

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO
HUMANA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Luiza Pereira da Costa

ENUNCIANDO PARADOXOS NO CUIDADO:
Uma reflexão acerca do contexto laboral hospitalar

**PORTO ALEGRE
2024**

Luiza Pereira da Costa

ENUNCIANDO PARADOXOS NO CUIDADO:

Uma reflexão acerca do contexto laboral hospitalar

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Prof. Dr. Luis Artur Costa

PORTO ALEGRE

2024

Agradecimentos

À minha avó querida Theresinha, pelo cuidado e pelo afeto que me foram constitutivos. Agradeço às andanças, aos passeios cantarolados de ônibus. Obrigada por despertar a curiosidade de desbravar territórios. Sem você e sem o que vive em mim de nosso encontro, este trabalho não seria possível.

À minha tia Carla, pelo companheirismo e pelo carinho desde meu nascimento. Obrigada por me ensinar a ler, a contar (números e histórias) e por incentivar meu interesse pelos estudos e vida acadêmica. Agradeço sua presença em minha vida em momentos bons e também nos nebulosos.

Aos meus pais, Ana Julia e Claudionir, por me permitirem almejar a construção de uma nova rota, de outra possibilidade de vida e de profissão. Agradeço a todo apoio e esforço que realizaram para que eu pudesse concluir minha formação em uma universidade pública.

Ao meu irmão Douglas, pelas brincadeiras durante minha infância. Agradeço aos momentos que de forma animada gostava de dividir algo interessante que havia descoberto, seja em assuntos acadêmicos ou relacionado aos jogos de *videogame*.

Ao meu avô Zé, pela parceria, pela escuta, pelo respeito ao meu modo de ver a vida, pelas conversas durante os jogos de cartas após o almoço. Obrigada por compartilhar os conhecimentos que tem comigo e pelo desejo em que eu pudesse construir os meus próprios aprendizados.

Ao meu companheiro Andrés, por me acompanhar durante meu percurso de amadurecimento de menina a mulher. Agradeço a compreensão, o cuidado, a atenção e carinho comigo. Sou grata por ter aprendido e vivido muito ao teu lado.

À minha amiga Lays que desde os nossos 12 anos me acompanha e apoia neste meu processo de devir. Obrigada pelas conversas sinceras e cuidadosas ao longo da vida. Você é muito importante, amiga!

Às amigas e futuras colegas, Letícia e Sara, por me acolherem e me acompanharem durante este processo de graduação. Obrigada pelas risadas, pelos compartilhamentos e pelo apoio. Estou muito orgulhosa das profissionais que estamos nos tornando.

Aos amigos e futuros colegas, Calleb e Raul, por dividirem o desafio de estagiar na área da Saúde do Trabalhador. Obrigada pelas trocas, pelo companheirismo e pelas brincadeiras.

Às amigas e colegas da Psicologia do Trabalho (PTRs) Cátia e Najla que me auxiliaram compartilhando suas leituras clínicas e me ofereceram apoio emocional durante nossas reuniões.

Às minhas supervisoras de estágio, por me apresentarem e me instigarem perante os paradoxos vividos no ambiente hospitalar na área da Psicologia do Trabalho. Ana Luisa, obrigada pelo cuidado, pelas provocações e pela aposta, este trabalho não seria possível sem você. Desireé, obrigada por compartilhar a construção da tua trajetória neste hospital comigo, bem como abraçar a escrita conjunta do projeto para a criação de oficinas que impulsionou esta monografia. Márcia, obrigada pelos questionamentos e pela complexificação das discussões durante nossas reuniões de equipe.

Ao meu orientador, Luis Artur, pela confiança, pelo incentivo e pelo compartilhamento de tantas conversas dentro e fora de aula. Obrigada por me acompanhar e proporcionar a experiência de seguir os fluxos desejantes em meio às rigidezes do hospital e da formação acadêmica. Sou muito grata por esta parceria.

