

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

MÁRCIA ZIEBELL RAMOS

**TRABALHO, SUBJETIVIDADE E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: POR UMA
GENEALOGIA DOS MODOS DE VIDA**

Porto Alegre, fevereiro de 2005.

MÁRCIA ZIEBELL RAMOS

**TRABALHO, SUBJETIVIDADE E REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: POR UMA
GENEALOGIA DOS MODOS DE VIDA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof^a. Dra. Jaqueline Tittoni

Porto Alegre, fevereiro de 2005.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Ester, Joana, Lia, Mari, Maria Eduarda, Preta, Simone e Sônia, por se disponibilizarem a participar deste estudo, aventurando-se por caminhos muitas vezes obscuros em busca da visibilização de suas trajetórias na Reabilitação Profissional. Ao Luciano por me acompanhar no trabalho com o grupo, possibilitando algum distanciamento para a problematização do lugar de pesquisador/trabalhador e de suas implicações.

Aos estagiários de psicologia e aos trabalhadores em Reabilitação Profissional que provocaram em mim questionamentos e desconfortos suficientes para justificar este estudo.

À Jaqueline Tittoni, minha orientadora, por acreditar em mim, por acompanhar minha trajetória de inquietações, pelos momentos e espaços de aprendizagem e, principalmente, pela instigante convivência que, incessantemente, me convocou a lidar com as diferenças e com o inusitado. A minha admiração pelo seu conhecimento e pelo seu modo especial de compartilhar e conviver.

Às colegas que estiveram no Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas durante estes anos, pelo incentivo e pelo apoio nos diferentes momentos desta trajetória acadêmica. Em especial à Desirée, amiga e companheira de trabalho com quem tenho compartilhado a construção de uma trajetória profissional em busca de modos de trabalhar singulares e protagonistas.

À equipe do Programa de Reabilitação Profissional do HCPA, Elisa, Márcia, Mink e Zaira, pelo espaço de escuta às minhas dúvidas e inquietações, por vezes provocativas.

Ao serviço de Medicina Ocupacional e à Coordenadoria de Gestão de Pessoas do HCPA, pela colaboração.

Às colegas do Grupo de Pesquisa pela construção de uma trajetória teórica e pelos momentos em que compartilhamos dúvidas e inquietações, em especial à Letícia.

À Manoela pela disponibilidade e cuidadosa revisão do texto.

Àqueles amigos que tiveram a paciência e a disponibilidade de me ouvir e me apoiar.

Finalmente, à minha família pela compreensão e suporte nos momentos mais críticos. E que, apesar do meu afastamento, esteve tão perto de mim. Pedro e Mariana, vocês tornaram possível este desafio, demarcando as possibilidades de tolerância e mostrando a intensidade de todos os momentos. Ao Augusto, pelo amor, pelo investimento, pela confiança e pela cumplicidade na construção de uma história.

RESUMO

Esta dissertação coloca-se no campo de discussão sobre trabalho e subjetivação. Neste campo, especificamente, enfoca-se a temática da reabilitação profissional de trabalhadores hospitalares. A escolha do tema foi motivada pela minha trajetória como psicóloga do trabalho vinculada a estes trabalhadores e instigada pelo desafio cotidiano da prática em busca de ferramentas teórico-reflexivas que instrumentalizem e ampliem as possibilidades de intervenção. Esta temática aborda o hospital como um campo de práticas e o adoecimento do trabalhador como acontecimento/ruptura. Este estudo se configurou como uma pesquisa-intervenção junto aos trabalhadores em processo de reabilitação profissional no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Através do grupo, como um dispositivo, buscamos a construção coletiva do conhecimento acerca da vivência da reabilitação profissional, acompanhando os movimentos de fixidez e ruptura nas trajetórias destes trabalhadores. Percorrendo os caminhos apontados por eles, fomos levados à problematização da constituição do sujeito fundamentada, sobretudo, no pensamento foucaultiano e nas contribuições de Butler (1997). Ainda, tomando estas referências, abordamos as relações de trabalho enquanto relações de poder e os modos de sujeição produzidos no âmbito do trabalho. O rompimento com o trabalho pelo adoecimento e seus efeitos na vida dos trabalhadores foram analisados com base na noção de ruptura-acontecimento de Carreiro (2003). As experiências dos trabalhadores demonstraram que os fluxos desta trajetória organizam-se como jogos num campo de luta onde é possível produzir interdições, rupturas e protagonismos. Estar em reabilitação significa, sobretudo, espera e dependência. Estes sentimentos evocam a trajetória de trabalho e de trabalho no hospital, demonstrando que a dependência já se formulava na disciplinarização trazida pelo trabalho. Sair do lugar de trabalhador em reabilitação significa repensar a condição mesma de trabalhador, de modo a redefinir projetos e modos de viver.

Palavras-chave: trabalho, subjetivação, adoecimento profissional, reabilitação profissional, trabalho hospitalar, modos de vida.

ABSTRACT

This dissertation comprehends the areas of discussion between work and subjectivation. In this field, specifically, it is focused the theme of professional rehabilitation of people who work in hospitals. This subject was chosen because of my trajectory as a labor psychologist where I could have contact with such people. I was also instigated by my daily challenge of searching practical, as well as, theoretical-reflexive tools which may provide and broaden the possibilities of intervention. This paper approaches the hospital as a field of practices, and the fact of becoming sick as occurrence/breakage by the workers' side. This study was based in an intervention research, which was conducted with workers in the process of professional rehabilitation at *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Through the group that was studied we searched the collective construction of the knowledge concerning the process of professional rehabilitation accompanying the development of fixed movements and rupture in the trajectories of those workers. Following the paths pointed out by such workers we were conducted to the problem of subject constitution, based on Foucault's thoughts and in the contributions of Butler (1997). Still taking these references into consideration we approach the labor relations in terms of power and the means of subjection produced in the labor scope. The rupture with the work because of the sickness and its effects in the life of the workers were analyzed taking into consideration the notion of rupture-occurrence mentioned by Carreteiro (2003). The workers' experience showed that the fluxes of this trajectory were organized as games in a fighting ring where it is possible to produce interdictions, ruptures and occurrences. Being in rehabilitation means, above all, to wait and to depend on others. These feelings evoke the trajectory of the labor life of the worker before and in the hospital, showing this way that the dependence can be seen in the methodically development brought from the daily work. Leaving the position of worker in rehabilitation means to rethink the self-condition of the worker in order to redefine projects and means of life.

Key words: work, subjectivation, professional sickness, professional rehabilitation, hospital work, means of life.

SUMÁRIO

Introdução	8
1. Trabalho e Subjetivação: construindo o objeto do estudo	16
2. Situando o campo	31
2.1 O campo de problemáticas: hospital/ trabalho/ corpo ou a máquina da engrenagem do corpo	31
2.2 A Reabilitação Profissional como acontecimento – ruptura	36
3. Modos de trabalhar do pesquisador ou tecnologias e metodologias	44
3.1 Idas e vindas: a legitimação do espaço do grupo	52
3.2 Da ordem do discurso, ou melhor, da genealogia dos modos de viver a Reabilitação Profissional	54
4. O corpo do trabalho/ o trabalho do corpo ou o que pode se chamar de resultados	57
4.1 Estar em reabilitação	57
4.2 Ser trabalhador	67
4.3 Trabalhar no hospital	72
4.4 Sair da reabilitação e ir para onde?.....	75
5. Algumas considerações, para finalizar.....	79
Referências	87
Anexos	93

INTRODUÇÃO

A história desta pesquisa está territorializada no espaço hospitalar e parte da minha trajetória de trabalho como psicóloga, vinculada a um emprego num hospital geral, de grande porte, de Porto Alegre. Neste espaço aprendi a escutar e a acompanhar os movimentos da vida. Através da vivência do trabalho com a dor do outro (inicialmente, como estagiária de psicologia no hospital, atendia no ambulatório infantil e, posteriormente como contratada, tenho atendido os trabalhadores do hospital) me aproximei dos sentidos da vida e da morte e da imensa trama e inter cruzamentos do trabalho dos diferentes grupos de profissionais que compartilham o trabalho no hospital.

Venho lapidando minha prática de trabalho no intuito de propor intervenções junto aos trabalhadores, no que se refere as relações de trabalho e a organização do trabalho. Intervenções referenciadas na Análise Institucional, na Psicologia Social, na Psicodinâmica do Trabalho, na Psicologia dos Grupos e na discussão proposta pela Filosofia da Diferença, compreendendo o trabalho enquanto possibilidade de construção e de produção de modos de ver, sentir e viver.

Este percurso vem colorido por sentimentos e emoções de muitas matizes: entusiasmo, reflexão, frustração, paixão, medo, insegurança, compaixão e esperança. E por vivências sempre desafiadoras: a cumplicidade de relações de trabalho de companheirismo e projetos de expansão, o pertencer a um estabelecimento disciplinar, a parceria com os estagiários, os encargos e demandas, o delineamento de um percurso teórico, as dúvidas e questionamentos de uma prática, os projetos realizados, em andamento e os “interceptados”.

Instigada pelo desafio cotidiano de minha prática como psicóloga responsável pelo atendimento dos trabalhadores em processo de Reabilitação Profissional no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) busco, com esta pesquisa, ferramentas teórico-reflexivas que ampliem as possibilidades de intervenção junto a estes

trabalhadores, considerando as impensáveis conexões e efeitos das relações trabalho, da produção de sujeitos e da potência protagonista que possamos encontrar nos interstícios e nas superfícies da trajetória da reabilitação.

Acredito que, com a instrumentalização que a produção de conhecimento possibilita, as práticas de trabalho tomam sentido e podem fazer diferença para os sujeitos. O risco da superficialidade e do imediatismo na nossa sociedade é constante, por isto, penso que a consistência nas intervenções é o que diferencia e demarca o percurso ético na construção da nossa história.

Estaremos aqui estudando trabalhadores que por motivo de adoecimento estão afastados do trabalho, da sua atividade profissional e que se encontram em processo de reabilitação profissional. Estaremos discutindo as marcas impressas pela experiência de trabalho que se evidenciam, quando o rompimento pressiona a revisão dos modos de viver. Partiremos do que chamamos a trajetória de trabalho atualizada na vivência da reabilitação profissional. O estudo inscreve-se, assim, na temática da subjetividade e trabalho e seu eixo básico é a produção das relações saber-poder no trabalho. As categorias centrais a serem discutidas são o trabalho e os modos de subjetivação.

Este estudo está fundamentado na noção de modos de subjetivação formulada no pensamento foucaultiano, partindo da compreensão do poder como relações de poder. O autor sugere a produção de modos de subjetivação, onde mesmo a experiência que o sujeito faz de si próprio e as formas como se auto-reconhece estão marcadas pela história, pelos jogos de poder e de verdade.

Abordaremos os modos como as estratégias de auto-reconhecimento concorrem para a produção de valores morais e práticas que orientam o sentido do lugar legitimado de trabalhador. Estaremos discutindo como a vivência do rompimento com o trabalho se coloca na trajetória destes sujeitos, os efeitos deste rompimento nas suas vidas e como vivenciam a experiência da reabilitação profissional.

Esta experiência se refere a trabalhadores da saúde, territorializados no hospital, na grande maioria mulheres em situação de afastamento do trabalho por adoecimento físico e/ou psíquico. Estes se encontram em “benefício”, recebendo seus proventos da seguridade social. Tais trabalhadores exercem diferentes funções: técnico de

enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de alimentação, auxiliar administrativo, auxiliar de limpeza, enfermeiro, marceneiro, pedreiro, dentre outros tantos.

Por doenças relacionadas ou não ao trabalho (físicas ou psicológicas) apresentam restrições ou, até mesmo, impedimentos quanto ao exercício de sua função de origem no hospital. Impõe-se, portanto, que troquem de funções ou que retornem para as mesmas, com restrições de atividades. Os motivos do adoecimento dos trabalhadores em questão estão relacionados às atividades laborais repetitivas, com movimentos cadenciados, com exigência de esforço físico demasiado e ligadas ao cuidado de enfermos. Fato este que nos convoca a refletir sobre os processos de regulação, sujeição e até mesmo de violência, que este cotidiano impõe aos sujeitos: “As relações de trabalho, enquanto modos de sujeição, chamam ou incitam as pessoas a reconhecerem suas obrigações morais, dando forma a sua existência” (FOUCAULT, 1995, p. 264).

História de vida, casamento, filhos, bens adquiridos, assim como seu modo de se ver no mundo, capacidade produtiva, status, reconhecimento aparecem nas falas destes trabalhadores, associando o trabalho a inúmeras situações de suas vidas e indicando que os efeitos do rompimento no trabalho também se fazem sentir em outros momentos da vida. O ofício, o salário, a empresa a qual estão ligados e o grupo de colegas vinculam os trabalhadores tanto a bens materiais, quanto ao convívio e às atividades sociais, além do desafio do dia a dia de trabalho. Esta trama de relações e imbricações, produz os modos de fazer as experiências de si. Estas produções se dão como um atravessamento, como os nós e as malhas de uma rede, entremeando-se, e configurando estilos de vida que se tornam referenciais para os sujeitos.

As relações de trabalho no modo de produção capitalista, ao mesmo tempo em que interditam, paradoxalmente produzem agenciamentos que, para além da relação do homem com o seu ofício, geram sentidos enquanto exercício de habitar o espaço social. Tais sentidos e interdições como num campo de lutas trazem tensionamentos, enfrentamentos, contradições, resistências e legitimações, as quais produzem efeitos nos sujeitos e em seus modos de viver.

No hospital, as relações de trabalho se caracterizam por uma hierarquia bastante rígida, pelos especialismos, por protocolos e rotinas detalhadas e assépticas, pela

disciplina e pelos controles amplamente disseminados que pode impor aos trabalhadores a homogeneização, não só dos gestos e ritmos, mas dos modos de pensar, agir e sentir. O hospital como campo de práticas é eficiente como regulador das relações; “os lugares” bem delimitados, a organização do trabalho, as rotinas, os tempos e as cadências produzem sujeitos. Os pacientes alijados do seu desejo, de sua saúde, de seu corpo, colocam-se nas mãos dos especialistas. Os trabalhadores submetidos a uma organização do trabalho hierarquizada e segmentada, capturados e dominados, constituem-se enquanto sujeitos nesta relação de submissão e, ao mesmo tempo, de dependência (PITTA, 1991).

O hospital pode ser compreendido como um lugar onde a cura e a morte são instâncias instituídas e pré-determinadas. De um lugar de reclusão, mantido por caridosas, distante da prática médica, segundo Foucault (2003), o hospital transformou-se em um estabelecimento com objetivos sociais importantes, campo de estudo da medicina que com o máximo de tecnologia possível luta contra a morte e as doenças.

A sociedade lida com a dor e com a morte como algo a ser evitado, silenciado. Os sentimentos aí despertados não encontram eco, expressão, devendo ser reprimidos. Adoecer em nossa sociedade é deixar de produzir e, portanto, de ser. É vergonhoso, logo deve ser ocultado. Assim, trabalhar no hospital confere um certo status ou lugar de reconhecimento social, pois este trabalhador tem como ofício “dar conta” daquilo que socialmente precisa ser ocultado, a dor, o sofrimento e a fragilidade do próprio ser humano por suas limitações no combate de sua finitude.

O próprio trabalhador adoecido também tem que ser ocultado, pois ele expressa, através do seu adoecimento a fragilidade do trabalho, enquanto espaço que não pode acolher as diferenças individuais. Desta forma, são geradas situações de trabalho lesivas e engessadas que, via de regra, só comportam a presença de “operários-padrão”, ou melhor, daqueles que têm condições de se adaptar às atividades tal qual estão prescritas. No hospital, onde o ofício é “combater” a doença e a morte, o trabalhador luta com o seu trabalho, e acaba por incorporar a vergonha, mas uma vergonha que não é só dele, que é social pela impotência frente à fragilidade humana.

Ao romper com a cadeia produtiva em razão do adoecimento e do afastamento do trabalho, os trabalhadores se afastam, de um lugar de trabalhador socialmente

legitimado e reconhecido. O rompimento decorrente do adoecimento impõe a perda de lugares agenciados via trabalho, das vivências de auto-reconhecimento e de reconhecimento social. Estão ameaçados o poder aquisitivo, as relações sociais e o convívio com colegas na própria empresa.

Estes trabalhadores sentem que falharam, que não podem acompanhar e se manter neste jogo, seja por “fragilidade” física ou psíquica. Os trabalhadores sentem-se colocados em condição de inferioridade em relação a seus pares. Não podem mais dar conta da sua atividade ou têm inúmeras restrições para o cumprimento da mesma. Estão numa situação diferente e desigual. Esta posição produz o medo de serem rejeitados e excluídos pelo grupo, pela instituição, nas relações familiares e demais momentos e espaços de convivência com os outros. Pensar a troca de função ou, até mesmo, as adequações de atividades às restrições, impõe a estes profissionais resgatar sua história de relação com o trabalho de forma que possam construir novos sentidos e possibilidades de existência.

O afastamento do trabalho impõe uma revisão dos modos de vida destes trabalhadores, desestabiliza, movimenta, tensiona e exige recursos para a busca e/ou produção de linhas de fuga. Mas percebe-se que o desejo já há muito cedeu o seu espaço para as rotinas, cadências e planilhas. Os corpos são dóceis e só se reconhecem dentro do já prescrito.

A mesma relação de trabalho que subordina, no entanto, pode ser a via de rompimento com o regramento social, na busca de um posicionamento ético e da alteridade. A violência decorrente do afastamento do trabalho e do adoecimento pode ser o disparador deste processo.

As situações vivenciadas pelos trabalhadores estudados corporificam os modos de fazer as experiências de si até aqui discutidas, de forma que cabe aqui personificar nossos atores, os quais, através de suas experiências de adoecimento e rompimento com o trabalho, deram forma a este estudo. Assim, o estudo se configurou como uma pesquisa intervenção, sendo que utilizamos o grupo como recurso para a intervenção junto aos trabalhadores. O grupo foi formado por trabalhadores que se dispuseram a participar e nos valem de suas produções coletivas como principal material de pesquisa.

Sônia, 50 anos, auxiliar de enfermagem que trabalhou quatro anos numa unidade de internação cirúrgica do hospital. Afastou-se do trabalho por patologia osteomuscular que a impede de fazer esforço com os membros superiores, bem como atividades repetitivas. Fez curso técnico de enfermagem mas, em decorrência das suas restrições, a atividade da enfermagem não é mais viável. Foi realizado pelo médico do trabalho do hospital encaminhamento de pedido de aposentadoria. Enquanto isso, ela aguarda perícia médica onde sua situação será analisada.

Ester, 45 anos, técnica de enfermagem trabalhou no centro de tratamento intensivo do hospital durante 16 anos. Afastou-se do trabalho por problemas osteomusculares e por acidente de trabalho. Sua história de trabalho é marcada por uma trajetória onde buscou sempre o aperfeiçoamento e locais de trabalho que a desafiassem. Relata ter resistido muito para aceitar seu adoecimento, fato que protelou etapas do tratamento clínico especializado que está tendo que retomar agora. Ainda está se recuperando de uma cirurgia recente, mas é provável que Ester não possa mais retornar a atividade da enfermagem devido a gravidade da sua situação e das limitações decorrentes.

Maria Eduarda, 39 anos, auxiliar de farmácia, trabalha há 20 anos no hospital. Afastou-se por problemas osteomusculares. Sua história de vida é permeada pelo trabalho no hospital: casamento, filhos, separação, adoecimento. Tem restrições quanto a movimentos repetitivos e esforço físico. Ainda sente muitas dores por isto permanece afastada, aguardando melhora do quadro para que possa ser reabilitada.

Simone, 36 anos, auxiliar administrativo há 13 anos no ambulatório do hospital. Afastada por problemas osteomusculares esteve em benefício por mais de um ano. Suas restrições são quanto a esforço físico com os membros superiores e movimentos repetitivos. Faz faculdade de psicologia. Está em processo de reabilitação na recepção central do hospital. Faz referência às estratégias que utiliza para lidar com sua situação.

Preta, 42 anos, técnica de enfermagem há 13 anos no centro de tratamento intensivo clínico cirúrgico adulto HCPA. Foi afastada do trabalho por ter tido uma queda em função de escorregar no trabalho, fato que disparou um processo de discussão sobre suas condições para trabalhar na área de enfermagem, tendo em vista suas seqüelas decorrentes de poliomielite na infância, a necessidade do uso de muletas,

trazendo riscos para o desempenho de sua atividade. Tem, portanto, restrições severas quanto à deambulação e às atividades que exijam destreza no deslocamento. Concluiu processo de reabilitação na farmácia do hospital-área de individualização da medicação. Relata que a sua situação é diferente da das colegas do grupo, pois não está doente.

Mari, 40 anos, técnica de enfermagem há 5 anos na unidade de terapia intensiva pediátrica do hospital, afastou-se por doença psiquiátrica – depressão. Teve duas tentativas de reabilitação que não se concluíram, por ter se exacerbado sua doença psiquiátrica. Teve alta do INSS em fevereiro de 2004 ingressando como reabilitada na Central de Nutrição Parenteral e Quimioterápicos onde auxilia os farmacêuticos e procede a diluição de medicações. Ao compartilhar sua trajetória na reabilitação com o grupo conta que a experiência nos locais onde não se efetivou foram essenciais para o momento atual, que considera bem sucedido.

Joana, 35 anos, atendente de alimentação, trabalha desde 1997 na área de distribuição de refeições aos pacientes do hospital. Afastou-se do trabalho por problemas osteomusculares. Já tentou retornar para a área de origem com restrições, mas piorou seu quadro clínico, retornando para o auxílio doença. Tem restrições quanto a esforços físicos com membros superiores. Teve recente encaminhamento para retorno, mas não se sentiu em condições. Foi re-encaminhada ao INSS, onde teve alta. Pediu demissão do hospital por não se sentir em condições de retornar ao trabalho na área de origem, conforme indicado pela empresa por ocasião de alta médica.

Algumas histórias são como estas. Outras são diferentes. LER/DORT, depressão, dermatites, intervenções cirúrgicas, acidentes de trabalho. Estas, dentre tantas outras causas, levam ao afastamento do trabalho e a incapacidades ou restrições severas às ocupações de origem no HCPA.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital geral de grande porte que serve de campo de estágio para as unidades de ensino da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se por uma organização atravessada por instituições como do ensino e da saúde que carrega como marcas as práticas disciplinares, relações hierárquicas engessadas e jogos de verdade hegemônicos. Os trabalhadores do hospital, submetidos às peculiaridades desta organização e do seu objeto de trabalho –

a doença e a saúde, a vida e a morte -, acabam por estabelecer estratégias de trabalho que passam tanto pela heterogeneidade das equipes como pela homogeneização das práticas e dos modos de pensar, sentir e agir (PITTA, 1991; OSÓRIO DA SILVA, 2002).

