D.; MERLO, R. C. M. (Org). **Trabalho e Sofrimento: Práticas Clínicas e Políticas**. Curitiba: Juruá, 2014.
- MENDES, A. M. **Meu trabalho me adoce**. Disponível em: <<http://ulbra-to.br/encena>>. Acesso em: 28 set. 2015.
- MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.
- GAMA, P. L.; MENDES, A. M. B.; ARAÚJO, J. P.; GALVÃO, M. G. A.; VIEIRA, F. O. *Ressignificação do sofrimento: clínica do trabalho em um hospital escola*. R. Laborativa, v. 5, n. 1, p. 38-63, abr./2016. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

MOLINIER, P. Sujeito e subjetividade: questões metodológicas em Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. Ter. Ocup**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-15, jan./abr. 2003.

PISETTA, M. A. M. O sujeito suposto saber e transferência. **Revista Digital AdVerbum** , Santa Maria, v. 1, p. 64-73, jan./jul. 2011.

VIEIRA, F., MENDES, A., MERLO, A. (Orgs.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

Artigo apresentado em: 18/02/2016

Aprovado em: 24/03/2016

Versão final apresentada em : 29/03/2016