Ao Coletivo Políticas do Narrar, por me acolher ensinando a beleza dos deslocamentos e das multiplicidades.

Ao Coletivo de Extensão e Pesquisas Anticapacitistas (CEPAC), por semearem dúvidas e tensionamentos, por propiciar tantos encontros e memórias tanto acadêmicas quanto interpessoais que, hoje, começam a crescer e a florescer.

Aos professores e às professoras, que me despertaram e me alimentaram a curiosidade, o desejo de saber, a inquietude de quem quer expandir horizontes, (re)cruzar fronteiras e se questionar sobre as coisas do mundo. Àqueles que acreditam no poder de mudança que o conhecimento pode promover.

Aos trabalhadores e às trabalhadoras que me confiaram suas fragilidades e seus questionamentos. Sem o encontro com cada um de vocês, em suas singularidades e em suas similaridades, este escrito não seria viável.

Aos meus pets que me acompanharam em momentos de escrita e que enchem meu coração de alegria.

À universidade pública por me oportunizar tantas aprendizagens.

Àqueles que, de alguma forma, contribuíram neste percurso.

Enfim, muito obrigada aos que me acompanharam e me seguem acompanhando!

Resumo

Esta monografia aborda os paradoxos no cuidado no contexto laboral hospitalar, a partir de uma perspectiva crítica e cartográfica. Assim, discute sobre os efeitos acerca de diferentes narrativas político-afetivas presentes no ambiente hospitalar. No primeiro capítulo, propôs uma análise dos processos de subjetivação e das políticas culturais dos afetos que atravessam os profissionais da saúde. Desenvolve críticas sobre o “mito do super-herói do profissional da saúde” e a dinâmica de excelência e de alta produtividade vivenciados no ambiente laboral hospitalar. Com isso, problematiza como esses ideais produzem efeitos de normalização, disciplinamento, culpabilização e sofrimento nos trabalhadores. No segundo capítulo, relaciona a dimensão do erro e sua relação com o poder, com a identidade, a coletividade e com a experiência do pertencimento a partir de uma leitura do campo afetivo-narrativo presente no hospital. No terceiro capítulo, discorre sobre a potência do grupo-dispositivo como ferramenta de intervenção coletiva que busca tensionar e transformar as práticas cotidianas de trabalho. Também foram apresentadas algumas propostas teórico-metodológicas para tensionar e criar outras formas de relação, de pertencimento e de intervenção nesse campo, como os conceitos de Poética da Relação de Glissant, a Ética do Cuidado de Puig de la Bellacasa, a ideia de equívoco de alguns povos originários e experiência brincante de Noguera. Por fim, foi proposta a realização de oficinas temáticas com os trabalhadores, como aposta metodológica de criação de cuidado e de inter-relações extensivas baseadas na diversidade, na pluralidade e na humanização no ambiente laboral hospitalar.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Psicologia do Trabalho; Subjetividade; Psicologia e Profissional da Saúde.

Abstract

This paper addresses the paradoxes of care in the hospital labor context from a critical and cartographic perspective. Thus, it discusses the effects of different political-affective narratives present in the hospital environment. In the first chapter, it proposes an analysis of the processes of subjectivation and the cultural politics of affects that cross healthcare professionals. It develops criticisms of the "myth of the superhero healthcare professional" and the dynamics of excellence and high productivity experienced in the hospital labor context. With this, it problematizes how these ideals produce effects of normalization, discipline, blame, and suffering in workers. In the second chapter, it relates the dimension of error and its relationship with power, identity, collectivity, and the experience of belonging from a reading of the affective-narrative field present in the hospital. In the third chapter, it discusses the power of the group-device as a tool for collective intervention that seeks to tension and transform everyday work practices. Some theoretical-methodological proposals were also presented to tension and create other forms of relationship, belonging, and intervention in this field, such as the concepts of Glissant's Poetics of Relation, Puig de la Bellacasa's Ethics of Care, the idea of equivocation of some indigenous peoples, and Noguera's playful experience. Finally, it was proposed to hold thematic workshops with workers, as a methodological bet on the creation of care and extensive interrelationships based on diversity, plurality, and humanization in the hospital labor context.