Considerando que os processos de adoecimento e reabilitação mostram-se como a face mais visível de vivências subjetivas marcadas pelo sofrimento e pela sensação de incapacidade, analisaremos as possibilidades que os trabalhadores possam ter em forjar outros modos de viver a partir destes fatos, criando estratégias para lidar com o sofrimento e re-criar suas trajetórias profissionais. Ou, em outras palavras, protagonizar outros modos de viver e de trabalhar a partir das rupturas provocadas pelo adoecimento.

Configuramos este trabalho na exploração e análise dos pontos de fixidez e ruptura das experiências destes trabalhadores, expressos nos modos como vivenciam o afastamento do trabalho e a reabilitação profissional. Nas idas e vindas, avanços e retrocessos tanto das histórias de adoecimento quanto dos investimentos de retorno ao trabalho, visibilizaram-se imbricadas histórias de trabalho e de modos de viver.

1. TRABALHO E SUBJETIVAÇÃO

Lembra-te de que tempo é dinheiro (...)

Lembra-te de que crédito é dinheiro (...)

Lembra-te de que o dinheiro é de natureza prolífica,
procriativa (...)

Lembra-te deste refrão: 'O bom pagador é dono da bolsa
allheia'(...)

As mais insignificantes ações que afetem o crédito de um
homem devem ser consideradas...

(WEBER,1905, p.29-30)

O trabalho contemporâneo tem sido marcado por importantes transformações nas últimas décadas. A globalização e a reestruturação do capitalismo, pressionadas pela necessidade de “novos” modos de acumulação, constituem-se no cenário no qual as transformações do trabalho operam na forma da chamada “reestruturação produtiva”.

O declínio do modelo fordista de acumulação vem acompanhado de outras técnicas e tecnologias que repercutem nas relações de trabalho, tais como a informatização, a gestão pela qualidade, a flexibilização do trabalho, a diminuição do emprego e da relação de trabalho pautada no salário, entre outras. Este conjunto de procedimentos, conhecido como “acumulação flexível”, busca dar conta de flexibilizar a produção, o trabalho e as relações de trabalho, de modo a garantir produtos individualizados e particularizados que surgem como efeito, também, da crítica à produção e à sociedade “de massas”.

Os novos modelos de gestão buscam uma melhor performance da força de trabalho, a fim de adaptá-la às mudanças em curso, e impactam a classe trabalhadora, imprimindo outros modos de viver e trabalhar. A flexibilização vem acompanhada da fragilização dos movimentos sindicais, pela qualificação/desqualificação da mão de

obra e pela flutuabilidade do mercado e sucateamento de algumas atividades, paulatinamente substituídas por modernos equipamentos e tecnologias "de ponta". (NARDI, 2003; SILVA, 1997; CORRÊA, 1997; XAVIER, 1997; LARANJEIRA, 1997).

As práticas no capitalismo têm sido bastante inventivas no que tange às tecnologias, estratégias e táticas para o melhor aproveitamento da força de trabalho e otimização da mão de obra. Podemos tomar como exemplos, a flexibilização das relações de trabalho através da contratação indireta de trabalhadores e as ferramentas estrategicamente empregadas pelo modelo japonês, tais como os programas de qualidade total, a produção *just-in-time* e as relações inter empresariais, cujos objetivos tendem à universalização e à padronização, capturando, de maneira astuciosa, a força de trabalho e a produção de subjetividade.

Castel (1998), analisando o trabalho na atual conjuntura, refere que:

... a precarização do emprego e o aumento do desemprego emergem manifestando 'um déficit de lugares' ocupáveis na estrutura social, entendendo-se por lugares posições às quais estão associados uma utilidade social e um reconhecimento público... tudo se passa como se nosso tipo de sociedade redescobrisse, com surpresa, a presença, em seu seio, de um perfil de populações que se acreditava desaparecido, 'inúteis para o mundo', que nele estão sem verdadeiramente lhe pertencer (p. 529).

As transformações no mundo do trabalho trazem o fim do emprego e o crescimento da economia informal e virtual. Aos dispositivos disciplinares somam-se os dispositivos de poder das atuais sociedades de controle: a necessidade de superação constante e o sentimento de inutilidade passam a ser constituintes dos sujeitos, marcando seus modos de existência (SILVA, 2001).

Antunes (2002) aponta os elementos destrutivos que surgem em consequência de uma lógica societal, característica do capitalismo, que prioriza a produção e a valorização do Capital. Para o autor as consequências mais graves são: "a destruição e/ou precarização, sem paralelos em toda a era moderna, da força humana que trabalha e a degradação crescente do meio ambiente, na relação metabólica entre homem, tecnologia e natureza" (ANTUNES, 2002, p. 34). As reflexões do autor atentam para os efeitos "destrutivos" das transformações do trabalho, sugerindo importantes repercussões na relação homem-tecnologia-natureza.

Ao pensarmos nos efeitos subjetivos, tomamos como referência os modos de sujeição que se produzem nestes processos. Partindo da idéia de que a precarização do emprego e do trabalho instigam a competição e o individualismo, pode-se pensar que suas repercussões atingem a todos, ainda que de diferentes formas. O trabalhador inserido no mercado sofre os efeitos da precarização do trabalho e o trabalhador que está “fora” sofre os efeitos da precarização do emprego.

Os sentimentos de descartabilidade, de inutilidade, de incapacidade e de insegurança também estão presentes como manifestações do impacto destas transformações. Estes sentimentos acompanham a história do capitalismo, apesar de sua evidência indiscutível nas últimas décadas. Marx e Weber apontam inclusive, que, do ponto de vista subjetivo, são fundamentais para o desenvolvimento e a manutenção do capitalismo.

Weber (1905) em “A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo”, quando cita as sentenças anteriormente descritas, pregadas por Benjamin Franklin, assinala que:

Na verdade, o que é aqui pregado não é uma simples técnica de vida, mas sim uma ética peculiar, cuja infração não é tratada como uma tolice, mas como um esquecimento do dever. Esta é a essência do problema. O que é aqui preconizado não é o mero bom senso comercial - o que não seria nada original – mas sim um ethos (WEBER, 1905, p.31).

O autor nos aponta claramente para o “espírito” que dá sustentação ao discurso do capitalismo, enfatizando seu enraizamento nos modos de vida dos trabalhadores. Ressalta mais adiante que a “aceitação” subjetiva do “espírito do capitalismo” passa a ser condição para a manutenção no mercado e dos empregos. Desta forma passa a ter valor o ser ou não competente para sustentar-se numa determinada posição. No capitalismo, a lógica de dominação está, para além da questão econômica, pautada em uma “economia” subjetiva que coloca o trabalhador enquanto possuidor ou não de certos valores e capacidades.

Marx (2003), ao discutir trabalho alienado, refere que: “O trabalho não cria apenas objetos; ele também se produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e, deveras, na mesma proporção em que produz bens” (p.2). Este fato produz o trabalhador como mercadoria, dotado de valor, qualidade, capacidade, disponibilidade e potencial. Assim, estabelece valores que definem as práticas nas

relações de trabalho que delineiam o lugar deste trabalhador como força de trabalho que vende o seu potencial para sobreviver.

A busca pelo reconhecimento desde um “lugar” de trabalhador será referenciada em lugares legitimados socialmente, como que referendando um “modelo” de trabalhador. Ao se opor a este modelo, ou mesmo ao buscar construir outros lugares, está marcada esta referência. No caso do trabalhador afastado do trabalho, esta referência se mostra pelo rompimento, mas, mesmo assim, evidencia o trabalho como elemento fundamental no estabelecimento de modos de vida. O trabalho como modo de sujeição, atravessado por valores morais, códigos, regras e estatutos, concorre para a produção dos sujeitos e de seus estilos de vida.

No capitalismo as relações se estabelecem com base em valores produzidos historicamente pelas regularidades do mercado e por interesses econômicos desiguais. Segundo Deleuze (1990 apud SILVA, 2001, p.124), no capitalismo, o universal é o mercado, estando o Estado a serviço da fabricação de riqueza e de miséria.

Para Nardi (2003) “a criação de um conjunto de regras morais que permitiu a valorização e a identificação com o trabalho foi fundamental como justificativa ideológica do capitalismo, assim como para os suportes simbólicos da existência” (p.47).

No sentido de entendermos os efeitos do trabalho para a produção dos sujeitos, consideramos a noção de sujeito, para Foucault (1995), como uma condição que os indivíduos passam a ocupar:

Podemos dizer que todos os tipos de sujeição são fenômenos derivados, que são meras conseqüências de outros processos econômicos e sociais: forças de produção, luta de classe e estruturas ideológicas que determinam a forma de subjetividade.

Sem dúvida, os mecanismos de sujeição não podem ser estudados fora de sua relação com os mecanismos de exploração e dominação. Porém, não constituem apenas o “terminal” de mecanismos mais fundamentais. Eles mantêm relações complexas e circulares com outras formas (FOUCAULT, 1995, p.236).

O trabalho como modo de sujeição pressiona para modos de inscrição nas relações sociais que podem garantir ocupar ou não um lugar legitimado socialmente, no caso, o lugar de trabalhador. A argumentação de Marx em relação ao trabalho alienado nos aponta tal questão:

A alienação humana, e acima de tudo a relação do homem consigo próprio, é pela primeira vez concretizada e manifestada na relação entre cada homem e os demais homens. Assim, na relação do trabalho alienado cada homem encara os demais de acordo com os padrões e relações em que ele se encontra situado como trabalhador (MARX, 2003, p.10).

Podemos compreender que a temática do trabalho alienado aponta para perversas relações, onde o trabalho, na medida em que produz bens, produz ao trabalhador e a si mesmo como uma mercadoria. O trabalho produz o trabalhador e a si mesmo como mercadoria, na medida em que a força e a capacidade física e mental do trabalhador se transformam em força de trabalho e em mercadoria. O trabalhador passa a vender sua própria capacidade de produzir e criar, submetendo-se a relações de trabalho perversas, que produzem dominação e exploração. O trabalho também se volta contra quem produz na medida em que ao separar concepção de execução, afasta o trabalhador do produto do seu trabalho, de modo que o produto parece "estranho" àquele que produz. O trabalho volta-se contra o trabalhador ao se criar a idéia de que o saber está no outro, numa perversa relação onde quanto mais o trabalhador produz riqueza, mais pobre fica; quanto mais inscreve seu saber no trabalho, mais é considerado incapaz. Neste sentido, uma das principais estratégias do capitalismo é a busca da separação entre concepção e execução, onde quem executa, fica com a sensação de que está "cumprindo ordens". A dominação funciona de forma a desconsiderar que o saber (*savoir faire, working on the job*, saberes tácitos) é do trabalhador, na história do trabalho, criando-se a idéia de que é de outro. Assim, esta relação também produz alienação, pelo fato do trabalhador estar alienado da capacidade de reconhecer o seu valor e sua importância no trabalho e na produção da riqueza social.

A alienação do trabalhador em seu produto não significa apenas que o trabalho dele se converte em objeto, assumindo uma existência externa, mas ainda que existe independentemente, fora dele mesmo e a ele estranho, e que com ele se defronta como uma força autônoma. A vida que ele deu ao objeto volta-se contra ele como uma força estranha e hostil (MARX, 2003, p.3).

O trabalho alienado se torna unicamente um meio de sobrevivência, gerando competitividade e individualismo, trazendo estranhamento e hostilidade. Estranhamento

no sentido de não mais reconhecer o saber como seu, mas como do outro e hostilidade pela relação de dominação-exploração.

Neste estudo, pensamos que a noção de trabalho alienado remete às noções de dominação e exploração também apontadas por Foucault na discussão sobre o poder.

Apesar das especificidades dos contextos teórico-conceituais dos autores, pode-se pensar nas relações de trabalho enquanto relações de poder. Para tanto, partimos da noção de relações de poder em Foucault (1995), onde as mesmas são vistas como um jogo de forças que, num campo de lutas, gera tensionamentos e resistências.

Mais do que um 'antagonismo' essencial, seria melhor falar de um 'agonismo'- de uma relação que é, ao mesmo tempo, de incitação recíproca e de luta; trata-se, portanto, menos de uma oposição de termos que se bloqueiam mutuamente do que uma provocação permanente (FOUCAULT, 1995, p.245).

As relações de trabalho, vistas como os jogos de poder, através dos seus dispositivos de dominação e exploração, e das relações entre sujeitos que estão em situações desiguais (diferenças jurídicas, econômicas, culturais, de competência, de habilidades...) vão estabelecendo um mecanismo complexo permeado por lutas e tensionamentos, sujeições e resistências. Neste sentido, as formas de trabalhar e de se colocar nestas relações imprimem modos de viver. O agonismo de tais relações gera outras, complexas e singulares, produzindo inúmeros sentidos em cada sujeito.

Foucault (1999) possibilita que se pense esta tensão no trabalho como efeito dos jogos de poder, verdades e saberes que emanam do trabalho como um campo de práticas onde os processos de construção, problematização e mesmo destruição de normas podem configurar estilos de vida, modos de subjetivação, ou seja,

o que deve ser o sujeito, a que está submetido, que estatuto deve ter, que posição há de ocupar no real e no imaginário, para chegar a ser sujeito legítimo de tal ou qual tipo de conhecimento, em poucas palavras, se trata de determinar seu modo de subjetivação (FOUCAULT, 1999, p.16). ¹tradução da autora

Assim sendo, no estranhamento trazido pelo trabalho alienado são produzidos sujeitos inscritos em relações de saber-poder que definem modos de vida. É pela via

¹No original "... lo que debe ser el sujeto, a qué condición está sometido, qué estatuto debe tener, qué posición ha de ocupar en lo real o en lo imaginario, para llegar a ser sujeto legítimo de tal o cual tipo de conocimiento; en pocas palabras, se trata de determinar su modo de subjetivación." (FOUCAULT, 1999, p.16).

dos jogos de verdade que se produzem no trabalho que se dá a sujeição, ou seja, as práticas no trabalho estabelecem um conjunto de normas, procedimentos e processos através dos quais se definem os modos como a experiência de si se faz nos jogos de verdade. Assim, as relações de poder/saber e jogos de verdade do trabalho envolvem o sujeito numa circularidade, impondo regras, deveres e direitos, que constituem o trabalhador. Isto permite afirmar, então, que a organização e as relações de trabalho se estruturam em torno de normas, convenções e padronizações, consideradas essenciais para garantir a produtividade e a qualidade necessárias à competitividade do mercado.

Ao tomarmos a condição de trabalhador como atrelada às noções de subordinação e de cumprimento de regras e de leis, pode-se pensar que a experiência do ser trabalhador está modelada por uma moral que supõe um trabalhador cordato, capaz de cumprir as normas e garantir os maiores índices de produção e de produtividade possíveis (TITTONI, 2003, p.25).

Esta modelagem da experiência de ser trabalhador se dá pelos jogos da organização e das relações de trabalho, pelas regras, deveres e direitos. Foucault (1991) indica o poder da norma, enfocando como a regulamentação é um dos grandes instrumentos de poder no fim da era clássica:

As marcas que significavam status, privilégios, filiações, tendem a ser substituídas ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que tem em si mesmos um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares. Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga a homogeneidade; mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras. Compreende-se que o poder da norma funcione facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade que é regra, ele introduz como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais". (FOUCAULT, 1991, p.164)

O poder da regulamentação incide, portanto, nos processos pelos quais os sujeitos fazem as experiências de si mesmos. Foucault (1995) chama de modo de sujeição, a maneira pela qual os sujeitos são chamados ou incitados a reconhecer suas obrigações morais. O trabalho como experiência de si, pode ser pensado enquanto fator fundamental na produção de modos de vida, onde os modos de sujeição, a resistência, a criação e a invenção concorrem para a produção do sujeito trabalhador.

Considerando a subjetividade como efeito de múltiplas determinações em tensão (ROCHA & AGUIAR, 2003), podemos pensar que os processos pelos quais os sujeitos fazem as experiências de si mesmos, pela via do poder da norma, sejam capazes de produzir subjetividades, tanto homogêneas quanto diferentes, ou desviadas dos “modelos”.

Deleuze (1988) diz que, para Foucault uma idéia fundamental é a de uma dimensão da subjetividade que deriva do poder e do saber, mas que não depende deles, havendo sempre uma relação consigo que resiste aos códigos e aos poderes. No sentido de compreender esta possibilidade de, mesmo derivando do poder e do saber poder resistir, utilizaremos os estudos de Judith Butler (1997). A autora, ao estudar o assujeitamento e a constituição do sujeito, problematiza a psicanálise através da discussão do poder no pensamento foucaultiano. Para Butler (1997), a dependência primária seria condição da formação e da regulação política dos sujeitos e dos meios de seu assujeitamento, bem como da impossibilidade de constituição de si sem o olhar do outro como marca do processo de dependência e de emergência dos sujeitos. Esta argumentação estabelece uma ligação com o trabalho de modo a pensar as relações de trabalho enquanto reiteração desta dependência primária.

Ampliando a visão psicanalítica e considerando o pensamento foucaultiano, Butler (1997) argumenta que o sujeito, ao reiterar este assujeitamento, abre a possibilidade de repetir de modo diferente, de modo a fazer deslizamentos, “invenções” e outros agenciamentos. A dependência primária, ou assujeitamento, assinala uma vulnerabilidade primária ao outro, uma vulnerabilidade inevitável do sujeito ao poder e aos processos de regulação social. “A reformulação de Foucault quanto à subordinação é aquela onde a mesma não é só imprimida sob o sujeito, mas forma o sujeito, isto é, está impressa no sujeito pela sua formação, sugerindo uma ambivalência no lugar onde o sujeito emerge” (BUTLER, 1997, p.6-7)² tradução da autora.

²No original “Foucault’s reformulation of subordination as that which is not only pressed on a subject but forms a subject, that is, is pressed on a subject by its formation, suggests an ambivalence at the site where the subject emerges.”(Butler, 1997, p.6-7).

A incorporação das normas sociais como fenômeno psíquico, restringe e produz desejos. O sujeito se constitui, segundo Butler (1997), como efeito da interdição interiorizada.

Se pensarmos na noção de disciplinamento, poderemos ver que a interdição adquire formas específicas: “A disciplina fabrica indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício (...) é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente” (FOUCAULT, 1991, p.153).

No caso das relações de trabalho, e como efeito do poder da norma, o trabalhador só se reconhece no assujeitamento. Esse é o processo de sujeição. Mas também de produção dos modos de subjetivação, uma vez que os modos de fazer a experiência de si no trabalho passam pelas experiências tanto de docilização, como de deslizamento, por experiências tanto de dependência como de resistência, ou seja, o processo de se tornar sujeito, por se fazer em relações desiguais possibilita a resistência. Resistência esta que se dá no embate e no tensionamento pela busca dos espaços de liberdade e de produção de sentidos que as diferenças nas relações produzem. Para Foucault (1995): “Toda relação de poder opera diferenciações que são, para ela, ao mesmo tempo, condições e efeitos” (p.246).

Considerando os processos de assujeitamento, Butler (1997) discute, à luz da psicanálise, a formação melancólica do sujeito enquanto efeito do processo de assujeitamento. Na melancolia, a perda do objeto é negada, seja ele sujeito ou ideal, provocando uma ruptura do apego a este objeto perdido: o mundo interno se estrutura na ambivalência. Assim o movimento da libido orienta-se para, antes de destruir o objeto perdido e desvincular-se, destruir o próprio ego.

O sujeito se constitui na ambivalência, opondo-se à subordinação, reiterando sua sujeição, se apropriando da mesma. A relação com o trabalho figura tal cenário, oferecendo as condições de possibilidade para repetir e até mesmo reforçar, através das relações de dominação e exploração, um devir melancólico. Ou, seja, a disciplina, o regramento, os modos de organização do trabalho no capitalismo, as relações hierárquicas, bem como as aptidões e competências exigidas do trabalhador,

constituem relações de trabalho tensionadas por lutas e enfrentamentos bastante ambivalentes entre o trabalhador e as demandas do trabalho.

Butler (1997), ao analisar a sujeição, retoma Foucault argumentando que o sujeito está constituído na sujeição e nas relações de poder, sendo esta sua própria condição de resistência. “A reiteração do poder não somente temporaliza as condições de subordinação, mas mostra estas condições serem não estruturas estáticas, mas transitoriamente ativas e produtivas” (BUTLER, 1997, p.16).³ tradução da autora.

O trabalho, enquanto dispositivo nos processos de assujeitamento, possui particularidades importantes. Nardi, Tittoni & Bernardes (2002), referem que a discussão sobre subjetividade e trabalho busca

pensar os modos como as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar, sentir e trabalhar amarrados em dados momentos – mais ou menos duráveis – que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos. Do mesmo modo implica nas diferentes possibilidades de invenção e criação de outros modos de trabalhar, na forma de transgressões ou mesmo de resistências–potências na conexão dos diversos elementos e dos modos de produzir e trabalhar (p.304).

As relações de trabalho no capitalismo caracterizam-se pela repetição e dependência, pela disciplina e pela vigilância, enfim, pela fragilização do sujeito no trabalho. As formas de controle atingem o próprio modo de existência, “modelando os seus desejos mais íntimos, tornando-os inofensivos e submissos às novas regras do capital” (SILVA, 2001, p.50).

Em relação ao capitalismo, Foucault (1995) nos assinala que a tecnologia do poder pastoral astuciosamente permeou o interior da estrutura política do Estado moderno ocidental, combinando uma forma de poder tanto individualizante quanto totalizadora. Desta maneira, do seio de tal estrutura e com toda a sua força é que emanam as leis, normas e procedimentos disciplinares e de controle. As organizações de diferentes tipos, as relações sociais e os modos de vida vão aí se modelando, mais para se aproximar daquilo que é esperado, do que numa prática reflexiva e de problematização da singularidade.

³ No original “The reiteration of power not only temporalizes the conditions of subordination but shows these conditions to be, not static structures, but temporalized- active and productive.”(BUTLER, 1997, p.16)

Desta forma, trabalho no modo capitalista não chama para a prática reflexiva da liberdade, mas para o assujeitamento. Não chama para a problematização, mas para a reprodução. “A exploração capitalista imprime novas relações de produção a fim de capturar as forças produtivas em novas formas de dominação” (SILVA, 2001, p.25).

O trabalho, paradoxalmente, pode ser fonte de sofrimento, no que tange o disciplinamento, a hierarquia e a rigidez na organização, mas também pode ser potencialidade, enquanto campo de possibilidades e devires. Neste sentido, o trabalho pode ser pensado como produção de modos de viver, nos aproximando do que Foucault (1998) chamou de artes da existência, enquanto espaço de transformação e potencialidade de produzir devires, deslizamentos e invenções.

Em relação ao trabalho como fonte de sofrimento, Dejours (1994) compreende que “o sofrimento implicará, sobretudo, um estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental” (DEJOURS, 1994, p.127). Neste sentido, enquanto um “estado de luta”, há possibilidade de adaptação ou ajustamento, mas também há possibilidade de criação. A estas possibilidades Dejours nomeia sofrimento patogênico e sofrimento criativo.

O sofrimento patogênico aparece quando:

todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento na organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença (DEJOURS, 1994, p.137).

Para o autor, quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, “ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática” (DEJOURS, 1994, p.137). Desta forma, o trabalho funciona como um mediador para a saúde.

Com relação ao trabalho hospitalar, pode-se pensar como a organização do trabalho constitui sujeitos através do submetimento, capturando devires e desejos. O trabalho hospitalar, através dos dispositivos disciplinares e de controle presentes na

sua organização, gera tensionamentos, enfrentamentos e sofrimento. Para Foucault (1991):

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade/utilidade são o que podemos chamar as 'disciplinas' (...) O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tão pouco aprofundar sua sujeição, mas a forma de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente... O corpo humano entra numa maquinaria que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe... A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos 'dóceis'(FOUCAULT, 1991, p.126 – 127).

Essa anatomia política, conforme nomeia Foucault, está territorializada no hospital, na minúcia e detalhamento das técnicas e procedimentos necessários à manutenção das melhores condições para a assistência ao enfermo; está na própria concepção do corpo do paciente e do corpo do trabalhador que, de tanto usar uma parte – efeito do esquadrinhamento –, adoece por repetição de movimentos. Do ponto de vista do corpo do paciente, pode-se pensar que é desprovido de adornos, de vestimentas próprias, em troca das vestes hospitalares; que é manipulado e controlado de tempos em tempos para os sinais vitais, para a administração de medicamentos, pelo regramento das refeições, para medidas de diureses, para os exames clínicos e especializados, dentre tantos outros procedimentos que se pudesse aqui referenciar.

As relações, neste contexto, se estabelecem num processo onde os trabalhadores se alimentam deste submetimento, como diz Butler (1997), numa vulnerabilidade inevitável ao poder e aos processos de regulação social. “Estes sujeitos constituídos na vulnerabilidade primária não estão isentos dos abusos que sofrem, ao contrário, isto torna claro quão fundamental a vulnerabilidade pode ser” (BUTLER,1997, p.20)⁴ tradução da autora.

Tal vulnerabilidade ao poder e aos processos de regulação social, tão fundamental quanto docilizadora, concorre para a produção de sujeitos, considerando que, conforme Campilongo (1999), em relação ao pensamento Foucaultiano:

⁴No original “That subjects are constituted in primary vulnerability does not exonerate the abuses they suffer; on the contrary, it makes all the more clear how fundamental the vulnerability can be”. (BUTLER,1997, p.20)

o sujeito emerge nas instituições como sujeito de identidades e subjetivações, submetido a um sistema de interdições e sujeições, que passam a atuar sobre o corpo e sua subjetividade, tornando-o um corpo dócil. A este sistema de interdições e sujeições Foucault designará de poder disciplinar, através do qual são possíveis o exercício de dispositivos de poder, tais como os regimes de premiações e ou de exclusões (CAMPILONGO, 1999, p.69).

Estas relações de submetimento e assujeitamento são constitutivas das formas de se reconhecer enquanto sujeito. Sendo fundantes para o estabelecimento dos modos de vida, dos valores e das práticas de si.

O rompimento com o trabalho imposto pelo afastamento, em decorrência do adoecimento, fratura e se atravessa em tais processos de sujeição e auto-reconhecimento. Processos estes que, como circularidades, são experimentados com recorrência nas relações, exigindo um recolocar-se, um reposicionar-se.

Este movimento de reposicionar-se está atravessado pela culpabilização expressa na vivência de “não ter sido bom o suficiente” de modo a evitar o adoecimento. Nietzsche (1998), ao analisar as relações credor x devedor, nos trás contribuições importantes no que se refere à culpabilidade decorrente do rompimento do contrato entre as partes. O devedor, enquanto aquele que não teve sucesso em manter sua promessa e a cumprir sua palavra, rompe o contrato, sente-se responsável, culpabilizando-se.

Fazendo uma analogia, o rompimento do contrato de trabalho pelo adoecimento posiciona o trabalhador enquanto devedor. O trabalhador por sentir que não foi capaz de dispor suficientemente do seu corpo a fim de sustentar seu trabalho, se sente culpado. Ele afasta-se do trabalho, passa a depender das perícias e da previdência, tanto para o seu sustento como para definir o quando, o como, e se vai retornar ou não ao trabalho. Desta forma, cada vez mais se distancia das relações de produção, sendo chamado a uma violenta relação de dependência das normas do sistema, de submetimento e de conformismo. Este percurso, compreendido como castigo por não ter conseguido sustentar-se na condição de trabalhador, repercute no sujeito conforme descreve Nietzsche (1998) ao discorrer sobre os efeitos do castigo:

...antes de tudo, numa intensificação da prudência, num alargamento da memória, numa vontade de passar a agir de maneira mais cauta, desconfiada e sigilosa, na percepção de ser demasiado fraco para muitas coisas, numa melhoria da faculdade de julgar a si próprio. O que

em geral se consegue com o castigo, em homens e animais é o acréscimo do medo, a intensificação da prudência, o controle dos desejos: assim o castigo doma o homem, mas não o torna 'melhor' – com maior razão se afirmaria o contrário. ('O prejuízo torna prudente', diz o povo: tornando prudente torna também ruim. Mas felizmente torna muitas vezes tolo.) (NIETZSCHE, 1998, p.72)

A esta “doma” do homem, àqueles instintos que não se descarregam para fora e voltam-se para dentro, Nietzsche (1998) chama de interiorização do homem.

Esse homem que, por falta de inimigos e resistências exteriores, cerrado numa opressiva estreiteza e regularidade de costumes impacientemente lacerou, perseguiu, corroe, espicaçou, maltratou a si mesmo, esse animal que querem 'amansar', que se fere nas barras da própria jaula, este ser carente, consumido pela nostalgia do ermo, que a si mesmo teve de converter em aventura, câmara de tortura, insegura e perigosa mata - esse tolo, esse prisioneiro presa da ânsia e do desespero tornou-se o inventor da 'má consciência' (NIETZSCHE, 1998, p.73)

Compreendemos esta “interiorização do homem” como noção complementar aos modos de sujeição no trabalho e a noção de sujeito por nós utilizada: “Há dois significados para a palavra **sujeito**: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a” (FOUCAULT, 1995, p.235)[grifo do autor].

Se considerarmos então a regulação social do cenário do trabalho e o hospital como pano de fundo, compreenderemos que a reabilitação profissional visibiliza a condição desigual em que se encontram os trabalhadores em questão, em relação a seus pares. Sua condição de adoecimento lhes impõe uma posição diferente, no sentido de terem limitações e restrições, muitas vezes não só relacionadas as atividades profissionais, mas também às domésticas podendo até mesmo limitar o seu convívio social, sentindo-se marginalizados. Desta forma, ao romper com a cadeia produtiva, os trabalhadores estarão se “afastando” das formas de se reconhecer enquanto sujeito, as quais foram se construindo a partir da suas relações no e com o trabalho.

No seu percurso como trabalhadores, chamados e incitados a reconhecer suas obrigações morais subjetivaram-se vivendo dentro de alguns padrões e estilos a que, agora, não mais têm acesso. “A aceitação de um estilo de vida desenha, o que

chamamos, estética da existência; implica em modos de ser e formas de fazer em uma dada formação social” (CAMPILONGO, 1999, p.66).

Estabeleceram modos próprios de viver à partir da vinculação a um emprego . A vinculação a um emprego, ou a filiação a relações de trabalho como as da sociedade salarial do pós-guerra na Europa (NARDI, 2003) garantem aos trabalhadores relativa proteção e um lugar privilegiado, considerando a atual conjuntura e as desigualdades sociais.

O emprego, na nossa sociedade de desigualdades, funciona ainda como suporte, possibilitando o acesso ao consumo e às condições de subsistência. Aqui compreendemos suporte conforme Carreteiro (2003), que a partir das idéias de Bordieu, entende os suportes como “as condições de possibilidade presentes na realidade objetiva, à partir das quais o indivíduo pode estabelecer estratégias na condução de sua vida” (CARRETEIRO, 2003, p.279).

Se pensarmos que, segundo Ortega (1999, p.43), “a experiência constitui algo do qual se sai transformado”, a experiência do trabalhador nos jogos de poder que configuram o trabalho pode se caracterizar como a condição de produção de “outras formas de ser”. Os modos de fazer a experiência podem, portanto, produzir “desejos”, devires e/ou alteridades e, neste sentido, aproximar-se do que Foucault chamou de “artes da existência”.

Como artes da existência pode-se compreender

práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 1998, p.5).

Consideramos que as artes da existência se constroem através das práticas de si, “pressupondo” protagonismos e ações inventivas. Tendo em vista que as relações de trabalho tenham sido rompidas, há a necessidade de um reposicionar-se, mas compreendemos que para que este rompimento possa disparar ações inventivas, é necessário dar sentido a outros modos de viver desvalorizados socialmente. O adoecimento e conseqüente afastamento do trabalho produzem tensionamentos no sentido de impor outros modos de se experimentar enquanto sujeito. Desta forma, potencializam outros modos de viver.

2. SITUANDO O CAMPO

2.1. O campo de problemáticas: Hospital/ Trabalho/ Corpo, ou, a máquina da engrenagem ao corpo.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre conta com 72,88% de sua população de trabalhadores do sexo feminino, sendo que a maioria delas desenvolve atividades em ocupações de nível médio, que se caracterizam pela assistência direta (enfermagem) ou indireta (higienização, alimentação, lavanderia, farmácia, administração, laboratórios) ao paciente hospitalizado. Seu contrato de trabalho constitui-se de jornadas de 120, 150, 180, 210 ou 220 horas mensais, sendo suas atividades desenvolvidas, em geral, em diferentes turnos dentro das 24 horas de funcionamento do hospital. As folgas, via de regra, não são fixas, estando na dependência de escalas e rodízios administrados dentro de cada serviço, setor, seção ou unidade. O regime de vinculação à empresa é celetista, e cabe ao Sistema RONDA (sistema informatizado de administração de pessoal - jornada de trabalho, férias, folgas, licenças) fazer jus ao que prescreve a legislação pertinente – CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

O total de trabalhadores ativos do hospital é de 3.864. As admissões se dão mediante aprovação em processo seletivo público e só ocorrem com a desocupação de uma das 3.884 vagas, as quais são mantidas pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura). A abertura de novas vagas depende de projeto a ser avaliado e deliberado pelo MEC. A rotatividade de funcionários do hospital gira em torno de 0,82%⁵, índice considerado baixo em relação à média (1,46%) dos hospitais de Porto Alegre.

A empresa conta com serviço médico especializado próprio, o Serviço de Medicina Ocupacional, que se encarrega da saúde ocupacional dos trabalhadores. Dentre as estatísticas do Serviço de Medicina Ocupacional – Unidade SESMT – das

⁵ Os dados utilizados nesta exploração inicial do campo/tema foram fornecidos pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas do hospital em questão, e referem-se à posição de novembro/2004.

doenças que acometem esta população de trabalhadores 45,2% são ocasionadas por patologias de origem osteomuscular, 25,2% outras doenças e 29,5% são psiquiátricas ou emocionais. Acarretando uma média mensal de 338 trabalhadores em auxílio doença (afastados do trabalho há mais de 15 dias recebendo benefício do INSS)⁶.

Desta realidade advêm os trabalhadores atendidos pelo programa de reabilitação do HCPA. É emergente nas falas destes sujeitos o modo como as suas trajetórias ou histórias de vida estão referenciadas no trabalho, no seu ofício.

Na experiência de atendimento a estes trabalhadores tem ficado evidente o grande sofrimento e a dificuldade dos mesmos em lidarem com as mudanças de percurso impostas pelo adoecimento, mudanças no seu projeto profissional e, mais ainda, nos seus modos de viver.

Neste estudo, partimos dos modos de trabalhar expressos nas vivências das situações de rompimento em razão do adoecimento profissional. Em outras palavras, partimos da idéia de que os modos de trabalhar estão presentes nos modos de adoecer, sobretudo se considerarmos o adoecimento profissional.

Inicialmente cabe fazer uma reflexão sobre o ofício de trabalhar com a dor e a morte que, conforme Pitta (1991) e Osório da Silva (2002), possui algumas particularidades. No hospital, como em outras empresas do modo de produção capitalista, há uma decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas, integradas pela hierarquia dos profissionais e serviços. Isto faz com que, no interior da divisão do trabalho hospitalar, estrategicamente, a inteligência necessária na administração dos cuidados aos enfermos, cada vez mais, se concentre em um número restrito de trabalhadores (alguns médicos e algumas enfermeiras) cabendo aos demais executar as prescrições dos primeiros. É vigente, neste espaço, a hierarquização das relações, a interdependência entre as especialidades, a ordem e a disciplinarização dos procedimentos e condutas. Compreendemos que estas tecnologias permeiam as relações, modulando as práticas e definindo modelos de trabalhador e regimes de verdade.

O processo de trabalho hospitalar, múltiplo e parcelado, apresenta algumas características importantes da organização do trabalho

⁶ Estes dados foram fornecidos pelo Serviço de Medicina Ocupacional e referem-se à posição de outubro de 2004.

industrial, e produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. O tempo da vida e do sonho (dos projetos, da utopia) parece estar fora de seu alcance. O processo de trabalho real, institucionalizado, repete, de uma forma por vezes caricata, a lógica do trabalho industrial, taylorizado, parcialmente ocultada pelo discurso valorativo do 'trabalho em equipe', tornando a análise deste processo mais complexa. O corporativismo - expresso na competição entre as diversas profissões presentes - e o individualismo constituem-se em obstáculos importantes à invenção de novos caminhos" (OSÓRIO DA SILVA, 2002, p.36-37).

Compreendemos, como Ortega (1999), que, para Foucault, a verdade pode ser "entendida como um jogo, o produto contingente de regras mutantes incorporadas em diferentes crenças sociais e práticas" (ORTEGA, 1999, p.118). Considerando o hospital como um campo destas práticas, pode-se pensar os modos como o regramento e a disciplinarização que lhes são específicos têm produzido verdades sobre o corpo, a doença, a vida e a morte no curso da história.

A transformação sofrida pelo espaço hospitalar no século XVIII (FOUCAULT, 2003), ou seja, sua reorganização, caracterizada principalmente pela disciplinarização à partir da medicalização deste espaço, muda as relações hierárquicas no hospital, inaugurando outras relações de saber/poder entre a medicina e a sociedade através das formas de controlar - evitar a morte, por exemplo: "na idade média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos de sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde" (PITTA, 1991, p.28).

A partir do século XVIII o hospital deve dar conta, ao lançar mão de dispositivos tecnológicos, de evitar e conter o sofrimento e a morte.

Esse jogo de vida e morte nos enreda a todos. No ambiente hospitalar ele não pode ser ignorado, não é possível olhar distraidamente e logo olhar para um outro lado, quando a morte passa a nossa frente. No hospital é preciso saber que vida é movimento, é capacidade de ação, ação de enfrentamento de surpresas agradáveis, desagradáveis, estimulantes, ameaçadoras... surpresas que incluem tanto a cura quanto a morte (OSÓRIO DA SILVA, 2002, p.50).

Os pacientes, os familiares, a equipe técnica e os demais trabalhadores da saúde, no contexto da hospitalização, estão perpassados por sentimentos, emoções e defesas despertadas pelas surpresas e pelas vivências da dor e da morte.

Se considerarmos que a hospitalização, de acordo com Sebastiani (1994), representa um rompimento com o cotidiano, uma mudança no transcurso normal da vida, entendemos que ela implica uma quebra de domínio sobre si próprio, na medida em que a pessoa passa de uma situação de vida como agente, para uma situação de paciente. A doença é vivida como uma situação de desajustamento também no grupo familiar, pois os sentimentos e a dor do paciente também são vivenciados pela família.

Hadot (2002) nos ensina que: “a noção de cuidado é ambígua, mostrando que o cuidado é tanto a atenção, o desvelo, a solicitude, que dedicamos a uma tarefa ou a uma pessoa, como a ansiedade e a preocupação que nos assaltam, nos torturam” (apud EIZIRICK, 2002, p.97).

A relação afetiva dos profissionais de saúde, com seu objeto de trabalho é caracterizada pela ambivalência: investem afeto em algo, na maioria das vezes fugaz e sem retorno (a morte/ a doença). Investir afeto neste objeto de trabalho é, portanto, muitas vezes fator de sofrimento e, daí, a ambivalência. Afeto e trabalho se distanciam, sendo necessário lançar mão de mecanismos defensivos para poder lidar com a carga psíquica do trabalho. O distanciamento entre afeto e trabalho também está associado, segundo Dejours (1994) à organização do trabalho, autoritária, rígida e parcelizante, a qual, considerando as atribuições do trabalho no hospital, pode potencializar ainda mais as práticas defensivas.

Esta defensividade, ou seja, esta necessidade de distanciar-se, de não envolvimento, se dá pelo sofrimento despertado na tarefa de cuidar que, ao mesmo tempo em que gratifica, faz sofrer. Os trabalhadores se defendem do que faz sofrer, mas se defendem do seu próprio sofrimento com relação à sua fragilidade. Desinvestem a si próprios na mesma medida em que desinvestem o outro, portanto este sofrimento está associado ao temor de também adoecer e da própria fragilidade inerente ao sujeito. Cuidar da fragilidade do outro pode ser uma forma de se achar forte. Assim sendo, num movimento ambivalente, o trabalho é gratificante, mas faz sofrer.

Com a fragmentação do objeto, suas características humanas ficam mascaradas, o que tem sido interpretado como uma atitude defensiva frente ao conteúdo do trabalho. Os olhares são demarcados, só vêm o que estão programados para ver, e ver o doente como totalidade, ou como sujeito, que interfere de fato e de direito na rede de relações

terapêuticas, não parece estar na 'programação' de médicos e enfermeiros (OSÓRIO DA SILVA, 2002, p.122).

A equipe técnica classifica e rotiniza o atendimento para se distanciar do sofrimento que é o envolvimento com o doente e sua doença. A área administrativa, pano de fundo para que a assistência aconteça, sente-se desvalorizada, distanciando-se cada vez mais da área médica. A engrenagem funciona de forma que uns acionem os outros sem necessitar a troca e a integração, havendo perguntas e respostas anônimas que chegam a um mesmo fim cegas e cadenciadas. A disciplina, o controle, as planilhas, as rotinas, são cada vez mais eficientes e mais atormentadoras. No trabalho hospitalar o sujeito vivencia intensamente as relações de dependência, dominação e de interdição do corpo, exploradas com propriedade por Foucault, em *Vigiar e Punir* (1991).

Em muitas situações, os trabalhadores se apegam à dor, estabelecendo uma relação indiscriminada com o paciente, com quem se identificam. Em outras situações, as defesas servem para distanciar-los do paciente, fazendo com que neguem a dor alheia e ofereçam um trato "desumanizado" ao paciente, visto como partes fragmentadas, um número ou uma patologia. Pitta (1991), em sua pesquisa, constata que são fatores de agravo para o sofrimento psíquico dos trabalhadores do hospital lidar com pacientes, com situações de estresse, de disputa pelo poder, jornadas excessivas de trabalho e competitividade. A pressão que a organização do trabalho impõe, se incorpora na experiência do sujeito, podendo trazer sofrimento. O trabalhador tenta então, através de estratégias, conquistar espaços de liberdade na relação com o trabalho. Organiza uma modalidade própria de trabalhar utilizando-se de uma astuciosa inteligência que lhe possibilita criar novas regras e rotinas, buscando uma aproximação entre as suas necessidades e o cotidiano do seu trabalho. Nessa tentativa de fazer com que o adoecimento e a morte sejam vividos com menos dor, a dissociação é comumente utilizada, polarizando bom e mau, médicos e enfermeiros, equipes e pacientes.

Como conseqüência, surgem dificuldades nas equipes: indefinição de papéis específicos, problemas de entrosamento entre os profissionais, competitividade excessiva na conquista de um espaço de trabalho e do poder de decisão, ressentimentos oriundos da hierarquização dos profissionais da saúde e da intolerância

quando são contestadas as fronteiras das atribuições profissionais. “No Hospital todos sabem, sabem muito, quase todos (todos os que parecem ter alguma importância) são especialistas, e ninguém entra na seara alheia” (OSÓRIO DA SILVA, 2002, p.46).

De acordo com Osório da Silva (2002) entendemos que, apesar das estratégias de disciplinarização, hierarquização, controles e registros, o próprio objeto de trabalho, o doente na sua condição humana, por exigir alto grau de variabilidade na realização das tarefas, funciona como uma força resistencial para a instalação dos modos de trabalhar marcados pelo *taylorismo*.

Em um ambiente em que traços do taylorismo estão presentes, mas impõe-se a flexibilidade na organização do trabalho, o poder de determinação dos acontecimentos por essa categoria profissional é permanentemente atravessado pela multiplicidade de tarefas exigidas para atingir a execução daquela que é central: “cuidar dos doentes” (OSÓRIO DA SILVA, 2002, p.124).

As relações de trabalho no hospital, pelas próprias vicissitudes do trabalho hospitalar, configuram-se como um campo de luta, onde concorrem para a produção dos jogos de verdade e poder as estratégias de dominação e exploração, o doente, na sua natureza humana, e as possibilidades de resistência e práticas de liberdade do trabalhador nestes jogos. A própria heterogeneidade de lugares, profissões e condições, se constitui numa possibilidade para que os diversos conhecimentos se articulem e se influenciem, propiciando o desenvolvimento mútuo (OSÓRIO DA SILVA, 2002).

2.2 A Reabilitação Profissional como acontecimento-ruptura

“Reabilitação Profissional é a atividade prevista na legislação previdenciária – art.90 da Lei nº 8.213/91 e art.77 do Decreto nº3.0488/99 –, cuja finalidade consiste em tentar reabilitar segurados incapacitados para o trabalho na atividade habitual, para poderem atuar em atividades diversas ou retornar para a mesma atividade com restrições” (GONZAGA, 2000, p.73). Aqueles trabalhadores que, por doenças ocupacionais e/ou clínicas (físicas ou psicológicas), apresentam restrições, ou, até mesmo, impedimentos quanto ao exercício de sua função de origem nas empresas,

passam então, a estar vinculados, via INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social –, à Reabilitação Profissional, estabelecendo-se, a partir daí, uma série de avaliações médicas periciais e rituais burocráticos a serem seguidos em busca da reabilitação. Tal processo implica a escolha, a aprendizagem e o treinamento de um novo ofício, ou o estabelecimento de uma nova relação com a sua atividade de origem, pautada nas restrições impostas pelo seu adoecimento.

Bryan (2000) define reabilitação como “o desenvolvimento de uma pessoa até seu mais completo potencial físico, psicológico, social, vocacional de diversão e educacional, de acordo com sua fisiologia ou enfraquecimento anatômico e com suas limitações ambientais” (p.36-37).

Paradoxalmente, os programas de reabilitação se propõem tanto a cumprir uma exigência legal, quanto a desenvolver o potencial, ou capacidade residual (termo comumente utilizado pelos técnicos) dos trabalhadores a eles vinculados. Apontam-nos, dessa forma, para aspectos contraditórios que possam estar permeando os processos de reabilitação.