Key words: Occupational health; Occupational psychology; Psychology; Subjectivity; Political-affective narratives; Healthcare professional and Hospital.

Sumário

1. INTRODUÇÃO: OS CAMINHOS QUE TECEM UMA TRAMA DE QUESTÕES	8
1.1 O que é Saúde do Trabalhador?	10
1.2 Labirinto: o hospital em suas múltiplas facetas	14
1.3 O trabalho: entre a realização e o desgaste	22
1.4 As coletividades ou a falta delas: de onde nasce o desejo	26
1.5 Saúde do(a) Trabalhador(a): uma proposta coletiva de cuidado	31
2. ENTRE A DOR E O AMOR: A PRODUÇÃO DE CUIDADO NA ÁREA DA SAÚDE	34
2.1 A hospitalidade em seu dilema da dor	34
2.2 A pureza do amor da hospitalidade	39
2.3 COVID-19: ampliando o dilema de cuidar do próximo	43
2.4 Da coletividade narrativa do amor e os modos de pertencer	48
2.5 Alta performance hospitalar: pensando a deficiência, o capacitismo e o trabalho	50
3. POR UMA LÓGICA DE PERTENCIMENTO INSULAR	61
3.1 Extensões do coletivo: afinal, por que oficinas?	68
3.2 Extensões do coletivo: oficinas como cuidado	74
3.3 Extensões do coletivo: oficinas como território paradoxo-insular	77
4. SEM CONCLUIR... SOBRE AQUILO QUE RESSOA	82
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

1. INTRODUÇÃO: OS CAMINHOS QUE TECEM UMA TRAMA DE QUESTÕES

Desde que iniciei minha prática de estágio na área de Saúde do Trabalhador, me senti enredada, absorta e submersa nas peculiaridades do ambiente hospitalar, em específico, nos dilemas daqueles que “fazem” o hospital acontecer. É inegável a aproximação que já tinha com contexto hospitalar desde criança. Recordo dos passeios instigantes ao local de trabalho do meu pai, geralmente, motivados pela busca de algo que ele havia esquecido no seu armário. Íamos percorrendo extensos corredores, encontrando portas, subindo de elevador, inventando passagens secretas, etc. Eu não sabia ao certo o destino da viagem, mas gostava do trajeto. Sempre encontrávamos algum colega de trabalho dele e ficávamos, por alguns instantes, conversando e observando o fluxo agitado de pessoas que estavam ao nosso redor.

Não sentia medo de estar ali, ao contrário, de alguma forma, me sentia familiarizada e resguardada pela presença do meu pai durante nosso passeio no labirinto hospitalar. Acredito que devido a isso, bem como ao fato de vivenciar o cotidiano hospitalar por meio das experiências da minha mãe, da minha tia, do meu tio e do meu irmão durante momentos de encontro familiar, construí um certo vínculo com essa instituição, apesar de não estar inserida neste local. A saúde do trabalhador, principalmente, a do profissional da saúde sempre foi uma constante em minha vida, porém, apenas pude me dar conta disso quando eu mesma me tornei um membro desta categoria.

Propor-se a falar sobre sofrimento, dor, angústia, frustração e morte não é fácil. Pensar de que maneira tais questões me atravessam, perpassam o meu cotidiano de estágio, afetam familiares, colegas e demais funcionários é pior ainda. Confesso que, por vezes, senti muita dificuldade de sustentar o movimento que eu mesma estava ensejando. Foi a partir de um grande trabalho psíquico e de proposta de aprendizagem do entre, do ir e vir, de um movimento de afastar-se e aproximar-se que pude deslizar um pouco mais nas ondulações desta escrita que, por vezes, se apresentam serenas e, ocasionalmente, arrebatadoras.

Meu objetivo, desde o princípio, esteve relacionado com a promoção da saúde mental e com a aposta nas coletividades para pensar os impactos emocionais decorrentes do trabalho em ambiente hospitalar. Porém, em um determinado momento desta escrita, eis que como um *tsunami* me deparo com tal questão: E eu? Como estou lidando com o impacto emocional causado pelo ambiente hospitalar? Neste instante, o jogo virou e me vi à deriva nesses pensamentos e sentimentos. Foi necessário me retirar e me fazer presente. A partir disso, tive um novo vislumbre da dificuldade que é se aventurar a navegar e a coordenar a proposta de intervenção que estava traçando e ao que esta me convocava. Por vezes, tal qual a canção popular infantil, sentia que tinha “deixado a canoa virar por não saber remar” e me culpava por isso. Entretanto, me esforçava para sustentar a potência de não saber e abertura em descobrir e aprender. Penso que foi mais ou menos assim que comecei a pensar sobre os efeitos do medo do erro/do equívoco que o ambiente hospitalar produz naqueles que, de forma geral, o habitam. Posso dizer que foi muito rica a experiência de não saber “remar” nesse ambiente onde tudo deve ser “sabido”. Contudo, a dúvida se seria um naufrágio ou uma descoberta ao tesouro me acompanhava. Quem sabe seja ganhar e perder ou nenhum dos dois. Talvez, ainda não saiba bem e nem sei se vou saber algum dia!

Me esforcei em retomar meu espírito desbravador infantil, em avaliar os ventos que impulsionavam esta navegação que pude ir traçando rotas e me arriscando neste percurso. Não pretendo que este escrito se desenrole em um “grande” descobrimento continental ou em uma “grande” história de aventura. Penso que as reflexões que aqui serão expostas, podem se configurar por um trânsito menor¹ ou, até mesmo, por um percorrer entre ilhas, quem sabe, se assemelhe a um pensamento arquipélago². Lembro também que esta poderia partir de diferentes e múltiplas entradas/vias de navegação³, já que não há um único mapa, tampouco um verdadeiro, ou melhor que outro. Talvez, tenhamos um mapa fragmentado onde diferentes rotas e perspectivas confluem, se conectam e se desconectam. Talvez,

¹ Tal como definem os autores Félix Guattari e Gilles Deleuze, acerca da importância de uma história “menor”. Ou seja, não se pretende a construção de um conhecimento universalizante e impositor de jogos de verdade. Ao contrário disso, o que se pretende é ampliar um campo de discussão considerando as peculiaridades apressadas em cada território.

² Tal como proposto pelo autor Édouard Glissant. Este conceito será melhor abordado posteriormente.

³ BARROS, Regina Benevides de. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

uma leitura curiosa que não se restrinja à forma linear que esta monografia apresenta encontre suas próprias vias de acesso, escolha quais correntes marinhas lhe parecem mais interessantes para prosseguir a jornada. Talvez, nem mesmo tenhamos um porto seguro para desembarcar.

Entendo que o convite é mais por um deixar-se envolver pelo vai e vem das marés que movimentam as dinâmicas laborais do ambiente hospitalar. Permitir-se conectar com essas constantes oscilações marítimas em seus diferentes fluxos e intensidades. Aviso aos tripulantes que apesar desta escrito-reflexivo apresentar um caráter de constante curiosidade, a fim de encontrar outras rotas de navegação, o seu principal intuito será ter como ponto de referência. Tal como um farol a ser lembrado vez ou outra, a tentativa de atrelar saúde mental à coletividade que faz este barco se mover. Os ventos estão soprando!

Vamos zarpar!