Os trabalhadores vinculados ao Programa de Reabilitação Profissional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) estão afastados do trabalho por adoecimento clínico ou ocupacional, ou seja, por causas, relacionadas ou não, à atividade laboral. Em função de o seu afastamento ter se prolongado por mais de 15 dias, por sua "patologia" impedir que retornem para a sua atividade de origem no HCPA, ou impor restrições à mesma, foram encaminhados pela perícia médica para o Centro de Reabilitação Profissional (CRP) do INSS. No CRP, os técnicos avaliam os trabalhadores com o objetivo de identificar a “capacidade residual” e prepará-los para o retorno ao trabalho. Tendo então retornado, são atendidos pelos técnicos da equipe do programa de reabilitação profissional do HCPA, passando por avaliações e consultas regulares, visando sua reabilitação e o acompanhamento da mesma.

Este programa é desenvolvido por uma equipe multi-profissional, integrada por profissionais da medicina do trabalho, psicologia do trabalho, serviço social e da área de recursos humanos. Seu objetivo é atender a todos os trabalhadores da empresa que por doenças, relacionadas ou não ao trabalho (físicas ou psicológicas), apresentam limitações e/ou restrições, ou mesmo impedimentos para o desenvolvimento de suas

atividades de origem, no hospital. Estes trabalhadores precisam ser recolocados em outra função ou retornar para as suas atividades de origem, mas com restrições, ou seja, realizando somente parte das atividades, ou mesmo realizando-as completamente, mas com tempos ou através de procedimentos diferentes.

Os trabalhadores em questão estão, via de regra, em processos de reabilitação. Assim sendo, não estão somente em situação de afastamento, mas tentando produzir meios e possibilidades de retornar ao trabalho. Desta forma, o processo da reabilitação, permite que, através da trajetória do adoecimento e afastamento, se atualizem as experiências de trabalho. Estudos como os de Gravina, Nogueira & Rocha (2003) e Takahashi & Canesqui (2003), mostram que as práticas em reabilitação têm sido impactadas por um sistema previdenciário que deixa a desejar no que se refere às questões de prevenção e fiscalização das condições de trabalho geradoras de adoecimento, e que se caracterizam por um modelo assistencial, focalizado na recuperação da capacidade laborativa do trabalhador e na recolocação no mercado desta força de trabalho.

O modelo assistencial tem praticado intervenções clínicas individualizadas e que priorizam ações voltadas para a “readaptação” ao trabalho. Esta reabilitação pela lógica assistencialista interpela o sujeito ao recolocá-lo no mesmo lugar, ou seja, promove o retorno para atividades onde a organização do trabalho reitera relações de dependência/ sujeição, que acabam por repetir e reforçar aqueles modos de sujeição que, via de regra, concorreram para o adoecimento.

Delgado (2001), em relação a esta questão, analisa que, se por um lado, a função terapêutica do trabalho:

permitiu a inegável contribuição da terapêutica ocupacional na humanização do espaço asilar, não evitou, no entanto (e contribuiu para), que se desencadeasse um verdadeiro hábito de submissão dos pacientes a atividades estereotipadas, às vezes em regime de servidão.

Assim, grande parte das experiências de reabilitação pelo trabalho, por não levar em conta o trabalho alienado, resultavam reprodutoras da alienação (DELGADO, 2001, p.196).

As análises dos postos de trabalho e atividades, são feitas com base no mercado de trabalho formal, limitando o campo de possibilidades e dando pouca abertura para que outras experiências do mercado informal de trabalho possam servir como recursos terapêuticos, ou apoios contextuais. Poderíamos pensar que seria “terapêutico”, na

medida em que, ampliando as possibilidades de trabalho, pudessem potencializar deslizamentos e ações inventivas frente à nova situação-condição do trabalhador.

Consideramos que poder recompor os recursos simbólicos depende dos apoios contextuais e da capacidade do sujeito de poder usá-los como tal para realizar um trabalho de luto e de construção futura. O luto requer sempre um remanejamento psíquico da realidade. É a partir deste trabalho que a temporalidade poderá recomeçar a ser re-tecida e o futuro voltar a encontrar formas de se representar (CARRETEIRO, 2003, p.269).

As análises dos postos de trabalho seguem a lógica das políticas públicas na área da saúde e trabalho (DIAS, 1994), que são definidas tendo como pano de fundo o conflito Capital-Trabalho. Estas políticas são fruto de um contexto onde a seguridade social pode ser amplamente problematizada.

A Constituição de 1988 institucionaliza o conceito de seguridade social, na tentativa de articular e ampliar as políticas já existentes, propondo uma reestruturação e reorganização da previdência, saúde e assistência.

Para Oliveira e Teixeira (1986, apud NUNES & ROCHA, 1994):

O conceito de seguridade social compreende a garantia de fornecer a qualquer cidadão (independente de sua capacidade de contribuição) um padrão mínimo de 'bem estar' incluindo não só os benefícios pecuniários tradicionais, mas aspectos relacionados com saúde, higiene, educação e habitação" (p.14) [grifo do autor].

A realização de reformas justificadas nos déficits entre receita e despesa, vem corroendo as bases conceituais das políticas propostas pela Constituição de 1988. Isto focaliza a atenção para a dimensão contábil, desconsiderando seu sentido e importância como sistema de proteção social (BOSCHETTI, 2003). Neste sentido, a legislação previdenciária apresenta-se como o coroamento de um sistema regulado pelas relações de mercado e que só garante a subsistência a partir da possibilidade de um certo poder aquisitivo. Segundo BOSCHETTI (2003) a seguridade social brasileira se restringe ao seguro (substituição de renda) e à assistência (atenção à saúde), numa lógica direcionada aos pobres e incapacitados e que tenta garantir minimamente condições de sobrevivência. Desta forma, afasta-se da tentativa de ampliação proposta pela Constituição de 1988. Através dos princípios de universalidade, uniformidade e equivalência, seletividade e distributividade, irredutibilidade, diversidade e caráter

democrático e descentralizado⁷, buscava-se agregar questões como a educação, a habitação, e a regulação da economia de mercado à discussão da seguridade social. As lógicas produzidas no contexto de priorização do seguro e da assistência, em detrimento das outras questões, acabam por materializar políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam.

As políticas e o corpo de leis que se produzem neste contexto exprimem a frágil intervenção do Estado, fragilidade esta que aumenta no desenvolvimento capitalista, quando no contexto neoliberal, o estado ao regulamentar interdita e aprisiona o trabalhador num sistema excludente (HARVEY, 1996). É esta lógica que dá sustentação à reabilitação profissional:

Com o avanço do capitalismo, vemos a sociedade regulamentada por um corpo de leis que incorpora um determinado saber técnico sobre as possíveis implicações do trabalho na saúde e sobre as formas de controle dos possíveis danos a saúde dos trabalhadores (NARDI, 1999, p.28).

A reabilitação profissional, conforme prevista na legislação previdenciária, estabelece rotinas, normas e deveres cabendo tanto a patrões como empregados segui-los sob pena de serem punidos: “A Reabilitação Profissional é obrigatória para os segurados sob pena da cessação do benefício quando recusada” (GONZAGA, 2000, p.73).

“As empresas com mais de cem funcionários estão obrigadas por força do art. 93 da Lei n.8.231/91 a preencher de 2 a 5% de seus efetivos, conforme o número de seus empregados, com segurados habilitados ou reabilitados pela Reabilitação Profissional do INSS” (GONZAGA, 2000, p.74).

O vocabulário é rico em sentidos. Expressões como: é obrigatória, benefício, por força do artigo, segurados habilitados ou reabilitados, traduzem a riqueza de códigos morais que aí se atravessam. Estes códigos acabam por incitar modos de se colocar e modos de se reconhecer nas relações de trabalho, na base dos quais se constituem os modos de sujeição. Traduzem o lugar do Estado enquanto benfeitor nas mãos de quem o “segurado” está.

⁷ Sobre estes princípios, ver mais em BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. In; Psicologia & Sociedade; 15(1): 57-96; jan./jun. 2003.

Para Nardi (1999), é no espírito da era Vargas que as relações saúde-trabalho, do ponto de vista de sua regulamentação legal, têm seu nascimento. Nesta época, o Estado se coloca como impulsionador da industrialização desempenhando um papel direto no processo de acumulação capitalista (NUNES & ROCHA, 1994). O Estado assume um papel de mediador nas relações Capital-Trabalho e de controle do movimento sindical. Esta postura intervencionista e paternalista é acirrada quando, posteriormente, na vigência do regime militar autoritário e centralizador, o Estado passa a assumir o controle total da seguridade social. As adequações da previdência que acompanharam estas mudanças políticas tiveram o duplo caráter de responder às reivindicações da classe trabalhadora, ao mesmo tempo em que serviam como mecanismo de controle, através da imagem centralizadora do Estado como “doador”. Hoje, o contexto neo-liberal, leva o Estado a ações mínimas, chegando mesmo a se omitir de suas responsabilidades sociais. Neste sentido, a proposta da reabilitação, situada como política pública na área de trabalho e saúde, tal qual tem sido praticada, funciona como mais um dispositivo a serviço de mascarar uma economia globalizante que produz exclusão. De certa forma, mascara também a fragilidade do próprio trabalho na medida em que mantém a referência no trabalho que produziu a própria reabilitação.

Para Eizirick (2002), segundo Foucault, “a exclusão se faz através das instituições, dos regulamentos, dos saberes, das técnicas e dos dispositivos” (EIZIRICK, 2002, p.42).

Quem deverá adaptar-se é o trabalhador, via de regra. No entanto, em nome do processo de reabilitação, os trabalhadores são colocados em um “não lugar”, pois deverão atuar em outra atividade ou na mesma, com restrições a serem controladas e sancionadas pelo órgão competente. Este não-lugar se caracteriza exatamente no sentido de que, dentro da lógica e do regramento das organizações de trabalho capitalistas, ele não está previsto, ou seja, não há um espaço legitimado para a diferença em relação a possibilidade de produzir de maneiras diferentes das já prescritas. A abertura de um espaço alternativo só é viável garantindo-se a manutenção da produtividade, o que, nos casos dos trabalhadores com algum tipo de adoecimento, não pode ser garantido, ou até mesmo já se sabe de antemão que não é viável.

O discurso do programa de reabilitação e suas práticas para além de possibilitarem re-inserção no mercado de trabalho, restringem o trabalhador a uma peça a ser recolocada numa engrenagem a qual ele vai ter que se adequar. Caso contrário, deverá ser desligado do programa ou ser aposentado por invalidez.

Os trabalhadores que adoecem vivenciam este rompimento tendo em conta também seus estilos de vida. Os modos de se reconhecer nas relações consigo e com os outros estão pautados por um código moral sustentado na idéia de trabalho assalariado.

Considerando a centralidade do trabalho no estabelecimento dos modos de viver, o rompimento com o mesmo, marcado pelo adoecimento, desestabiliza o trabalhador, trazendo sofrimento. No entanto, o rompimento também poderia ao desestabilizar, produzir alternativas e modos de trabalhar diferenciados, talvez, mais “saudáveis” e inventivos.

O sofrimento mental associado ao afastamento do trabalho, segundo Nardi (1999) é marcado principalmente pela individualização da doença, ou seja, por um contexto caracterizado pela fragilização do corpo devido a patologia, pelo afastamento do ambiente do trabalho, pelo retorno para o espaço doméstico e pela ameaça da perda dos relacionamentos fora do âmbito familiar que o trabalho possibilitava.

A noção de adoecimento produz-se em um contexto de discussão sobre a concepção de saúde, neste caso, fundamentada na noção de saúde de Canguilhem (2002) onde saúde figura como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2002, p.159). Considerando ser esse meio feito de leis, seres e acontecimentos, a noção de acontecimento como acidentes possíveis, como devir e como história torna-se essencial para compreensão dos processos de saúde e adoecimento. Em outras palavras, mesmo o adoecimento coloca-se nas relações, como produção de condições de existência e, da mesma forma, com um caráter de imprevisibilidade importante. Ou seja, a presença de uma patologia não define o adoecimento, mas seu devir ou, em outras palavras, o que este adoecimento significa e que efeitos produzirá na vida do trabalhador.

Para Carreteiro (2003), “o acontecimento que causa impacto na existência traz em si uma potência disruptiva” (p.268). Ao romper com a idéia ilusória de linearidade,

separa o tempo entre o antes e o depois do acontecimento. Enquanto rompimento, implica a necessidade de buscar outros sentidos. “O sujeito não mais consegue se representar como antes” (CARRETEIRO, 2003, p.269). Para a autora, nesta situação é preciso um trabalho de luto e de distanciamento para poder construir elaborações.

Neste sentido, a questão do adoecimento do trabalhador como um acontecimento/ruptura incide diretamente no modo como este sujeito vivencia as suas condições de saúde, tendo em vista não poder participar do processo de trabalho tal qual prescrito.

Carretero (2003) conclui que os acontecimentos colocam em questão, nos percursos de vida, as dimensões pessoais, familiares, sociais e históricas. Deve-se, portanto, considerar, para a elaboração dos mesmos, não somente a capacidade do sujeito, mas também as “condições de acolhimento”⁸ presentes no contexto.

Consideramos que o afastamento do trabalho em razão do adoecimento pode ser o disparador de um processo de re-significação a partir da revisão das experiências de trabalho que compreendem trajetória de adoecimento e afastamento. Neste sentido, pensamos que a experiência da reabilitação talvez possa, para além de uma recolocação no mercado de trabalho, ser vivenciada enquanto possibilidade de resistência, de inflexão consigo e de devir.

Inspirados em Deleuze (1988), consideramos a potencialidade de “... um lado de dentro da vida, do trabalho e da linguagem, no qual o homem se aloja, ainda que para dormir, mas, inversamente também, que se aloja no homem em vigília enquanto ser vivo, indivíduo no trabalho ou sujeito falante” (DELEUZE, 1988, p.104).

⁸ Carretero (2003) se refere a acolhimento como condições de suporte, presentes no contexto, que funcionam como apoio. Aproximando também da noção de *holding* de Winnicott, no sentido de funcionar como um envelope de proteção para o sujeito, mas não como limitação.

3- MODOS DE TRABALHAR DO PESQUISADOR OU TECNOLOGIAS E METODOLOGIAS

A prática psicológica se dá por diferentes modos de intervir que estão permeados por um corpo de conhecimentos e por diferentes maneiras de fazer psicologia. Quando se fala de pesquisa em psicologia, mais especificamente de pesquisa social em psicologia, nos encontramos em um campo de saberes diversos e, por vezes, divergentes. A sociologia, a economia, a história, a filosofia, dentre tantas outras disciplinas, com suas diferentes perspectivas se ocupam da pesquisa social. Esta multiplicidade exige que a psicologia estabeleça diálogos complexos ao pesquisar neste campo.

Investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; uma maneira de contar – e produzir - o mundo. A pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência (SPINK, 2003, p.26).

A experiência de pesquisar requer a reflexão sobre os modos de produzir conhecimento em psicologia.

O pensamento científico, na modernidade, esteve pautado na crença de que as afirmações normativas fossem afirmações científicas e vice-versa. Este pensamento delineou toda uma tradição de fazer ciência. O racionalismo, a separação entre sujeito e objeto, a quantificação e a causalidade são algumas dentre tantas características do pensamento científico da modernidade (SANTOS, 2000).

A crise paradigmática da modernidade insere outras trajetórias no campo do conhecimento. O modelo de ciência positivista passa a ser questionado abrindo novas possibilidades de produzi-lo.

Santos (2000) propõe uma perspectiva pós-moderna de oposição como opção epistemológica a esta fase de transição paradigmática, revisando as dicotomias até

então cultuadas, bem como os métodos e artefatos utilizados na produção de conhecimento.

Acompanhando este movimento Spink (2003), propõe que se compreenda que

o processo de pesquisa não é um processo de achar o real ou uma investigação para descobrir a verdade, mas ao contrário, é uma tentativa de confrontar, entrecruzar e ampliar os saberes, precisamos também buscar meios e formas de narrar e veicular nossos estudos que incluem e não excluem; que apóiam os debates e não afastam e excluem os debatedores (SPINK, 2003, p.38).

A psicologia, enquanto disciplina permeada pela separação entre sujeito e objeto, construiu uma tradição teórica e prática que passa pela neutralidade enquanto possibilidade de garantir o seu reconhecimento como ciência. Acreditava-se que, mantendo a distância entre terapeuta e paciente e entre sujeito e objeto de pesquisa, estariam delimitados os lugares necessários para a produção do conhecimento científico. Esta tradição delineia uma visão de homem e um posicionamento ético a ser revisto à luz da perspectiva pós-moderna. Assim, a perspectiva pós-moderna, ao romper com tradições hegemônicas e normatizadoras, questiona as delimitações que, até então, eram feitas em termos das intervenções sociais.

Spink (2003), ao situar o pesquisador no campo – tema⁹ refere que este “não é um aquário que olhamos do outro lado do vidro; é algo do qual fazemos parte desde o primeiro momento em que dissemos, ‘estou trabalhando com’...” (SPINK, 2003, p.36).

O pesquisador, assim situado, se afasta de uma perspectiva que distancia e, até mesmo separa, sujeito de objeto de pesquisa e passa a problematizar as práticas e os instrumentos de pesquisa que vinham demarcando os modos de pesquisar.

A interpretação aparece como fator importante, na medida em que a história e a interpretação são elementos relevantes para que a psicologia possa sustentar suas produções sobre os modos como os homens constroem significados e realidades.

As diferentes e singulares maneiras como as histórias e as situações de vida são descritas ou relatadas passam por algum tipo de interpretação quando são escutadas desde um lugar de psicólogo. Tais situações são históricas, são uma produção social, como a psicologia também o é.

⁹ Termo utilizado pelo autor no artigo referido para definir o campo de pesquisa.

Foucault (1997) discute a questão da interpretação utilizando Nietzsche, Freud e Marx como intercessores, propondo que se pense desde que lugar se dá a interpretação. Articulando as idéias destes autores, Foucault compreende que a interpretação se converteu numa tarefa infinita, tendo em vista seu movimento ser como: “duma avalanche cada vez maior, que permite que por cima de si se vá despregando a profundidade de forma cada vez mais visível, e a profundidade torna-se então um segredo absolutamente superficial... a descoberta de que a profundidade não é senão um jogo e uma fuga da superfície” (FOUCAULT, 1997, p.18).

Neste sentido, para Foucault, os símbolos são interpretações que tratam de justificar-se, e não o contrário. Sendo assim, o princípio da interpretação é o intérprete, ou seja, a mesma acaba por voltar-se sobre si mesma.

O pesquisador, enquanto intérprete de uma dada realidade, tal qual ela se apresenta, parte de si mesmo e volta a si mesmo. Sua leitura enquanto pesquisador é desde um lugar sócio-histórico e político por ele ocupado.

Foucault (2003) afirma que o que o pesquisador pode fazer é a história das interpretações e não a busca das origens.

Saber, mesmo na ordem histórica, não significa ‘reencontrar’ e sobretudo não significa ‘reencontrar-nos’. A história será ‘efetiva’ na medida em que ela introduzir o descontínuo em nosso próprio ser. Ela dividirá nossos sentimentos; dramatizará nossos instintos; multiplicará nosso corpo e o oporá a si mesmo... É que o saber não é feito para compreender, ele é feito para cortar (FOUCAULT, 2003, p.27-28) [grifo do autor].

É a história dos modos como se fazem as interpretações – a genealogia – que permite que, apesar de voltar-se sobre cada um, a interpretação tenha uma dimensão histórica.

Traduzir as falas em escritos que, por sua vez, devem ser formulados de acordo com as regras e prescrições acadêmicas, é o trabalho do pesquisador. Impossível não se refletir sobre isso ao analisar o aspecto tácito do trabalho ‘dos outros (...)

De certo modo, tornamos mais visíveis, também, com nosso trabalho, as regras e prescrições acadêmicas. Os modos de traduzir em discurso acadêmico e científico os modos cotidianos de viver e trabalhar. Uma tradução que evoca uma discussão antiga a respeito da neutralidade do pesquisador, de uma possível clareza sobre os preconceitos que orientam suas formulações. A figura do tradutor aparece como um lugar que pressupõe um saber técnico (de uma língua), de um contexto (de quem para quem) e de um nível de

interpretação que busca a compreensão das múltiplas partes (TITTONI, 1999, p.20).

Neste trabalho, nosso vínculo com os trabalhadores constitui-se não só como pesquisador, mas enquanto colega de trabalho, na função de psicólogo do trabalho, na equipe de reabilitação profissional, fato que coloca a necessidade de discutirmos desde que lugar se dão os modos de se apropriar da e de conhecer a realidade em questão. Ou, em outras palavras, pensar na nossa implicação (BAREMBLITT, 1998) na análise do trabalho, do afastamento e da reabilitação dos trabalhadores em estudo.

Neste caso, a demarcação do campo-tema se dá pela curiosidade e desejo em aprimorar o cotidiano e em buscar abrir possibilidades da construção de minha trajetória própria de trabalho, que busque romper com as lógicas em questão e encontrar alternativas para as intervenções junto com os trabalhadores.

Para Spink (2003): “A única diferença entre nós como pessoas na rua, interessadas em assuntos, buscando fazer experiências para ver se algo dá certo, e nós como psicólogos sociais, é quando tornamos o assunto ‘disciplinarmente presente’” (SPINK, 2003, p.25-26).

Tornar o tema disciplinarmente presente, tendo em conta a relação vigente de trabalho desta pesquisadora no campo-tema exigiu estabelecer alguns pontos de partida e realizar algumas escolhas, do ponto de vista das tecnologias, para a construção do conhecimento:

A verdade é que se trata, em filosofia e mesmo alhures, de encontrar o problema e, por conseguinte, de colocá-lo, mais ainda do que resolvê-lo... Mas colocar o problema não é simplesmente descobrir, é inventar. A descoberta incide sobre o que já existe, atualmente ou virtualmente; portanto, cedo ou tarde ela seguramente vem (BERGSON, apud DELEUZE, 1996, p.9).

Primeiramente, a definição do tipo de estudo baseado nos pressupostos da produção da genealogia, propostos por Foucault (1988, 1998, 2003) e que tem na análise dos movimentos de fixação e de ruptura dos regimes de verdade e jogos de poder uma importante referência. Em “Nietzsche, a Genealogia e a História”, Foucault (2003) refere que a genealogia não se opõe à história, mas à pesquisa da “origem”, porque, na busca do segredo, da origem, da verdade, inevitavelmente se liga a verdade do discurso que obscurece. A genealogia é histórica, apesar de ser uma história diferente: a história do presente.

Segundo Dreyfus & Rabinow (1995), Foucault “usa a Genealogia de Nietzsche como ponto de partida para o desenvolvimento de um método que lhe permita tematizar a relação entre verdade, teoria, e valores e as instituições e práticas sociais nas quais eles emergem”. (DREYFUS & RABINOW, 1995, p.XXI).