1.1 O que é Saúde do Trabalhador?

Com vistas a melhor contextualizar esta discussão, devemos nos atentar acerca do surgimento da política pública da Saúde do Trabalhador. O médico do trabalho e pesquisador brasileiro, Henrique Caetano Nardi, aborda que a criação do campo da Saúde do Trabalhador configura-se como oposição ao modelo dominante de intervenção e de regulação das relações saúde-trabalho atrelada à Medicina do Trabalho, à Engenharia de Segurança e à Saúde Ocupacional (Nardi, 2011, p. 327).

Assim, segundo o autor, o início da Medicina do Trabalho vincula-se à necessidade do Estado em intervir nas relações capital-trabalho com intuito de regulamentar os ambientes laborais. O controle da saúde e da aptidão ao trabalho tinha como objetivo uma maior produtividade e incremento do lucro da empresa, ao invés de fomentar locais de trabalho mais comprometidos com a segurança e o bem-estar do trabalhador. Em relação a isso, destaca-se que considerando o processo de industrialização, a figura do médico estava vinculada tanto a tentativa de detectar os processos danosos à saúde quanto ao esforço de impedir o afastamento e (re)abilitar o retorno deste trabalhador à linha de produção (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997, p. 22). Desse modo, esta especialidade

médica, cria com uma série de regulações legais, de modo a caracterizar-se como uma obrigatoriedade. Nesse sentido, Nardi argumenta:

A legitimidade do exercício da Medicina do Trabalho não é construída pelo conhecimento de que ela é portadora, uma vez que a procura pelo profissional não é espontânea: o trabalhador é obrigado a passar pelo crivo e julgamento de aptidão para o trabalho. O exame médico é uma exigência legal para o acesso ao posto de trabalho e se constitui na tarefa principal do médico, transformado em "juiz" da aptidão para o trabalho, para garantir uma produção continuada e eficaz (Nardi, 2011, p. 328).

Em contrapartida, o campo da Saúde do Trabalhador surgiu na década de 1980 no interior do campo da Saúde Coletiva, a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da reivindicação do movimento sindical como uma oposição à prática da Medicina do Trabalho (Nardi, 2011, p. 326-327). Tal movimento critica uma certa "aliança" entre os médicos do trabalho e a empresa, de modo a tensionar a natureza dos interesses envolvidos e de que forma estes poderiam estar resultando em negligências à saúde dos trabalhadores. Logo, o campo da Saúde do Trabalhador apontava a limitação dos conhecimentos médicos, problematizando relações de poder e de exploração no contexto capitalista. A consolidação deste campo atrela-se à Lei Orgânica da Saúde N° 8.080, propagada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantida pela Constituição Federal (art. 196), preconiza a saúde como direito universal e dever do Estado (Brasil, 1990). Em relação ao trabalho, conforme disposto no inciso V do art. 16 da Lei Orgânica da Saúde, deve-se promover ambientes e processos de trabalhos saudáveis e protetivos à saúde dos trabalhadores. Assim sendo, entende-se que:

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS (Brasil, 2001, p. 17).

Nesse sentido, percebe-se que a Saúde do Trabalhador considera fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais como elementos atrelados tanto às condições de vida/saúde quanto aos fatores de risco ocupacionais. Estes podem ser físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral, ou seja, toda uma gama de fatores presentes nos processos de trabalho (Brasil, 2001, p. 17). Desde a criação do SUS, em 1990, houve diferentes regulamentações e discussões relacionadas ao desenvolvimento de ações

abrangentes e integrais de promoção de saúde ao trabalhador. Contudo, apenas em 2012, por meio da Portaria nº 1.823/2012, é que se institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012). Além do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, publicado em abril de 2012, que detalha os aspectos operacionais da Política visando facilitar sua implementação (Brasil, 2012).