Foucault, busca com a genealogia explorar as práticas e os jogos de verdade, acompanhando os movimentos de fixação e ruptura, as continuidades e descontinuidades na superfície mesma dos acontecimentos.

A genealogia se opõe ao método histórico tradicional; seu objetivo é ‘assinalar a singularidade dos acontecimentos, fora de toda a finalidade monótona’. Para a genealogia não há essências fixas, nem leis subjacentes, nem finalidades metafísicas. A genealogia busca descontinuidades ali onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados. Ela busca recorrências e jogo ali onde progresso e seriedade foram encontrados. Ela recorda o passado da humanidade para desmascarar os hinos solenes do progresso. A genealogia evita a busca da profundidade. Ela busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis (DREYFUS & RABINOW, 1995, p.118).

Foucault, o genealogista, para Dreyfus e Rabinow (1995) “está interessado em como a objetividade científica e as intenções subjetivas emergem, juntas, num espaço estabelecido não por indivíduos, mas por práticas sociais” (DREYFUS & RABINOW, 1995, p.121). Compreendemos que tais práticas sociais, visibilizadas pelos modos como os sujeitos fazem as experiências de si, estão na complexidade dos modos singulares e comuns com que a subjetividade se manifesta “Na genealogia, os sujeitos emergem num campo de batalha e é somente aí que desempenham seus papéis. O mundo não é um jogo que apenas mascara uma realidade mais verdadeira existente por trás das cenas. Ele é tal qual parece. Esta é a profundidade da visão genealógica” (DREYFUS E RABINOW, 1995, p.122).

A complexidade e a profundidade, para o genealogista, estão nas formas mais superficiais como a realidade se apresenta, ou seja, nas práticas, nos jogos, nos regramentos, nas resistências e no devir

O intérprete da genealogia olha as coisas à distância. As questões tradicionalmente consideradas mais profundas e complexas são, para ele, literalmente as mais superficiais. Isto não significa, contudo, que sejam triviais ou sem importância, apenas que seu significado deve ser buscado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas (DREYFUS & RABINOW, 1995, p.119).

Estabelecemos como nosso objeto de estudo a problematização dos modos como os trabalhadores em reabilitação profissional vivenciam seu adoecimento no trabalho e quais estratégias utilizam para lidar com o rompimento no projeto profissional, decorrente deste adoecimento. Acompanhamos os movimentos de fixação e ruptura nos estilos de vida destes trabalhadores, referenciando a nossa análise nas relações entre trabalho e subjetividade, bem como na construção das linhas de fuga e resistência. Com esta pesquisa-intervenção, buscamos potencializar os saberes na sua multiplicidade, abrindo a possibilidade de problematizar as práticas em reabilitação profissional.

Observamos que suas experiências estão marcadas por sentidos atribuídos ao trabalho, ao adoecimento e ao seu lugar na sociedade, produzidos na história social do trabalho e vivenciados no momento presente de suas vidas. A associação entre não-trabalho e vagabundagem, por exemplo, independentemente da situação de adoecimento, é presente nas experiências destes trabalhadores, mas se inscreve na história do trabalho e nas estratégias de manutenção da ordem capitalista. Esta associação, em muitos casos, paralisa o trabalhador, o qual, se auto-culpabilizando, não consegue vislumbrar alternativas de vida a partir do afastamento do trabalho.

De acordo com Rocha & Aguiar (2003)

A pesquisa-intervenção consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico (AGUIAR, 2003; ROCHA, 1996, 2001). Rodrigues e Souza (1987) evidenciam que a pesquisa-intervenção representa uma crítica à política positivista de pesquisa (ROCHA & AGUIAR, 2003, p.66).

Com a proposta de uma atuação transformadora da realidade sócio-política, a pesquisa-intervenção propõe uma intervenção micropolítica, onde a idéia de interferência na relação sujeito/objeto pesquisado não é vista como uma interferência, mas como condição à própria produção do conhecimento (SANTOS, 2000; ROCHA & AGUIAR, 2003). Por isso,

A pesquisa afirma, assim, seu caráter desarticulador das práticas e dos discursos instituídos, inclusive os produzidos como científicos, substituindo-se a fórmula “conhecer para transformar” por “transformar para conhecer” (COIMBRA, 1995). “Podemos, então, destacar, para a formulação da pesquisa-intervenção, referenciais importantes como uma certa concepção de sujeito e de grupo, de autonomia e práticas de

liberdade e a de ação transformadora” (ROCHA & AGUIAR, 2003, p.67)
[grifo do autor].

Rocha & Aguiar (2003) propõem a pesquisa-intervenção como prática desnaturalizadora, o que inclui a análise da própria instituição e da pesquisa. Assim, as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas.

Inscritos no campo de pesquisa, utilizamos como recurso para a pesquisa intervenção os grupos-dispositivos (BARROS, 1994, 1997) com os trabalhadores em questão. Os grupos-dispositivos diferenciam-se de outras estratégias de produção de informações coletivas, tais como as entrevistas coletivas ou os grupos focais, pois não se direcionam para obtenção de uma informação específica e não se propõem a prever um começo e um final. Tal estratégia de intervenção situa-se em uma abordagem de escuta e acompanhamento mais fluído e capaz de se fazer movimentar de acordo com os movimentos e devires grupais. Neste sentido, compreendemos que a potencialidade do espaço grupal possibilita que saberes sejam ativados. A “genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade” (FOUCAULT, 2003, p.172).

Os grupos-dispositivos tiveram como objetivo problematizar os modos de vida e de trabalho e as formas de lidar com a condição de trabalhador em reabilitação profissional, buscando modalidades de invenção de modos de viver. Nossas intervenções se fizeram a partir da escuta e da problematização dos percursos e trajetórias dos trabalhadores vinculados ao programa de reabilitação. Através da genealogia, buscamos os movimentos de fixidez e ruptura presentes nas vivências dos trabalhadores, compreendendo as situações de adoecimento como ruptura/acontecimento. Enfocamos aspectos ligados às condições de possibilidade de enfrentamento das situações que o adoecimento, e a conseqüente reabilitação profissional impõem. Considerando que tanto o pesquisador como os “sujeitos” estão na condição de trabalhadores do mesmo hospital, foi dada especial atenção à discussão da sistematização dos dados com o grupo e ao cuidadoso contrato de sigilo entre os participantes da pesquisa.

Ao utilizar os grupos-dispositivos como tecnologia para a produção do conhecimento, consideramos este recurso pertinente à genealogia, pois possibilitam a afirmação de outros modos de subjetivação, multiplicidades e provisoriades (BARROS, 1997; ROCHA & AGUIAR, 2003). Desta forma, entendemos que o espaço grupal, “como dispositivo analítico poderá servir às descristalizações de lugares e papéis que o sujeito indivíduo constrói e reconstrói em suas histórias” (BARROS, 1997, p.150).

As vivências são singulares, mas é no espaço coletivo do grupo que o conhecimento vai se construindo e onde os encontros e desencontros dão a conhecer os modos de reconhecimento dos sujeitos.

...na perspectiva genealógica, é a diferença entre as forças que faculta a afirmação de um fenômeno instável como unidade de um momento que tenta se impor como verdade universal. No desenrolar de um movimento, nosso pensamento e nossas ações não têm início em uma contraposição, mas emergem de um conjunto de forças entre as quais existem oposições. Um movimento não surge necessariamente da crítica de um outro, o que não impede que possamos compará-los nas suas incompatibilidades (ROCHA & AGUIAR, 2003, p.71).

Na prática, realizou-se um encontro semanal, de uma hora e trinta minutos. Neste espaço, através de problematizações das diversas situações trazidas, buscava-se refletir sobre as diferentes maneiras de viver a reabilitação, as histórias de trabalho e os sentidos produzidos.

O grupo, enquanto estratégia de pesquisa, possibilitou a estes trabalhadores um espaço de interlocução, de visibilidade e de tensão, ao questionar a marca da individualização nas suas experiências de trabalho e de afastamento.

Isto porque, na genealogia, segundo Foucault (2003)

Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome de uma ciência detida por alguns são os efeitos de poder próprios a um discurso considerado como científico que a genealogia deve combater (FOUCAULT, 2003, p.171).

3.1 IDAS E VINDAS: a legitimação do espaço do grupo

O grupo de trabalho foi constituído a partir do convite realizado a todos aqueles funcionários do hospital cujos nomes estão listados numa planilha (anexo1) que identifica os trabalhadores oficialmente vinculados à equipe do programa de reabilitação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. São funcionários que já passaram por várias perícias e que foram encaminhados pelo Centro de Reabilitação Profissional (CRP) do INSS para recolocação na empresa, em atividades que atendam às restrições previstas no documento de encaminhamento fornecido pelo técnico do CRP. Este técnico, chamado de “orientador profissional”, avalia as condições de retorno do segurado, para posterior encaminhamento do mesmo à empresa de origem. Nesta, o segurado fará um estágio e, mediante sua conclusão e aprovação no mesmo, retornará ao quadro funcional da empresa, sendo suspenso o seu benefício.

Estes trabalhadores estão em diferentes momentos do processo de reabilitação, ou seja: estão aguardando definição de área para estágio, em estágio em alguma área na empresa, concluíram estágio e estão aguardando a ocupação de sua vaga definitiva, estão apresentando novamente sintomas de suas doenças e tendo de aguardar os resultados das medidas terapêuticas tomadas por seus médicos, ou, nos casos mais graves ou crônicos, estão retornando para auxílio-doença por não terem bons prognósticos. Mesmo em situações ou momentos diferentes do processo, todos estão envolvidos com a temática da reabilitação profissional.

Deste grupo heterogêneo, no que se refere ao momento do processo de reabilitação em que se encontram seus participantes, foram convidados 25 trabalhadores para uma reunião de apresentação da proposta desta pesquisa. Os convites foram feitos através de contato telefônico, realizado pessoalmente pela pesquisadora, com cada um dos trabalhadores em questão.

Esta reunião foi realizada em sala de aula do próprio hospital e teve duração de uma hora e meia. Compareceram a este encontro 18 dos 25 convidados, sendo que alguns informaram previamente sua ausência. Foi realizado, com os trabalhadores que não estiveram presentes nesta reunião -mas demonstraram interesse em participar do estudo- um encontro posterior, com o mesmo objetivo.

As manifestações, neste primeiro momento, relacionaram-se à história de adoecimento, ao momento atual de cada um deles e às expectativas em relação ao fato de estarem sendo convidados por um técnico do hospital, (já que a pesquisadora é psicóloga da equipe de reabilitação) para integrar este grupo. Este fato provocou um sentido de “esperança” de que a empresa os estivesse acolhendo novamente para o trabalho, ainda que com suas restrições, ou que a pesquisadora pudesse ser portadora de alguma notícia neste sentido.

A partir daí, começa a se configurar o campo desta pesquisa que, na forma de uma pesquisa-intervenção, implicou um processo de conhecimento e de análise da oferta e da demanda. Neste caso, oferta no sentido do convite feito pelo pesquisador, e demanda dos trabalhadores, especificamente falando das suas expectativas em relação ao hospital, e que foram despertadas a partir daquele primeiro contato telefônico.

Neste processo vão se dando os desdobramentos do trabalho grupal, que se configuram no sentido da criação de um espaço grupal a ser orientado para a construção coletiva de conhecimentos sobre as experiências no trabalho, as vivências e as trajetórias do adoecimento e da reabilitação. Os modos de viver a reabilitação, a disponibilidade e as condições de possibilidade dos trabalhadores que se vincularam a esta proposta foram os elementos que definiram a participação dos trabalhadores no grupo. Por condições de possibilidade entendo condições físicas para o deslocamento, compatibilidade de horário, disponibilidade para o trabalho grupal e motivação para trabalhar a temática da reabilitação profissional.

O trabalho contratado teve encontros semanais e com duração prevista de uma hora e meia, sendo tais reuniões realizadas em sala de aula do próprio hospital, com a coordenação da pesquisadora e a participação de um auxiliar de pesquisa¹⁰ na co-coordenação. O número de encontros não foi previamente estipulado, tendo em vista a imprevisibilidade de um trabalho com caráter de intervenção. Esta imprevisibilidade foi, muitas vezes, abordada nos encontros do grupo contratando-se que a finalização do trabalho fosse uma decisão tomada coletivamente, a partir da análise dos objetivos

¹⁰ O auxiliar de pesquisa, assim nomeado oficialmente pelo órgão regulador das pesquisas no hospital, foi um aluno ouvinte do pós-graduação-PPGPSI/UFRGS, que tinha formação em coordenação de grupos, e que não tinha relação prévia de trabalho com o hospital. Consideramos que um co-coordenador, desta

estipulados no andamento do processo do grupo. Sendo assim, totalizaram-se 20 encontros, ao final dos quais se contratou uma nova configuração deste grupo. A partir deste momento, outros trabalhadores vinculados ao programa de reabilitação foram convidados a participar do grupo, agora não mais com fins de pesquisa, mas especificamente com o caráter de intervenção junto àqueles trabalhadores vinculados ao programa de reabilitação que tivessem interesse em participar deste espaço grupal. Foram realizadas reuniões periódicas entre coordenador e co-coordenador com os objetivos de: discutir o processo do grupo, de sistematizar os dados e de contar com o olhar, por vezes estrangeiro, do auxiliar de pesquisa, no sentido de problematizar o processo do grupo e a implicação do pesquisador/coordenador.

Entradas e saídas do grupo. Desistências que se anunciaram, desistências que se efetivaram. Saídas e entradas na reabilitação, intercorrências médicas, férias. Presenças e faltas ao grupo. A legitimação do espaço grupal, tanto para o pesquisador, quanto para os trabalhadores, foi configurando o pertencimento ao grupo, que contou com um total de sete participantes.

3.2 Da ordem do discurso, ou melhor, da genealogia dos modos de viver a Reabilitação Profissional

A genealogia dos modos como os trabalhadores vivenciam a reabilitação profissional em decorrência do afastamento do trabalho por adoecimento aponta para uma trama, tecida por múltiplos fios e atravessada pela singularidade da trajetória de cada trabalhador. O percurso da pesquisa, territorializado no grupo, foi dando visibilidade às trajetórias e permitindo a construção coletiva do conhecimento e a problematização dos modos de viver a reabilitação. A prática coletiva foi de buscar compreender a atualidade do material trazido pelo grupo, situando e elaborando coletivamente hipóteses sobre o como e o porquê de as histórias irem se constituindo desta ou de outra forma. A trama é visibilizada pelas vivências de espera e de

forma, poderia ser uma estratégia de trabalho pertinente, tendo em vista a necessidade de uma atenção especial com relação à implicação da pesquisadora no campo.

dependência em relação à empresa ou à seguridade, pelo sofrimento decorrente das suas limitações para o trabalho e pela sensação de inutilidade, assim como pelas amarras colocadas pelas trajetórias profissionais num cenário capitalista. Cenário este, atualizado por histórias de trabalho, perpassadas por práticas que buscavam o reconhecimento pela via da produtividade e da disponibilidade ímpar em dar conta das demandas da empresa.

O processo grupal transcorreu de forma que, nos primeiros encontros, as participantes fizeram uma retomada das suas histórias de trabalho no hospital, analisando os modos como se colocavam nas relações de trabalho e as marcas deixadas pelas práticas do cotidiano e pelo conteúdo do trabalho hospitalar. Problematizaram os sentidos de trabalhar com a dor alheia e as repercussões deste ofício para seus modos de viver, seus valores e práticas. Aos poucos, foram podendo dizer que impactos o afastamento causava nas suas trajetórias e histórias de vida, trazendo as vivências de dor e de sofrimento pelo rompimento. A trajetória de adoecimento, a “passagem” de trabalhador do hospital a paciente, e os modos de lidar com suas limitações foram problematizadas na medida em que pudemos analisar as estratégias utilizadas no percurso de trabalhador doente em benefício e em processo de reabilitação. Os efeitos do processo grupal e a revisão do contrato de trabalho eram temas recorrentes e que demarcavam os mergulhos do grupo em territórios ainda não explorados coletivamente. As histórias de trabalho foram retomadas dando sentido às construções das trajetórias de vida e de trabalho. A reabilitação profissional ia sendo problematizada na medida em que os jogos do trabalho ficavam evidentes. Ao se falar sobre as possibilidades de retorno ao trabalho, ou mesmo da permanência em benefício, iam se visibilizando os tensionamentos, pontos de rigidez e movimentos resistenciais das trajetórias de cada um e, desta forma, o coletivo construía o conhecimento acerca das construções políticas e sociais a respeito do trabalho e da reabilitação profissional. O envolvimento de todos no processo grupal era intenso: comunicavam suas ausências, retomavam questões pendentes de encontros anteriores, preocupavam-se uns com os outros e com o andamento do processo de pesquisa. De acordo com o andamento da pesquisa, e na medida em que os dados eram trabalhados, procedíamos as sistematizações com o grupo. Assim, no transcorrer

da pesquisa-intervenção, a construção coletiva do conhecimento foi uma marca no modo de trabalhar deste grupo.

Com a proposta de problematizar as experiências dos modos de viver a reabilitação, acompanhamos os fluxos dos discursos em seus movimentos de fixidez e ruptura. Para tanto, analisando as transcrições dos encontros do grupo construímos algumas categorias que serão apresentadas a seguir.

As transcrições podem ter sofrido algum tipo de recorte, tendo em vista os temas abordados. Assim, nem sempre se caracterizam pela tradução literal da totalidade das palavras presentes nas falas das trabalhadoras: serão apresentados em muitos momentos, no decorrer do trabalho, fragmentos de falas. Os nomes são fictícios e foram escolhidos pelas participantes do estudo.

4. O CORPO DO TRABALHO/ O TRABALHO DO CORPO, ou o que pode se chamar de resultados

4.1 Estar em Reabilitação

A vivência dos trabalhadores, com relação a estar em reabilitação profissional se situa no tensionamento de uma legislação paternalista, onde a reabilitação profissional, ao mesmo tempo em que assume um papel de proteção, limita as práticas de liberdade (FOUCAULT, 2004). Assim, as práticas e procedimentos da reabilitação profissional se constituem como que num estado de dominação, onde há uma imobilidade e uma fixidez nas relações de poder, bloqueando as possibilidades de estratégias de resistência.

Na trajetória percorrida por este grupo, as experiências compartilhadas pelos trabalhadores apontaram para a vivência de relações de poder onde estar na reabilitação gera o sentimento inutilidade, pois é necessário admitir as limitações e aceitar se adaptar ao que não se pode, resignando-se, muitas vezes, ao que é oferecido pelo hospital. Tal sentimento de inutilidade nos reporta aos modos como, no decorrer de sua trajetória profissional, os trabalhadores foram se reconhecendo; aos modos como compreendem o que é ser trabalhador. As relações de trabalho, como modos de sujeição, concorreram para a legitimação de um lugar de trabalhador de que agora não podem mais dar conta, repercutindo como sentimento de inutilidade. Estas vivências de inutilidade e de resignação ficam evidentes nas falas das trabalhadoras:

*Ester – Na CTI não tem lugar para mim, o que eu fui esses 16 anos no Clínicas não serve para mais nada, pra gente **assimilar** isso na hora não é bem assim, momento mais difícil para mim, eu não sou exceção de nada em lugar nenhum, isso é a realidade numa empresa, **nós não somos únicas e nem insubstituíveis**, e se os colegas tivessem me ajudado, é difícil aceitar, tu tinha um sonho de fazer uma coisa de crescer de conhecer de saber mais, de repente interrompeu.*

Num diálogo entre elas:

*Preta – Pra eu sair de casa com o tempo assim eu tenho que vir de táxi, daí me mudo para a mãe que é mais perto. Tem o **tempo** da sinaleira que eu não consigo vencer às vezes; essa aqui (sinaleira) acontece, é uma subidinha, perco o ritmo e não consigo, e é muito próximo ali onde os carros ficam. Vou ligar para a EPTC e pedir para aumentar o tempo.*

Ester – Vi um acidente (nesta sinaleira em questão) da sala de lanches lá da CTI (Centro de Tratamento Intensivo)...

Sônia – A gente fazia tudo, caminhava, corria, tudo são dificuldades que a gente vai aprendendo...

Preta – Na chuva, tá úmido é perigoso, preciso do táxi, da condução um pouquinho mais cara. Dia de chuva a mãe me recomenda muito.

*Ester – Mesmo o meu problema sendo nos braços, parece mentira que a locomoção pra mim é difícil, prefiro mil vezes dirigir. Essa articulação é que sofre quando me seguro no ônibus. Ninguém vê e acha que é **frescura**, bota uma bolsa de não sei quantos quilos no ombro e acha que é frescura.*

Em outra fala:

*Preta – Ele (hospital) tem que **solucionar**, mas também te **dá uma opção** (hospital): ou se tu não quer, eu vou colocar na tua ficha que tu não queres e se surgir outra coisa e tu não quiseres **não vai ter outra opção**.*

Pesquisador – A lei prevê algumas coisas, mas será que a questão não é que escolhas nós fizemos? A escolha é de vocês na entrada, mas agora a escolha é do hospital?

*Preta – Tu também tem a escolha, o hospital vê o que se aproxima ao máximo daquele **perfil**, mas **tu escolhe se quer ou não**.*

A questão das opções possíveis, ou das possibilidades de fazer ou não escolhas, demonstra o quão perverso é o discurso vigente, que na base de uma proposta inclusiva de reabilitação, limita as possibilidades, colocando o trabalhador numa situação de espera, de dependência e de imprevisibilidade que acaba por produzir uma lacuna e um esvaziamento da possível potência produtiva do trabalho.

Estar na reabilitação profissional é buscar na seguridade uma referência como a do trabalho. A história do presente, a atualização pela vivência da reabilitação das trajetórias de trabalho nos mostra as marcas do assujeitamento na produção de sujeitos e seus pontos de fixidez e ruptura.

As relações que se estabelecem na reabilitação são a reiteração através do CRP da relação de dependência anteriormente estabelecida com a empresa. No caso da

reabilitação há uma oscilação em dois posicionamentos extremos, mas muito semelhantes: ou se acomodam, se conformam, se “encostam” ou se resignam e aceitam retornar para organizações de trabalho que recidivam suas doenças. No caso de retornarem, trabalham com dor e no constrangimento de um não lugar, ou seja, como um excedente no quadro de pessoal, ou com atividades diferenciadas do grupo, fazendo com que sejam vistas como “as exceções”.

Se não retornam ao trabalho ficam esperando, dependendo, mas tendo suporte, culturalmente nomeadas como “encosto”. Neste sentido a previdência funciona como uma fonte de renda mensal que garante a subsistência e, assim, funciona como suporte social anteriormente referido.

Tanto na situação de retorno ao trabalho como na de beneficiário da previdência, evidencia-se a repetição de uma relação que assujeita e que reitera práticas que produzem modos de trabalhar (ou de viver). Estes dizem de um sujeito que é chamado a dar conta da produção, dos ritmos, dos tempos sob pena de, se não acompanhar, não ser merecedor de um lugar de trabalhador legitimado e reconhecido socialmente.

Os relatos manifestam uma tendência a acomodarem-se para que não fiquem expostos como os que não podem mais dar conta de um lugar de trabalhador socialmente reconhecido, e por não se sentirem em condições de competir dentro dos padrões vigentes no contexto do trabalho. Como num jogo, consideram que não vão ser bons o suficiente para seguir as regras. Aqui compreendemos este jogo da mesma forma que Foucault (2004), como um conjunto de regras de produção de verdade, “como um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimento, válido ou não, ganho ou perda” (p.282). Este jogo é explicitado nas falas e diálogos a seguir citados:

Joana – Para que vou querer subir mais, se eu tenho o que eu preciso, se tá faltando alguma coisa tu vai lá e busca, porque vou perder um tempo de estar com a minha família estudando (neste caso o estudo tinha o sentido de tentar crescer profissionalmente para aumentar as possibilidades de recolocação no mercado de trabalho) se eu tenho tudo o que eu preciso, pra que ganhar mais, mais ,e mais.

Joana – Procuo me **enquadrar**, não é **vantagem** eu sair daqui, é tudo **um jogo** de coisas.

Joana – Fico em casa tranqüila, porque só de saber que eu tô empregada..., tem uma certa segurança eles me chamarem.

Sônia – Todos nós porque estamos recebendo do INSS.

Lia¹¹ – Ainda estou empregada, não vou pra rua por não trabalhar, estou me reabilitando pra ser novamente um funcionário atuante.

Joana – Agora que estou vendo que não vai ter o encosto (em relação a uma proposta de que ela voltasse como ascensorista, se deu conta que no elevador o banco da ascensorista é sem encosto) o que eu vou fazer? Me arriscar a voltar e não ter o encosto? Fico mais tranqüila de estar afastada e ter o encosto, e esperar para voltar noutro lugar que tenha algum **encosto**.

Joana – Se eu saio do hospital o que eu vou conseguir, só o que eu conseguiria aqui, que vantagem eu tenho?

Os relatos manifestos no espaço grupal estiveram permeados pela vivência da **espera**: esperar o hospital chamar, esperar o telefonema, esperar o que vão resolver, o que vão decidir; quando vão chamar para as consultas, para ser atendido, para receber... As falas traduzem uma reiteração constante da relação de dependência que, tal qual assinalada por Butler (1997), constitui sujeitos no assujeitamento. Assujeitamento este, experimentado como relações de poder, e, portanto, sujeito tanto às repetições quanto às resistências e aos deslizamentos. A vivência da espera é expressa a seguir, conforme as falas das trabalhadoras, em alguns momentos dos encontros grupais:

Lia – Já tinha como objetivo o remanejo por não poder trabalhar com pacientes, tenho múltiplas hérnias de disco e não posso fazer esforços... Tive um acidente de trajeto com perda de consciência e estou afastada por acidente de trabalho..., Por enquanto estou esperando que me achem um lugar aonde eu não faça esforço.

Joana – Tem que esperar, porque não sei se eles vão ter lugar para me botar lá, não gosto de perder tempo, pra que vou fazer um curso se o hospital não vai me dar o lugar.

¹¹ Lia foi uma trabalhadora que participou dos três primeiros encontros do grupo, justificando algumas das ausências por motivo de adoecimento e por problemas pessoais. Ela foi auxiliar de enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica e se afastou do trabalho primeiramente por problemas osteomusculares e, num segundo momento, por acidente de trajeto.

Joana – Tô parada esperando que eles me dêem uma colocação, conforme a minha condição, a minha escolaridade, o que eu conseguir fazer no quadro que eu estou. Tenho a oferecer dedicação pra aprender.

Simone – Achei que o hospital tinha esquecido de mim, eles não sabem nada de mim, não estão preocupados comigo como eu com eles. Um ano e quatro meses sem me ligar...

Joana – O que o hospital me oferecer que não prejudique a minha saúde eu vou aceitar, mas deixei a minha saúde em primeiro plano, deixei de lado essa coisa de escolher. Dai vai ser fácil já sei esse sistema de aprender a gostar das coisas. Tem mais oportunidade dai. Encaixe no serviço já é difícil, por causa das restrições.

A constituição dos sujeitos na relação de **dependência**, que é reiterada na experiência de trabalho, é expressa nas falas referentes às suas expectativas em relação à reabilitação profissional: na reabilitação se depende dos outros – do hospital, da perícia, dos médicos. Na relação de trabalho, busca-se o reconhecimento do outro, depende-se do olhar do outro, sendo que o não reconhecimento pelo outro, muitas vezes, gera sofrimento e culpa, como na relação comprador x devedor, anteriormente citada e referenciada em Nietzsche. A “falta” do reconhecimento do outro gera o sofrimento. Este sofrimento, para ser suportado, é revestido de “culpa”. A culpa, como efeito do sofrimento, advém do sentimento de não ser merecedor do olhar, pois não merecer é “melhor” do que não ser percebido, do que ser ignorado. Ser ignorado implicaria não ser visto na relação de dependência e sujeição tão fundamentais para o auto-reconhecimento e para a constituição do sujeito (BUTLER, 1997). A relação de dependência assim se expressa em algumas falas de diferentes encontros:

*Ester – Quando a gente volta assim, se torna **dependente** dos próprios colegas da gente, e ai eles tem os trabalhos deles como é que tu vai pedir (ajuda)...*

*Simone – Não gosto de **admitir** isso, o hospital te coordena: “se o hospital..., se eu não tiver consulta..., se o hospital me chamar...”.*

*Joana – Essa **dependência** do “se o hospital” ela existe, se o hospital mandar embora...A gente pode escolher, mas eu não tenho vontade de sair, foi difícil conseguir*

entrar aqui porque vou sair, tem muitas vantagens, não vou conseguir coisa melhor, alimentação de graça, medicina fácil... o que eu puder fazer para ficar aqui, vou fazer. Não vou jamais sair daqui, o futuro tá na mão deles.

Lia – Ele vai te tratar friamente, porque a gente é mais um papel, mais um número, esse benefício vai custar quanto? É o que eles pensam.

*Simone – Eu não tenho restrições no setor onde eu tô, a não ser o livro preto. No final de semana que passou minha colega disse que era a minha vez de fazer o livro e dividimos: eu fiz metade e ela a outra. Nesse último plantão ela disse que era a minha vez, eu disse que não podia mais fazer isso e ela ficou indignada, e eu disse que não ia mais fazer. Tem que fazer no final da tarde... **foi a primeira vez que disse que não podia fazer uma coisa ali.** Na aula (como um exemplo) comprei um gravador para gravar algumas aulas que tem que escrever mais... é complicado a pessoa achar que tu não quer fazer.*

O afastamento pelo adoecimento é vivenciado como **rompimento com o trabalho através do corpo**: invertendo a lógica ou potencializando-a, no sentido de que o corpo do trabalho invade o corpo do trabalhador até o ponto da insustentabilidade da situação. E, no momento em que não mais se diferenciam corpo e trabalho, o corpo deixa de ser corpo, pois é dor, sofrimento... e o trabalho deixa de ser trabalho, pois é restrição, impotência, limitação. Onde estava posto que corpo é potência e trabalho é produção, se coloca: corpo como impotência e trabalho como improdutividade (ou impossibilidade). Configura-se uma relação que se automatiza, através de uma imbricação e de um encadeamento entre corpo e trabalho, sendo que se implicam e afetam mutuamente a ponto de se (com)fundirem: efeito da disciplinarização dos corpos e do controle dos ritmos e cadências, conforme analisados por Foucault (1991) e citados anteriormente.

O rompimento pelo adoecimento traz a necessidade de aprender a conviver com a dor, a dor física e a dor psicológica. Dor física referente à patologia; dor psicológica ligada ao rompimento, ao “não posso mais”, ao sentir-se inútil e ao ver-se discriminado pelos outros, como se estivessem simulando (sentem-se discriminados nas perícias e consultas, pelos colegas e chefias, pelos familiares e amigos). Este assujeitamento, por elas nomeado como “aprendizagem”, muitas vezes perpassada por uma vivência de resignação, demonstrando a sutileza dos pontos onde se fixa. Um exemplo disso é uma

situação trazida no grupo de uma trabalhadora que conviveu 10 anos com uma dor de dente, bem como dos pontos de resistência de uma dor que não se esquece, dor que está ali, no corpo, na superfície da latência, tão presente como obscura, conforme a compreensão foucaultiana da genealogia pode nos apontar.

Em um diálogo entre elas:

*Simone – Não posso limpar a minha casa direto, durante a semana faço um pouquinho e final de semana tá tudo limpinho, tenho aquelas mesinha de rodinha na cozinha e dia de faxina, boto o balde ali e dai não preciso estar buscando ele, **me adapto**.*

*Joana – A gente quer progredir, é um **regredimento** quando agente tá doente e não tá trabalhando.*

Em outro encontro:

*Preta – **Aprendizado da dor**, no inicio dói muito e ainda tá doendo (se refere à dor da aceitação do afastamento), não vou dizer que não, tu vai assimilando o não, colocando ele no teu dia a dia, ele é uma marca em mim, vou trazer ele sempre comigo, **não esqueci não**.*

Em um encontro posterior:

*Sônia – Sentir uma dorzinha é bom, fiz um tratamento de canal e me trincaram o dente, fui bem atendida, mas eu não sabia, só sei que ia comer e doía, não mastigava deste lado, fiquei com problema, **10 anos senti dor**, fiquei com esse problema, defeito no rosto, fiz exames até arriscados, o diagnostico eu mesma fiz: será que não foi de tanto mastigar só de um lado? No dentista aqui do hospital também ele colocou uma obturação em cima de uma cárie... tem que aprender a conviver com a dor.*

Em outro momento do processo grupal, ao analisar o convívio com a dor:

*Simone – eu tenho uma dificuldade, fico muito **revoltada quando sinto dor**, eu não consigo aceitar essa coisa de doença ocupacional, eu custo a acreditar que tô com dor, eu custo a acreditar que eu tô com dor, custo a acreditar que existe a dificuldade física.*

Num dos primeiros encontros:

Simone – Eu tinha Síndrome de Túnel do Carpo com o tempo fui sobrecarregando o braço e o ombro contrários, pra mim é muito difícil entender que vou abrir uma porta e sentir dor, pra mim aceitar é difícil, a dormência me irrita, tenho que puxar a mão na madrugada. Me recusei a fazer uma cirurgia que não tinha garantia de melhora. A semana inteira com dor em tudo, é horrível.

Em um diálogo entre elas:

*Preta – A gente tem os limites, sabe o que pode fazer, quando pode fazer. **Aonde meu braço vai leva a perna...***

*Ester – Já percebi que meu braço tá ajudando o outro, **sem me dar conta** isso tá acontecendo.*

*Preta – É um comando que lá, teu central, ele vai **automático**, é um lado de preservação da pessoa.*

*Simone – É incrível como eu já me acostumei com a escadinha para estender roupa, subo e desço com muita agilidade, já é **automático**.*

Preta – As pessoas ainda têm a disponibilidade de ajudar ao outro, se oferecem para mim seguidamente. Peço muitas vezes.

O rompimento com o trabalho, enquanto um acontecimento (CARRETEIRO, 2003), provoca uma revisão. Revisão dos modos de viver, dos sentidos do trabalho (TITTONI, 1994), das práticas de trabalho e das relações com o trabalho. Os modos de sujeição, o poder da norma e seus efeitos podem ser visibilizados por esta revisão, disparada pela experiência de rompimento. Considerando, segundo Ortega (1999), a possibilidade das experiências constituírem transformações, pode-se pensar que as falas descritas abaixo nos mostram os efeitos da experiência da reabilitação profissional, através do exercício de repensar os modos de trabalhar que foi vivenciado por este grupo.

É na forma como o trabalho toma o corpo que as falas referentes às dificuldades para o retorno se concretizam. Em outras palavras, as manifestações sobre as possibilidades de retornar, ou não, ao trabalho aparecem nas falas referenciadas pela possibilidade de lidarem ou não com as suas dores e limitações físicas.

É falando do que não podem que conseguem dizer da possibilidade de não retorno ao trabalho, das dificuldades, receios, resistências, vantagens e desvantagens em relação ao retorno. Estes aparecem referenciados no corpo e no impacto do trabalho sobre o mesmo. Mostrando, ao mesmo tempo, a face da produtividade e da inutilidade.

O movimento de problematizar as práticas de trabalho anteriormente experimentadas é permeado pela vivência da inutilidade. Isso evidencia um ponto de

tensão onde os regimes de verdade do trabalho são tomados como referência para a experiência de si e para o auto-reconhecimento.

Falando sobre o afastamento:

*Ester – São coisinhas, mas que para nós é muito importante, a gente começa a **ampliar a visão**, parece que **um véu se abre**, uma coisa é tu tá em pé do lado de uma cama com uniforme. Outra coisa é tu estar deitada. Fica 24h com as luzes ligadas para ti ver! Barulho na unidade de noite.*

Mais adiante:

*Ester – Se tu não leva um pontapé, tu não vence. Que bom que levei um pontapé. Cada dificuldade para mim é uma oportunidade. Pude me conhecer, **me descobri**, como eu sou chata dentro de casa, eu não sabia o que eu queria, agora eu sei, e **eu não posso. Eu posso** fazer tudo, mas **eu não devo**.*

Em outro encontro:

*Joana – **Automaticamente** a gente se obriga a parar, começa a pensar como é que eu trabalhava, porque eu não fazia com calma, é um tempo que tu tem pra te analisar, pra vê o que tu tava fazendo de errado, começa a ter esse cuidado agora com a minha saúde, não fazer esforço, foi até bom, é uma **experiência** que agente tem na vida, é um conhecimento a mais. Só pensava em produzir, agora vou ter outro pensamento, tenho os meus limites.*

Em um diálogo entre elas:

*Simone – Eu me perguntava, **eu quero mesmo voltar ao trabalho?**, talvez 50% das vezes a minha resposta foi não. No começo eu tava desesperada para voltar, depois... depois*

Preta – Eu não agüentava mais, eu saí sem tá doente e voltei melhor ainda.

Mari – Quando comecei a gostar (de ficar afastada) me chamaram.

Joana – A pior fase é quando tu pára, que tu te dá conta que tu não vai voltar.

Preta – O fato de tu vir trabalhar entra na tua rotina, rompeu uma coisa que tu já tava acostumada, tem o dia da folga, o tempo de férias, mas tu vai voltar.

Em outro encontro:

*Ester – É que não tem jeito **como é que tu vai te apoiar**, acho que pra mim não tem outra possibilidade só a aposentadoria, as fibras não sustentam mais, não tem mais onde fixar, o manguito rompeu total e o tendão ele reconstruiu...(explica detalhadamente a situação do seu braço, explica cirurgia em detalhes)... Eu quase enlouquecia de dor. Tempo de trabalho: 27 anos. A Doutora já tinha dito que é o mais prudente (aposentadoria). Eu trabalharia tensa, acho que é o único jeito.*

Estar em processo de reabilitação gera um tensionamento, um dilema que se produz no momento em que, por não mais conseguir atender as demandas do trabalho, o trabalhador é colocado em um não-lugar. Tal circunstância pode configurar um estado de dominação, levando os trabalhadores a atitudes como a de aceitarem o retorno para atividades que podem se lesivas, com o intuito de tentar retomar o seu lugar, ou melhor, aquele lugar legitimado socialmente até então experimentado e que lhes possibilitava o acesso ao consumo e a uma rede de relações sociais que produziram sentidos e modos de viver, os quais os trabalhadores desejam e precisam manter.

Em um diálogo relativo à possibilidade de retorno ao trabalho:

Joana – Eu ia ficar, mas agora não vou mais ficar, tive aquele surto psicológico, mas é só na cabeça porque no corpo não dá, até fiquei meio constrangida porque tava bem empolgada a Ana (técnica do RH) me ligou. Fiquei pensando uma semana e pouco e perdi o entusiasmo, já tava arrumando tudo: avental passado. Ai eu saio, e dai eu vejo que já começo a caminhar um pouquinho e já começa a me doer.

Preta – Mas a dor começou nessas lidas poucas tuas? Tu tava tomando medicação?

Joana – Não eu sempre disse que se eu forçava sentia dor...deu um transtorno porque eles já tavam na movimentação para me chamar. Ai me chamaram para pegar e eu levei um choque porque eu já não tava mais naquele pensamento aí fiquei sem jeito de falar prá Mônica (estagiária de psicologia) que eu não queria mais. Deixei chegar no ponto crítico, fui lá entregar a carta, cheguei lá com dor, com a carta no bolso, aí não tinha saída, era minha última cartada, fui obrigada a dizer que eu não tinha condições de trabalhar, disse que eu tive um surto de voltar a trabalhar, ela (técnica do CRP) falou com a Ana e disse: tu já fez o exame? Tu vai ter que fazer! Eu sei que a situação tava crítica, mas eu não tenho condições de trabalhar. Aí a Ana mandou eu vir aqui falar com ela...A gente fica vulnerável a ficar assim, fica numa ansiedade de querer voltar, mas não pensa que não tem condições de voltar, fica num estado vulnerável, a gente tá num estado vulnerável, e ao mesmo tempo não pensa na situação que tá vivendo, tive uma atitude precipitada.

Em outro momento:

Joana – Eu comentei que queria voltar para a Emergência., tive um surto de perguntar, mas a Emergência é caminhando sem parar (o trabalho), não dei bola prá minha atitude, pro meu corpo...

No mesmo encontro:

Sônia – Da primeira vez (numa ocasião na hemodiálise) tinha certeza que ia dar certo, não deu, passei por tudo isso, não queria aceitar foi passos que fui retomando, mas no início também escondi atestado da médica, não me arrependo, foi um processo que a gente aprende os limites da gente.

Ainda com relação à questão da tentativa de retorno:

Joana – Aí, ele me afastou e tô afastada ate hoje, aí tô me cuidando, já tive em estado crítico, sempre com dor, sempre tomando antiinflamatório, quando comecei a melhorar vi que eu tava sem medicação, bem, agora tô me cuidando mais. Vou voltar pro mesmo lugar de antes que me prejudicou? Não vou me arriscar. Tenho que ver para onde eu posso ir, pra Emergência não dá...

4.2 Ser trabalhador

Nas falas que se produzem, a partir da atualização das relações de trabalho pela via da problematização dos modos de viver a reabilitação, o trabalho é visto como um jogo onde as regras são ditadas pela regularidade discursiva da relação Capital x Trabalho. Compreendemos que esta relação se constitui na base da sujeição (BUTLER, 1997; FOUCAULT, 1991, 1995, 2003), assim sendo a experiência de si no trabalho se faz pelo olhar do outro, pela dependência, pela culpa. Pela busca do reconhecimento do outro, conforme referido anteriormente.

Desta forma, o trabalho, como modo de sujeição, é vivenciado na experiência de dar tudo de si, pensando na produção em detrimento de si, em se adaptar, em ter orgulho da empresa, em aprender a ter paciência. Em ir se contentando com o que se consegue, e moldando a vida, o seu corpo conforme as demandas do trabalho. Esse

passa a ser um modo de viver que se revela em algumas falas das participantes nos diferentes momentos do processo deste grupo:

*Joana – Eu sei que não tenho a estabilidade, vivo o momento. O mundo não vai me dar o que eu quero, fico na **expectativa de receber** aquilo que me dão pra eu trabalhar naquilo que eu vou receber.*

Em outro encontro:

Preta – Tem gente que trabalha aqui, que fez a sua vida aqui e não tem esse orgulho, não tem aquele amor.

Num diálogo entre elas:

Simone – Como é difícil as pessoas acreditarem na gente quando a gente tá doente.

Sônia – Eu passei isso no andar, os colegas não aceitam...

Maria Eduarda – Tem gente que trabalha com dor, doente.

Simone – A gente faz isso, toma remédio, antiinflamatório e vai trabalhar.

Preta – Até chegar naquele limite que o remédio não adianta mais. Que qualidade de vida tu vai ter na aposentadoria doente? Como é que tu quer sair daqui? Tem vida depois do HCPA, tenho que ter uma vida melhor saindo daqui. O prédio vai continuar, mas eu não sou o prédio.

Ao mesmo tempo em que é vista a possibilidade de optar, de escolher o tipo de trabalho com o qual é possível se identificar, também é referido que pode-se aprender a gostar do trabalho. Nos apontando para o questionamento: “em quais circunstâncias se fazem as escolhas?” e “É possível se fazer escolhas?”.

A autonomia não é uma condição que, uma vez conquistada, nos leve ao estado de equilíbrio e bem-estar permanente. Se a entendermos como função de autonomia, como afirmam F. Guattari & S. Rolnik (1986), ela é exercício, movimento, práticas de transformação, estando referida ao presente, à realidade, às circunstâncias nas quais produzimos o cotidiano (AGUIAR & ROCHA, 1997, apud ROCHA & AGUIAR, 2003, p.69).

Neste sentido, consideramos que os modos de sujeição nas relações de trabalho apontam para vivências em que o desejo é capturado pela via do assujeitamento

àqueles modos de vida possíveis para determinadas camadas da classe trabalhadora. Este assujeitamento concorre para a configuração de histórias de trabalho conduzidas pelas oportunidades que se apresentam, e que, via de regra, tendem a atender as demandas do mercado em detrimento das demandas dos sujeitos. A questão das escolhas, em tais circunstâncias, surge mais como resposta às demandas do mercado do que propriamente como autonomia ou como prática da liberdade. Para Foucault (2004, p.266-267), as formas de liberação não bastam para definir as práticas de liberdade. Segundo ele, é a partir das práticas que os povos, sociedades e indivíduos fazem as definições das formas aceitáveis e satisfatórias da sua existência ou da sociedade política. Assim sendo, a prática da liberdade está mais vinculada a uma questão ética do que a de uma afirmação de liberdade.

Numa manifestação neste sentido:

*Sônia – Quando meu guri tinha sete anos (temporão) comecei a trabalhar, **tinha que ajudar**, peguei de higienização nessas empresas. Bah, mas oito horas é puxado o dia todo, aí voltei a estudar, fiz supletivo, em primeira terminei. Comecei com quarenta e poucos o segundo grau, aí uma amiga começou a fazer minha cabeça. Hospital **pra mim era cheiro de morte**. Aí ia pra cachoeirinha toda noite, arrebatei uma colega do trabalho pra ir comigo, terminei, e assim que comecei a trabalhar aqui, fiz o técnico. A professora do auxiliar dizia que a gente não pode parar no tempo. Fazia tudo que era cursinho. Essa é a minha... Como é que se diz... de vida.*

Noutro encontro :

*Joana – A gente **escolhe a profissão dentro da gente**. Antes trabalhei em loja e se tu tem que vender automaticamente tem que enganar as pessoas: como é que eu vou dizer se ficou bonito? Ficou feio...Eu não quis loja por causa disso. No mercado o horário era de noite, daí tem risco de assalto.*

Em relação a fazer adequações às demandas do mercado, em detrimento das demandas do sujeito:

*Joana – A gente tem aquele dom, eu já não tenho assim, não sei como consegui chegar a 8ª série, acho bacana a pessoa que estuda...Mas é que isso eu não tenho. Eu fico esperando o que me dão, fico trabalhando numa forma pra eu gostar de fazer aquilo, **automaticamente**, fico aprendendo a trabalhar o meu interior, não tem outra*

maneira **tenho que gostar**. Pensei eu estou sendo **útil** para as pessoas doentes, comecei a ter paciência, **aprendi a gostar**, comecei a ver o **valor**. Se eu me sentir bem, vou produzir dar lucro pra empresa e dar lucro pra mim, pensa bem trabalhar naquilo que tu não gosta, **tu tira o teu jeito de ser, tira a tua vontade, e botar uma outra vontade, tu tem que ser outra pessoa, automaticamente tu tem que deixar de ser aquilo que tu gosta**.

A hegemonia das classes e a disciplinarização põem a funcionar as relações de saber/poder, acionando pela via das competências, o utilitarismo do trabalhador. Ser ou não substituível é uma questão. Há necessidade de constante qualificação para acompanhar o fluxo e se fazer necessário. O planejamento e os modos de gestão são marcados pelas cobranças e metas que acirram a competitividade. Da disciplina advém o regramento: uniformes, horários, tempos, rotinas e hierarquia. A demanda é de, mesmo estando sozinha (no caso de atividades de trabalho em duplas), ter que dar conta do montante de atividades previstas.

Em relação à percepção do planejamento:

Ester – Quem gerencia são pessoas que planejam e que nunca dirigiram uma maca, uma cama. Quem planejou aquelas rampas nunca sentou numa cadeira de rodas.

E quanto aos modos de gestão:

*Preta – Eu sei quem é a minha chefe, mas não fica ninguém lá nos **pressionando**, temos **uma meta**, acho que cheguei num ponto que eu sei o que eu tenho que fazer, tenho uma meta, sem tá com aquela chefia ali, sem ser pressionada a mostrar a que eu vim... Tem uma liberdade, uma paz maior para trabalhar. Não tive aquela pressão do Big Brother.*

Pensando nos jogos do trabalho, enquanto jogos de poder, cabe considerar que, como condição mesma destes jogos, encontra-se a resistência explicitada pelas estratégias como mecanismos de confronto (FOUCAULT, 1995). Nas falas, estes tensionamentos ficam visíveis na medida em que é manifestada a relação de trabalho como um embate, no qual aprende-se a jogar dentro das regras postas. Passam a ser analisadas as situações como vantajosas ou não, sendo que é esta análise, das perdas e ganhos, que vai conduzir os modos de se colocar nas relações e situações.

Joana – A gente entra no hospital e tem que se **enquadrar**, ou se enquadra ou vai pra rua, tem que mostrar serviço, não tem outra **escolha**, sem saída pra quem tá entrando. Naquele início como que tu vai dizer que não dá?

Simone – A princípio tu **molda** a tua vida de acordo com o hospital, aí tu começa a moldar o que tu faz no hospital de acordo com o que tu faz na tua vida, quer dizer tu vai deixar pro hospital o **resto, a prioridade é outra**.

Simone – Aí é que entra da gente **se adaptar sim, mas se acomodar não**. Quando vou fazer uma coisa que não gosto penso que é temporário.

Como num jogo de forças, o trabalho passa a ser visto como um desafio. Utilizam-se estratégias para lidar com o regramento, como no caso da hierarquia: se enquadrar, se aliar, se adaptar, obedecer...Mas não se acomodar.

Joana – A pessoa numa situação que nem a da chefia que a Preta contou, a pessoa **progride**, sabe porque? Tu aprendes a ter **tolerância** com a pessoa. É bem difícil de trabalhar, mas tu vai crescer e tu vai te dar bem com a pessoa. Aconteceu comigo quando entrei aqui... (conta detalhes)... Eu estou entrando, quanto mais elas me mandarem mais eu vou aprender. Estou entrando, tinham mais é que me mandar mesmo... Pra ter um ambiente bom tu tem que aprender a trabalhar com pessoas que tu não gosta, senão tu não **vai agüentar**... Crescer interiormente! O que é **ter tolerância**: tu vai levando, devagarzinho, fica na tua, tu não revida, chega uma hora que ela vai pensar em ti, fica tão impressionada contigo, que vai querer ser tua amiga... Até hoje ela me convida para ir trabalhar lá...

O espaço grupal, como dispositivo, através da problematização da vivência da reabilitação e da problematização dos jogos do trabalho, dos jogos de poder, possibilitou a revisão dos estilos de vida que se estabelecem em decorrência do trabalho, ou melhor, dos estilos de vida construídos a partir das demandas e das possibilidades daquele lugar de trabalhador legitimado socialmente.

Simone – Essas **aulas** têm mudado alguma coisa em vocês? To perguntando isso porque eu to pensando: **essa idéia de que a gente é dependente do trabalho não é só da gente é da sociedade!** Coloquei isso em casa e me chamaram de louca, eu nunca tinha pensado nisso, nunca tinha pensado nisso, ou eu paro de trabalhar aqui no hospital, ou eu mudo de faculdade, serviço social, sociologia, certamente não seria o que eu quero (na faculdade de psicologia que cursa, as aulas são diurnas, assim sendo, seu retorno ao trabalho, impediria que continuasse o curso). **Antes dos grupos**

*eu pensava em outras alternativas, não sei quais, to com esse **dilema** por causa das aulas da Márcia...*

4.3 Trabalhar no hospital

O trabalho hospitalar, conforme descrito anteriormente, se configura como um campo de práticas que produz sentidos e verdades. Permeado por relações hierárquicas e disciplinares, produz tensionamentos que levam o trabalhador a modos de trabalhar onde os sentimentos, muito mobilizados no cuidado dos doentes, precisam, muitas vezes, sucumbir à priorização do fazer. Ou melhor, mesmo sentindo compaixão, inveja, medo... Os trabalhadores do hospital precisam continuar realizando suas atividades. Para tanto, se acercam de uma lógica, de um regramento, onde este trabalhador precisa saber “separar as coisas”, não deixando que os seus sentimentos “interfiram” na produtividade. Neste sentido, compreendemos Foucault (1981, 1999), quando afirma que, ao invés de conhecimento verdadeiro, o que se produz em relações como estas são regimes de verdade.

Em alguns encontros referiram que:

*Preta – **Enfermagem é continuação**, coisas que muitos esquecem... Não dá pra deixar as coisas por fazer... O mais importante é dar medicação, é fazer uma mudança de decúbito prá não ficar naquela mesma posição e dar uma infecção de pulmão, isso é mais importante que o banho.*

*Preta – Estar sozinha fazendo tudo, estou fazendo o que eu posso. Já está cansada e ainda aquela advertência, aquela cobrança. Falta atenção para o paciente é muita cobrança e a gente não tem tempo para o paciente. Falar uma palavra de conforto para a pessoa. Eu procuro dar atenção ao paciente. Às vezes tô passando no corredor e escuto aquele “enfermeera”, ai meu Deus só pode ser comigo, **nem lembro das pessoas é tanta gente.***

*Joana – Aprendi a ter paciência na nutrição, **todo o resto da vida aprendi a ter paciência**, esta coisa de ter calma nas situações, e isto foi do meu serviço aqui com o paciente ao longo do tempo.*

Os modos de trabalhar concorrem para a produção dos modos de viver. De acordo com as falas, trabalhar com o doente ensina a ter calma, paciência, ensina

modos de se colocar nas relações. Não é um trabalho mecânico, é “diferente”, e este “diferente” diz dos modos de fazer a experiência de si no trabalho.

*Preta – Tenho que agradar é quem tá ali naquela cama, nossa função é o **paciente**, nosso **cliente**, paciente sempre tem razão, a gente que tá forte trabalhando tem que ajudar, a gente não é saco de pancada(em relação ao paciente): **“enquanto tu tá aqui, tá sob os meus cuidados!”**. Tem que, mostrar para ele quem é que tá mandando, às vezes ele tá drogado, ou o corpo dele não aceita, **tem que mostrar com uma voz mais calma mais firme.***

A docilização dos corpos: o corpo do paciente, o corpo do trabalhador e o corpo do trabalho, de forma maquínica, mecânica, entram em uma seqüência e em uma cadência de movimentos e intersecções que produzem práticas e regramentos, desde alguns regimes de verdade onde a hierarquia, crachás, uniformes, aparência, controles, assepsia, escalas são as tecnologias através das quais se exercem os modos de sujeição. Os modos de trabalhar vão mostrar os pontos em que o trabalho se fixa a estes jogos e os pontos onde ele resiste. Os modos de efetivar aquilo que está prescrito talvez seja o espaço onde estes movimentos ficam mais evidentes.

*Ester – A chefia dizia para pedir ajuda aos colegas, mas eles não têm como ajudar, eles também estão com dificuldade de sair. Não foi respeitado que eu dissesse que limites eu tinha, **os limites eram estabelecidos por outras pessoas**, teria sido mais fácil se eu tivesse ficado com determinados tipos de pacientes. Não adianta a chefia determinar o que eu posso fazer num paciente se elas nunca tiveram o meu problema. Eu tinha paixão por estar no almoxarifado (da enfermagem, na própria unidade), e depois da cirurgia continuei sendo escalada pra lá. Não aceitam a palavra do funcionário, não respeitam, tem colegas que estão indo para o mesmo caminho.*

A experiência de trabalho no hospital incita modos de viver, a partir de práticas ricas em sentidos, tais como: preparar o paciente, estar na escala, estar no posto, estar no transporte, no almoxarifado, priorizar as atividades, ser escolhido, não escolher, ter agilidade, ter pressa, ter horários rígidos, uma seqüência, meu paciente, meu funcionário. O discurso que permeia estas práticas estabelece uma cadência quase mecânica dos modos como as relações devem acontecer. Estas relações, na forma de circularidade, como no assujeitamento anteriormente discutido, aqui aparecem rompidas pelo adoecimento. Ou seja, o adoecimento é compreendido como a

manifestação-limite da própria experiência do trabalho hospitalar. O adoecimento também é vivido como o rompimento com aquele lugar legitimado do trabalhador do hospital. Traz sentimentos de culpa por não poder dar conta do que é esperado deste lugar de trabalhador do hospital, expondo, ao mesmo tempo, a potência e a fragilidade do lugar do trabalho no hospital, que depende das condições de saúde dos trabalhadores para executá-los. O hospital, que deve dar conta da doença e da morte, alberga a própria doença e morte na sua organização de trabalho, uma vez que, maquínicamente, usa o corpo do trabalhador, o qual, tomado como uma mercadoria, tem um preço e uma vida útil.

*Éster – Tenho que ter muito cuidado (em relação as suas limitações). Querendo ou não, **numa hora de urgência tu vai te lembrar que tu tem problema?** Se eu largasse o torpedo ali ia cair nos pés do paciente, não tinha ninguém para pegar...*

Num diálogo do grupo:

*Preta – **Na nossa função de enfermagem nunca nos disseram que fazer repetitivas vezes tais coisas causa um problema**, o pessoal da informática é diferente da enfermagem. Agora tem o elevador (equipamento que serve para auxiliar na mudança de decúbito dos pacientes), tem o estrado (equipamento que auxilia na passagem da maca para a cama e vice-versa). Agora que tem pessoas que estão se formando pra isso. No nosso caso a gente tem que chegar na dor.*

*Ester – Quanto lutamos pra conseguir uma escada de três degraus para os mais baixinhos, quem não trabalha ali não sabe, barulhos intensos... Uma coisa é a teoria, outra é a prática do dia a dia. **Os malabarismos que a gente faz com o corpo pra entrar no elevador isso associado ao stress e o cansaço da noite, não tem coluna que agüente. Porque tu pegou o torpedo? Se eu não pego como é que fica o paciente. Não quis voltar porque isso não funciona eu não sei ficar indiferente. Tem uma parte que a gente vai fazendo sem se dar conta.***

Pesquisadora – Tá programada pra atender a demanda que vem do ambiente, mas não tá programada pra ouvir o teu corpo.

*Sônia – Tô aqui pra atender o outro, **eu tô em segundo plano.***

*Ester – Confesso que **muitas vezes tomei medicação porque sabia que não podia faltar porque tinha gente fora.***

*Preta – Eu queria voltar, **várias vezes tomei injeção** e pedia práς gurias: eu só preciso ficar meia horinha aqui sentada para fazer o efeito e ficava lá no isolamento (leito destinado aos pacientes que precisam ficar em enfermaria individual), **só que era o***

momento de ir pra casa e não de trabalhar, não tinha jeito. A gente tá cuidando de alguém, a prioridade é aquela criatura que tá o teu nome prá tu cuidar (na escala).

Pesquisadora – Difícil admitir que não está em condições de cuidar.

Preta – É aquilo que eu falei: deixar as máscaras caírem, caiu a máscara, é isso que tava difícil pra mim aceitar.

4.4 SAIR DA REABILITAÇÃO e ir para onde?

Podemos, do ponto de vista econômico, considerar que estar na reabilitação significa estar vinculado à seguridade, e que a mesma, na nossa sociedade, funciona como suporte. Em outras palavras, que a seguridade, ao oferecer a garantia dos proventos (muitas vezes por não serem efetuados os descontos os proventos ainda são de maior valor que o salário habitual), permite que estes trabalhadores continuem tendo acesso ao consumo e aos meios de subsistência necessários para a manutenção dos estilos de vida que construíram através do trabalho. Mas a questão não é financeira tão somente, há outra questão econômica, da ordem das possibilidades para competir. Ou seja, a seguridade também funciona como suporte, na medida em que estando na reabilitação se está fora do jogo, dos embates do trabalho. Assim sendo, sair da reabilitação e desligar-se da seguridade significa também expor-se novamente a relações de trabalho com regras de competição sob as quais não se sentem em iguais condições para competir. Significa colocar em questão outro rompimento, voltando para um jogo em condições diferentes das dos outros, condições demarcadas pelas limitações que acompanham a maioria deles no retorno ao trabalho.

Neste sentido, sair da reabilitação é entrar no jogo do trabalho novamente, priorizar a produção deixando-se de lado. Correr, dobrar, substituir, folgar, não folgar, se adaptar, aceitar, ter paciência: é pegar ou largar. É correr riscos, é ser avaliado, ter metas, ser cobrado, cobrar. Voltar a trabalhar é ter dinheiro e não ter saúde. Voltar a trabalhar significa não mais esperar, não mais depender, podendo, ou não, ser a busca por outra forma de fazer a experiência de si. A busca por não mais depender e não mais esperar. No entanto cabe problematizar para quais lugares irão voltar.

Nos casos destas trabalhadoras, estar em reabilitação, bem como na experiência de trabalho anterior, significa estar “seguro”, ou seja, com o salário garantido e esperando a decisão de alguém. Decisão do hospital – no sentido de ser disponibilizado pela empresa um local para fazer a reabilitação profissional –ou do perito – quanto a retornar ou não para o auxílio doença ou quanto à aposentadoria.

A experiência da reabilitação coloca em questão o trabalho como modo de sujeição, suas relações de poder e seus pontos de tensão e ruptura, onde o retorno ao trabalho, que é uma das possibilidades, na maioria das vezes, significa a reiteração de regimes de verdade que têm efeitos tão perversos quanto os do trabalho alienado, explorados por Marx (2003). Voltar para onde? Se o que se fazia antes não se pode mais fazer. Voltar para o mesmo local, com restrições, é complicado, pois, na hora de uma intercorrência ou da correria, “o instinto profissional” fala mais alto e, quando vêm, já estão fazendo o que não podem.

No entanto, retornar ao trabalho também pode ser um movimento de resistência: se neste retorno o sujeito se colocar de outra maneira nos jogos de poder, se experimentar outros modos de viver o trabalho. Neste sentido, poderia significar sair do jogo: do trabalho, da perícia, das tensões entre capital x trabalho. Sair do jogo estando dentro, como uma força resistencial tão profunda quanto superficial, como para Deleuze (1988), um lado de dentro tão adormecido como vivo.

Em algumas falas expressaram:

Preta – Já reconheço, sei me controlar, mas o pique do trabalho exige da gente, continua exigindo, só pensava na situação da unidade, hoje não, também penso em mim. Tenho meu horário, 6 horas, às 3 horas eu paro faço meu lanche. Agora descobriram que eu sou deficiente física, então agora vai ser assim, é lei. Tem a laboral, tem o meu horário se não é urgente, eu não faço, vou usar a arma que me deram...Mais por consideração as colegas. Se eu fizer a mais não vai aparecer.

Preta – Mostrar que tu tem uma história, agora parti pra outra, passou, quem me conheceu trabalhando sabe como é que eu era: “levanta sacode a poeira e dá volta por cima”.

Numa conversa entre elas:

*Mari – Eu optei por voltar a trabalhar porque eu gostava... Porque realmente eu gosto de trabalhar aqui, podia me **acomodar** tava tão bom assim, voltei louca de medo, agora já faz quatro meses. ...Mas até chegar aqui... Começa lá no Grupo de Recursos Humanos prá levar o atestado, me disseram tal dia tu não veio mais trabalhar. Depois tem o banco que o meu dinheiro foi desviado, estourei lá dentro, não pude me controlar. Só que pensar que voltei porque o hospital... Queria que eu voltasse, isso não, eu voltei porque eu quis voltar!*

Simone – Eu percebi que nós temos o poder de voltar, porque foi o que a Doutora me disse semana passada: “o exame físico não significa nada, tu é que sabe se tu tem ou não condições de voltar”. Eu podia ter dito que eu ainda sinto dor...

Preta – O perito também te pergunta, fica nas tuas mãos, pesa muito no momento de tu dizer...

*Simone – **Tu tem o controle.***

Em outras manifestações:

Simone – Eu me perguntava, eu quero mesmo voltar ao trabalho, talvez 50% das vezes a minha resposta foi não. No começo eu tava desesperada para voltar, depois... Depois...

Joana – Agora que tô vendo que não vai ter o “encosto” o que eu vou fazer? Me arriscar a voltar e não ter o “encosto”? Fico mais tranqüila de estar afastada e ter o “encosto”, e esperar para voltar noutra lugar que tenha algum “encosto”.

*Joana – **É complicado pra voltar né Márcia, tem o nível, a classe, o encosto...***

Joana – Se eu saio do hospital o que eu vou conseguir, só o que eu conseguiria aqui, que vantagem eu tenho?

Ao problematizar a questão da reabilitação, se dão conta de que elas “podem” ter o controle da situação. No entanto parece que, quando retornam, a manutenção deste controle fica ameaçada, seja pelos modos de gestão, seja pela organização do trabalho em si, seja pela fragilidade marcada por suas limitações colocando-as em condições desiguais em relação a seus colegas.

As relações de trabalho, como jogos de poder numa agonística, produzem efeitos de domesticação, tornando úteis os corpos aos desígnios do trabalho. Mas estas relações e jogos, como agonística, também produzem as resistências destes corpos.

*Simone – Ali na recepção tem uma **câmera na sala do chefe**. Ali tu vê a chefia todo tempo, na internação tu vê a chefia uma vez por mês. É muito constrangedor (na recepção). Na primeira semana olhava todo o tempo para a câmera, agora já me acostumei. Chefia diferente a gente tem que se adaptar. As pessoas ficam preocupadas de ir no banheiro e demorar muito... Esse **big brother** ali não foi fácil, o pior pra mim foi a câmera. Não tem outro lugar onde eu posso ir, aonde eu iria se não fosse ali, ou é ali ou é no olho da rua, todas as sugestões que eu dei não foi possível.*

Para Foucault (1991), em relação ao espaço disciplinar

importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar (FOUCAULT, 1991, p.131).

Num diálogo do grupo:

Mari – (relembra quando ela entrou na CNPQ – Central de Nutrição Parenteral e Quimioterápicos) Eu não aquentava de dor, até que fui pegando jeito, fica dolorido um pouco, imagino quem tem esse problema (osteomuscular).

*Simone – Acredito que a gente aumenta a intensidade da **dor**, fiquei estressada. Se não tivesse pavor tão grande de sentir dor talvez a intensidade da dor fosse menor. Será que eles não vão me tirar daqui? (referindo-se ao atestado no período de estágio na reabilitação) Tu não queres sair, mas tu tens medo de ficar. É uma **ansiedade** muito grande.*

Preta – Tu dá bola pra ela (dor).

Maria Eduarda – Tu bota muita expectativa (no estágio).

Em outro diálogo :

Joana – Não é medo, tô vendo que não vai dar, é como se tivesse fazendo um treinamento sem tá no hospital, não adianta, eu respeito meu limite, porque eu gosto de mim. Eu não vou ir porque o fulano quer que eu vá.

Simone – Tu é que te enganou tu querias ir.

Joana – Eu tava vulnerável, vou cuidar para não ter mais esse surto (depoimento da trabalhadora em relação ao fato dela ter desistido de retornar ao trabalho).

5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES, PARA FINALIZAR...

Neste trabalho procuramos construir uma argumentação em relação à temática da reabilitação profissional, instrumentalizada pelas discussões sobre o trabalho e a subjetivação, sobre o hospital como um campo de práticas e regimes de verdade e sobre o adoecimento como ruptura/acontecimento. Através dos modos como os trabalhadores vivenciam a trajetória da reabilitação profissional, visibilizaram-se as histórias dos modos de trabalhar até então experimentados. Estes modos de trabalhar, marcados por histórias de trabalho e de vida onde as experiências de sujeição e resignação estiveram muito presentes, foram potencializados pela trajetória de trabalho no hospital.

O hospital como campo de práticas e eficiente regulador das relações hegemônicas e hierárquicas, concorre para a produção de sujeitos desde a experiência de modos de trabalhar peculiares na organização hospitalar e ricos em sentidos. O hospital, encarregado socialmente do tratamento e contenção da doença e da morte, lança mão de um aparato técnico e tecnológico que cultua as práticas assépticas, normativas, hierárquicas e hegemônicas que imprimem nas relações de trabalho rotinas padronizadas e modos de trabalhar marcados pela sistematização, pela rigidez e pela disciplinarização.

As falas das trabalhadoras nos apontaram que, em suas vivências de trabalho, sentiam-se pouco escutadas por chefias e colegas, o que as levava a omitir, e até mesmo negar as limitações do seu corpo em dar conta das atividades de trabalho, tal qual prescritas. Suas falas também nos mostraram os modos como se reconheciam como trabalhadoras, ou seja, como aquelas que dão conta de tudo o que lhes é solicitado, aquelas que são “as sadias” a atender “os doentes”, ou aquelas que precisam seguir as prescrições tal qual se apresentam, ou aquelas que, além de tudo isto, ainda

precisam substituir o colega que faltou e dobrar o turno de trabalho, cobrir folga e ganhar em hora extra, ou mesmo cobrir por folga, mas ajudar a unidade, a chefia, os colegas.

A docilização parece ser uma fixidez na história de trabalho destes sujeitos, manifestada principalmente pela forma como foram domando os seus corpos a se adaptar e dar conta das demandas de trabalho. O acostumar-se com a dor decorrente da cadência, do peso e da repetição dos movimentos, o uso sistemático e até mesmo indevido das medicações para suportar esta dor e dar conta da carga de trabalho, a negação da dor levaram a postergação dos tratamentos ou até mesmo a lesões tão graves que inviabilizam o retorno e deixam seqüelas irreversíveis. Estes modos de se colocar nas relações de trabalho, somados à negação do adoecimento são marcas indelévels nas histórias destes trabalhadores. Deixar o adoecimento e suas manifestações aparecerem significava para os mesmos ter que enfrentar o fato de não mais poder dar conta do prescrito, correndo o risco de ser preterido em detrimento de outro trabalhador com melhores condições para o trabalho.

Considerando que a dependência é condição para a constituição do sujeito, o reconhecimento por parte do outro se torna fundamental para os processos de auto-reconhecimento. Ou seja, no trabalho, enquanto modo de sujeição, é fundamental que o trabalhador se sinta reconhecido pelo outro. Assim sendo, o adoecimento no trabalho ameaça esta possibilidade de reconhecimento e o trabalhador vê a iminência da perda do lugar socialmente legitimado, conquistado via trabalho.

A manutenção deste lugar de trabalhador socialmente legitimado depende, neste caso, do emprego. A vinculação a um emprego possibilitou a estes trabalhadores o estabelecimento de um estilo de vida que permite acesso ao consumo, aos meios de subsistência, a relações sociais e ao compartilhamento de alguns valores, tais como: o incentivo a constante atualização profissional, o cuidado ao lidar com a dor do outro, e a busca pelo crescimento profissional e pessoal. O emprego, desta forma, serve como suporte social e concorre para a construção dos modos de vida. Considerando, neste caso, que o tempo de trabalho no hospital acompanhou grande parte da trajetória de vida destas trabalhadoras podemos pensar que muitos dos seus sonhos e decisões de

vida estiveram condicionados à manutenção deste emprego. Colocá-lo em questão ameaça o até então conquistado lugar de trabalhador.

O adoecimento e o conseqüente afastamento do trabalho fraturam uma relação construída, onde o trabalhador atende o chamamento das demandas do trabalho, sente-se satisfeito por poder atendê-las, espera o reconhecimento do outro e, a partir dele, investe novamente. Estabelece-se como que uma circularidade, a qual é rompida pelas limitações decorrentes do adoecimento, pois, ao não mais poder atender o chamamento do trabalho, o trabalhador coloca em risco a possibilidade de reconhecimento. Desta forma o trabalhador, enquanto uma mercadoria, vê a ameaça de ser substituído e sucateado. Na prática, o que de fato acontece é que, após passados os quinze primeiros dias de afastamento, o trabalhador entra em benefício, ou seja, passa a ser pago pela previdência e a sua vaga pode ser automaticamente preenchida por outro trabalhador. Pode-se então perceber que, de fato o trabalhador é substituído, mas com a ressalva de que, quando retornar, tenha a sua vaga garantida. Este retorno, entretanto, é, via de regra, em condições desiguais, portanto a ameaça da perda do lugar continua.

Em relação ao que se possa chamar de sucateamento, dentro da lógica do capital, o que se constata é que as experiências de reabilitação, nos seus pontos de fixidez, nos falam de uma prática que, ao recolocar o trabalhador nas mesmas atividades com restrições, ou ao mantê-lo “na geladeira” (afastamentos que se prolongam durante meses, ou até mesmo anos) sucateia o trabalhador, o submete a um modo de vida que cultua a doença como impedimento para os modos de trabalhar. Ou melhor, a vinculação à seguridade parece estar referenciada aos modos de trabalhar formais, deixando de estimular, ou mesmo oferecer aos trabalhadores, alternativas diferentes das vigentes. Há uma cultuação ao retorno ao emprego, mesmo sabendo que neste, o lugar a ser ocupado é o de exceção, marcado pelas limitações. Mesmo numa sociedade onde o trabalho informal toma um espaço considerável, ele não é visto como uma alternativa a ser considerada. Não se está afirmando que ele seja uma solução, mas é importante possibilitar que outras alternativas de trabalho, outras organizações de trabalho e outros modos de trabalhar, além daquele que concorreu para o adoecimento, possam ser visibilizados. Além disto, a prática do retorno ao trabalho com restrições, ou

mesmo da aposentadoria por invalidez também é um modo de individualização do adoecimento e de culpabilização do trabalhador. Pois, desta maneira, resolve-se os casos de maneira pontual e individual sem se estudar e propor mudanças nos ambientes e nas práticas de trabalho que possam estar sendo lesivas aos trabalhadores. As práticas de reabilitação, desta forma, marcam a incapacidade e a quase “inutilidade” dos trabalhadores. A vergonha e a culpa são as faces mais evidentes destas estratégias de dominação.

Constata-se que as práticas em reabilitação profissional, numa lógica assistencialista, assujeitam o trabalhador, reiterando a relação de dependência até então experienciada no trabalho. Esta lógica, ao privilegiar a incapacidade do corpo do trabalhador, manifesta o maniqueísmo com que o Capital tem tomado os sujeitos como instrumento para atingir seus objetivos, quais sejam: produtividade, lucro e acumulação de riqueza.

Entendemos estas práticas, como jogos de poder que, em seus pontos de tensão, também apresentam movimentos de ruptura que podem nos apontar para a visibilização de outras identidades possíveis (neste caso, legitimadas no trabalho coletivo que se deu nos encontros do grupo). Na trajetória deste grupo as experiências de transgressão da lógica dos jogos de verdade se mostraram eficientes e singulares como ruptura/acontecimento e possibilidade de protagonismos (devir). A partir da problematização dos modos de viver a reabilitação, alguns modos de trabalhar foram sendo visibilizados, bem como suas estratégias para lidar com o regramento, e seus jogos de poder e verdade. Isto possibilitou que, em grupo, as estratégias para lidar com a reabilitação também se manifestassem, ou melhor, os movimentos de resistência e ruptura foram se evidenciando na forma dos modos de viver a reabilitação profissional, ora como um “encosto” e acomodação, ora como punição e sofrimento, ora como possibilidade de revisão dos modos de trabalhar e como impulso para a busca de outros modos de viver.

Cabe aqui contar uma história. Vou contar a história de uma trabalhadora que pertenceu ao grupo, viveu o grupo e “abandonou” o grupo.

Joana (D’arc) estava no programa de reabilitação já havia algum tempo, talvez em torno de um ano. Era assídua ao grupo e bastante participativa.

Havia se tornado “crente” quando seu processo de adoecimento estava bem agudo. Contou que nesta época tinha muitas dores na coluna, tomava muitas medicações, tinha problemas de gastrite em função das medicações, estava inchada e muito deprimida. Algumas vezes os médicos lhe deram a entender que seu problema era psicológico. Foi então que “encontrou Cristo”. Acredita que, a partir daí, sua vida mudou. Sempre fazia referência à sua crença religiosa no grupo, mostrando, a todo o momento, sua resignação a Deus. Acredita que Deus dá os avisos e que ela deve seguir os caminhos por ele apontados. Refere ter feito uma escolha por seguir a vontade de Deus, dizendo por vezes que a vontade dela está em segundo plano e que é a de Deus que importa. Muito autêntica nas suas colocações, demonstrava não se furtar de manifestar seus pensamentos. Geralmente era ela que iniciava o grupo trazendo as reflexões que fazia entre um encontro e outro. Marcava sua diferença em relação às outras participantes do grupo principalmente quando expressava sua resistência em voltar a estudar (não havia completado o ensino médio) e quando assumia claramente sua posição de espera em relação à reabilitação, pois acreditava que, naquele momento, tinha de se adaptar ao que oferecessem a ela, moldando a sua vontade à da empresa. Suas palavras eram duras de ouvir e o restante do grupo reagia tentando convencê-la a pensar diferente. Nas suas colocações utilizava um termo bastante peculiar para se referir a como reagia a algumas situações. Dizia, por exemplo, “daí **automaticamente** eu me dei conta...” e, automaticamente, ela vinha ao grupo, marcava a sua diferença e afirmava que ninguém faria com que ela mudasse o pensamento dela. Mas um dia ela chegou ao grupo e contou que tinha resolvido voltar a trabalhar, já havia procurado a área médica e a área burocrática responsáveis, contando que havia dito “aquela palavrinha mágica para a doutora: Eu quero voltar a trabalhar”. Com isso acreditava que conseguiria autorização para o retorno. Nas consultas disse quais áreas estava pensando que seriam adequadas para o seu retorno, referindo que queria trabalhar junto ao paciente, pois isto para ela é muito gratificante. Pensava em retornar para sua área de origem. Joana havia sempre trabalhado numa área do hospital onde a organização do trabalho se caracteriza por práticas tais como controle de tempos e movimentos, rotinas e protocolos bastante rígidos, repetição de movimentos, hierarquia de atividades bem definidas, hierarquia de relações, sobrecarga de peso intrínseca às atividades, sobrecarga de atividades e trabalho em duplas (o que exige um ritmo e uma cadência entre as duplas) e também o contato com o paciente hospitalizado embora bastante lacônico. Os índices de adoecimento e afastamento do trabalho nesta área são bastantes altos. Mas era para lá que pensava em retornar, tendo em vista que outras áreas as quais cogitou em outros momentos da trajetória de reabilitação não foram viáveis pelo tipo de restrições de atividades que a sua patologia e estado de saúde exigem. Então, isto feito, Joana fez a negociação, fez as consultas médicas e psicológicas necessárias. Foi autorizado seu retorno, restava agora aguardar os procedimentos burocráticos. Esta espera de duas, talvez três semanas foi, para ela, longa, sendo que quando foi chamada para pegar a carta de disponibilização de área do hospital para ser entregue por ela à

orientadora profissional do CRP, ela já estava em dúvida. Conta que leu a carta e se deu conta que não teria condições de fazer o que ali estava prescrito. Mesmo sendo a área por ela solicitada não ia conseguir. No CRP, quando falou que estava desistindo, encontrou resistências, no hospital mais ainda e para o grupo, então, foi quase impossível de entender a sua desistência: “Como que ela não tinha se dado conta antes? Como só agora se deu conta que não tem condições? Como não quer tomar mais medicação?” O fato é que Joana criou neste tempo de afastamento do trabalho um modo de viver que lhe permite seguir o tratamento de tal forma que não tem sintomas, nem dores, nem toma medicações. Tem uma rotina diária bastante organizada e que contempla, alongamentos, alimentação balanceada, horários de descanso, distribuição das atividades domésticas de modo a não se sobrecarregar e idas ao mercado distribuídas de forma que não carregue peso além do que pode. Durante o tempo em que trabalhou, economizou e comprou um apartamento, mas como mora nos fundos da casa dos pais aluga seu imóvel, tendo uma renda mensal, além do benefício. Segundo ela, colocou todos estes fatos em questão quando decidiu desistir do retorno ao trabalho. No último encontro do grupo em que Joana esteve presente foi bastante mobilizante, pois todos a questionaram muito sobre sua desistência. O grupo oscilava, por vezes num tom acusatório e desconfiado e por vezes num movimento de compreensão em relação à sua atitude. Ao dizer que não se sentia em condições de retornar, foi novamente encaminhada para uma perícia que então avaliaria a sua situação, correndo o risco de o perito não aceitar o reencaminhamento, dar alta para ela e ela ter que retornar compulsoriamente ao trabalho. Esta hipótese foi ventilada pelo grupo, ao que ela respondeu que então pediria demissão. E assim o fez... Teve alta, veio ao hospital e pediu sua demissão. O que se soube depois é que sua mãe buscou reverter a situação, justificando que a filha estaria sem condições psicológicas de tomar tal atitude. Também ficamos sabendo que ela custeava a faculdade do irmão com a renda do apartamento, mas a própria Joana não mais apareceu...

Joana deixou muitas marcas no grupo: suas palavras eram duras; a marca da diversidade estava nela, e ali, sempre presente e participativa, ela afirmava a sua singularidade. Por vezes pudemos problematizar o assujeitamento a Deus, o assujeitamento a reabilitação e o assujeitamento ao trabalho, dentre tantos outros modos de assujeitamento que possam estar aí no nosso cotidiano. Foi através destas relações tão diferentes, mas também tão iguais que fomos compreendendo as formas de submetimento e visibilizando os movimentos de ruptura. Joana esteve no jogo do trabalho, saiu do jogo do trabalho e foi tentada a retornar, mas no tensionamento deste jogo de poder, no caso manifestado ora pela “palavrinha mágica”, ora pela organização do trabalho a que teria que se submeter, ora pelo grupo, ao tentar convencê-la de que

estudar era a melhor saída, ora pelas consultas e perícias, ela tomou um posicionamento. Pautada ou não em Deus fez o seu deslizamento.

Esta história coloca a questão da constituição do sujeito no assujeitamento de modo bastante caricato na forma como Joana falava da sua vontade e da vontade de Deus. Mas também tornou visíveis os movimentos de reiteração e de deslizamento. Os posicionamentos tomados por Joana nos mostram os modos como ela fez a experiência de si, e como seu adoecimento como acontecimento/ruptura foi fazendo efeitos no seu modo de vida. Retomando novamente noção de experiência, conforme Ortega (1999), compreendemos que o adoecimento transformou a vida de Joana, dividindo sua história em pelo menos duas, uma antes do adoecimento e outra depois. Sendo que foi na sua história presente que as transformações marcaram seu modo de viver.

Esta história também nos aponta para a revisão dos modos de trabalhar e dos modos como as relações de trabalho fazem a interpelação do sujeito, revisão esta possível a partir da problematização da trajetória da reabilitação profissional e dos seus efeitos. As reações, tanto do grupo, quanto da família da Joana reforçam a compreensão de que o emprego e, depois, no caso dos trabalhadores em reabilitação profissional, a seguridade, funcionam como suporte social para a manutenção de estilos de vida, os quais, em muitas situações, não podem ser colocados em risco.

A experiência da reabilitação profissional, se tomada enquanto paradoxo (interdição/resistência), oferece aos sujeitos jogos de verdade e tensionamentos, há muito experienciados nas relações de trabalho capitalistas, que numa lógica mercantilista e de acumulação, produz desigualdades. Uma sociedade controlada pelo consumo captura sistematicamente a experiência subjetiva e o sentido da relação consigo, desenhando estilos de vida, que podem ser mais assujeitados ou inventivos, mais problematizadores e mais reflexivos.

Consideramos ser fundamental intervir sobre o trabalho antes que o adoecimento aconteça, ou mesmo pensar o trabalho quando o adoecimento acontece, e não só pensar o indivíduo que adocece. Entendendo o adoecimento também como forma de expressão dos modos de trabalhar, poderemos intervir no trabalho que adocece, estando mais atentos para as demandas que surgem cotidianamente neste sentido.

Tomando a noção de acontecimento de Carretero (2003) e da experiência de Ortega (1999) podemos pensar que a trajetória de tensionamentos e embates que o rompimento com o trabalho impõe, enquanto campo de luta possa produzir, além de interdições: autonomia, devires e protagonismos. Acreditamos ainda que muitas reflexões podem ser feitas e que a história singular de Joana não sirva de exemplo, ou de modelo, mas que ela nos suscite tantas reflexões quantas possamos fazer, nós sujeitos constituídos desde relações tais quais as vivenciadas por Joana, nós trabalhadores, pesquisadores, homens, mulheres, pais, filhos, amigos...

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. *Os Sentidos do Trabalho-Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 6 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.
- BAREMBLITT, Gregório F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: Teoria e prática*. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- BARROS, Regina Benevides de. Dispositivos em ação: o grupo. IN: SILVA, André do Eirado. et al. *Saúde e Loucura, Subjetividade – questões contemporâneas*. v. 6. São Paulo: Hucitec, 1997. p.183-191.
- _____. *Grupo: afirmação de um simulacro*. São Paulo, 1994. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.
- BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre, v.15, n. 1, p. 57-96, jan./jun de 2003.
- BUTLER, Judith. *The psychic life of power*. Stanford, Califórnia. Stanford University Press, 1997.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CARRETEIRO, Teresa Cristina. Acontecimento: categoria biográfica individual, familiar, social e histórica. In: Féres-Carneiro, Terezinha (org.). *Família e Casal: Arranjos e Demandas Contemporâneas*. Rio de Janeiro: Ed. PUC- Rio; São Paulo: Loyola, 2003. p. 267-285.
- CAMPILONGO, Maria Assunta. A noção de sujeito em Michel Foucault. *Educação, Subjetividade e Poder*. Porto Alegre: Editora UNIJUÍ, v.6, p. 63-72, agosto de 1999.
- CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social - Uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- CORRÊA, Máira Baumgarten. Reestruturação Produtiva e Industrial. In: CATTANI, Antônio Davi (org.). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed.Universidade, 1997. p.203-205.

DEJOURS, Christophe, ABDOUCHELI, Elisabeth e JAYET, Christian. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana á análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

DELEUZE, Giles. *Le bergsonisme*. Paris: PUF, 1996.

_____. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cronicos). IN: TUNDIS, Silvério Almeida. & COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). *Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil*. 7 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 171-202.

DIAS, Elizabeth Costa. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. IN: ROCHA, Lys Esther, RIGOTTO, Raquel Maria e BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteado. (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis; Vozes, 1994. p.138-156.

DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica; (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EIZIRICK, Marisa Faermann. *Michel Foucault: um pensador do presente*. Ijuí: Editora Unijuí, 2002.

FOUCAULT, Michel. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. IN: MOTTA, Manuel Barros da (org.). *Michel Foucault: Ética, sexualidade e política*. v.5. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p.264-287.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. *História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. O sujeito e o poder. IN: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.229-39.

_____. *Nietzsche, Freud & Marx*. São Paulo, Princípio Editora, 1997. p.13-27.

_____. *Vigiar e Punir- História da Violência nas Prisões*. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. *História da sexualidade 1: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. La Hermenêutica del Sujeto. IN: GABILONDO, Angel (ed.). *Michel Foucault: Estética, ética e hermenêutica*. Barcelona: Paidós, v. 3, 1999, p. 275-288 (Obras Essenciales).

_____. Las Técnicas de Sí. IN: GABILONDO, Angel (ed.). *Michel Foucault: Estética, ética e hermenêutica*. Barcelona: Paidós, v. 3, 1999, p. 443-474 (Obras Essenciales).

_____. La Creación de Modos de Vida. IN: GABILONDO, Angel (ed.). *Michel Foucault: Estética, ética e hermenêutica*. Barcelona: Paidós, v. 3, 1999, p.9-35. (Obras Essenciais).

_____. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. IN: MOTTA, Manoel Barros da (org.). *Michel Foucault: Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, v.5, 2004, p. 264-287 (Coleção Ditos & Escritos).

GRAVINA, Marcia Elena Rodrigues, NOGUEIRA, Diogo Pupo, ROCHA, Lys Esther. *Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho*. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v.14, n.1, p.19-26, jan./abr. 2003.

GONZAGA, Paulo. *Perícia Médica da Previdência Social*. São Paulo: LTr, 2000.

HARVEY, David. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

LARANJEIRA, Sonia M.G. Fordismo e pós-Fordismo. IN: CATTANI, Antônio Davi (org.). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997. p.89-94.

MARX, Karl. Primeiro Manuscrito – O trabalho alienado. Disponível em: < [www.http://www.geocities.com/autonomiabvr](http://www.geocities.com/autonomiabvr)> Acesso em: 20/05/2003.

NARDI, Henrique Caetano. *Saúde, Trabalho e Discurso Médico – A relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho*. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.

_____. A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia & Sociedade/ Associação brasileira de Psicologia Social*. Porto Alegre. v.15, n.1, p. 37-56. Jan/jun de 2003.

NARDI, Henrique Caetano, TITTONI, Jaqueline & BERNARDES, Jefferson Souza. Subjetividade e Trabalho. IN CATTANI, Antônio David (org.). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. 4. ed. Petrópolis: Vozes. Porto Alegre; Ed. da UFRGS, 2002. p. 302-308.

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da Moral: uma polêmica*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

NUNES, Everaldo Duarte e ROCHA, Lys Esther. A intervenção do Estado nas relações de trabalho. IN: ROCHA, Lys Ester, RIGOTTO, Raquel Maria. e BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteado (orgs.) *Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis; Vozes, 1994. p.97-108.

_____. Tudo por um “Brasil Grande”: 1945-1964. IN: ROCHA, Lys Ester, RIGOTTO, Raquel Maria. e BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteado (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis; Vozes, 1994. p.109-121.

ORTEGA, Francisco. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

OSÓRIO DA SILVA, Claudia. *VIDA DE HOSPITAL: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. Rio de Janeiro, 2002. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana – Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

PITTA, Ana. *Hospital, dor e morte como ofício*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

ROCHA, Lys Ester. & NUNES, Everaldo Duarte. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores. IN: ROCHA, Lys Ester, RIGOTTO, Raquel Maria. e BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteadó (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis; Vozes, 1994. p. 83-96.

_____. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social. IN: ROCHA, Lys Ester, RIGOTTO, Raquel Maria e BUSCHINELLI, José Tarcísio Penteadó (orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis; Vozes, 1994. p. 122-137.

ROCHA, Marisa Lopes da & AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v.203, nº4, p. 64-73, 2003.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 41-117.

SEBASTIANI, Ricardo Werner. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. IN: CAMON, Valdemar Augusto Angerami. *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática*. São Paulo: Pioneira, 1994. p.29-71.

SILVA, Lorena Holzmann da. Sociologia do Trabalho. IN: CATTANI, Antônio Davi (org.). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed.Universidade,1997. p. 231-240.

SILVA, Rosane Azevedo Neves da. *Cartografias do social : estratégias de produção do conhecimento*. Porto Alegre, 2001. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação – FAGED, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*. Porto Alegre, v.15, n.2, p.18-42, jul/dez de 2003.

STIENS, Steven A., BRYAN, O'Young e YOUNG, Mark A. A pessoa, a incapacidade e o processo de reabilitação. IN: BRYAN, O'Young. *Segredos em Medicina Física e de Reabilitação: respostas necessárias ao dia a dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, p.34-38.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti & CANESQUI, Ana Maria. Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p.1473-1483, set-out, 2003.

TITTONI, Jaqueline. *Subjetivação e Trabalho: cooperação, autogestão e solidariedade na produção de "novas" formas de trabalhar*. Porto Alegre: Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS). (Relatório Técnico-Científico), 2003.

_____. *Trabalho e Sujeição: Trajetórias e Experiências de Trabalhadores Demitidos no Setor Petroquímico*. Porto Alegre, 1999. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia – PPG Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

_____. *Subjetividade e Trabalho*. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

WEBER, Max. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1905, p.19-62.

XAVIER SO, Guilherme G. de F. Modelo Japonês. IN: CATTANI, Antônio Davi (org.). *Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997. p. 157-161.

ANEXOS