O objetivo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora é fomentar mudanças nos processos de trabalho, de modo a problematizar, em sua complexidade, as relações entre saúde e trabalho. Tais ações visam a “promoção, prevenção, cura, reabilitação e vigilância em saúde” (Nardi, 2011, p.327). Para isso, são necessárias discussões multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais. A participação ativa dos trabalhadores visa ao “estudo das condições de trabalho, a identificação de mecanismos de intervenção técnica para sua melhoria e adequação e o controle dos serviços de saúde prestados” (Brasil, 2001, p.17). Assim, os trabalhadores passam a ser vistos como sujeitos ativos das ações de saúde, de modo a participar efetivamente e de intervir nos ambientes e nos processos de trabalho.

Analisando a configuração dessas regulamentações legislativas, ressalto a existência do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Primeiramente, havia a Portaria MTb nº 3.214, de 1978, com o título “Serviço Especializado Em Segurança E Medicina Do Trabalho – SSMT”, regulamentando o artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme a Lei n.º 6.514, de 1977, que alterou o Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II da CLT. Em novembro de 2018, há a criação da Norma Regulamentadora nº 4 (NR- 4), que estabelece critérios para organização do SESMT e torna obrigatória a contratação de profissionais da área de segurança e saúde do trabalho de acordo com o número de empregados e a natureza do risco da atividade econômica da empresa. Assim, os SESMTs são compostos por equipes multidisciplinares que visam a garantir a integridade física e a saúde dos trabalhadores, contando com a presença de técnicos em segurança do trabalho, de médicos do trabalho, de enfermeiros do trabalho, de engenheiros de segurança do trabalho, além de outros profissionais.

Houve resistências e dificuldades de implementação das práticas relacionadas à Saúde do Trabalhador devido a uma desmobilização política e/ou ativa participação sindical, de modo a não haver uma plena efetivação do “controle

social previsto, na forma de gestão partilhada dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador” (Nardi 2011, p. 328). Assim, não houve uma trajetória linear de implementação constante e incremental desta política, já que é quase inexistente a prática das ações tal como previstas (Gomez; Vasconcellos; Machado, 2018, p. 1965). Porém, é inegável a importância do reconhecimento constitucional deste campo como pertencente à Saúde Pública.

As empresas de grande porte podem fazer uso de um SESMT externo, de modo a cumprir as leis trabalhistas sem necessariamente oferecer um espaço para seus funcionários dentro do seu próprio espaço laboral. Apesar disso, meu local de estágio apresenta um SESMT interno. Para elaborar um pouco o que isso implica, podemos pensar que possuir um SESMT, no qual o Serviço de Medicina Ocupacional (SMO) se constitui como um de seus segmentos, inserido dentro do ambiente de trabalho produz tanto benefícios quanto entraves. Nesse sentido, por exemplo, se há a ocorrência de um acidente de trabalho, o funcionário pode ser prontamente assistido pela equipe médica e pode receber, ao mesmo tempo, os encaminhamentos legais como uma Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), pode ser afastado e etc. Contudo, analisando a atuação da Psicologia do Trabalho, pode-se dizer que as intervenções devem ser muito bem construídas e planejadas, já que as propostas desenvolvidas, ao invés de contribuírem para a saúde mental do trabalhador, podem acabar entrando em jogos de disputas de poder que distorça o trabalho proposto.

Aqui, vale destacar a ambiguidade e a paradoxalidade que pode se fazer presente em qualquer lugar que foca na saúde do trabalhador: de um lado a potência de resistir às lógicas de exploração e subalternização dos trabalhadores, lutando por garantia de direitos, e, por outro lado, a força de adaptação passiva e resiliência que pode tentar fazer do inaceitável algo suportável. Em contextos de precarização do trabalho e de desemprego, o medo reforça condutas de obediência, de submissão (Dejours, 2001 *apud* Merlo; Lapis, 2007, p. 67). De certo modo, se repete aqui uma velha questão que se (re)apresenta de diferentes modos no labor de quem busca transformar o mundo: quais os limites/diferenças entre reforma e revolução? Haveria como transformar o mundo pelas reformas ou elas são sempre um modo de fazer do insuportável algo mais aceitável? Mas seria possível, de fato, uma revolução que não passasse pelo processo das reformas? Nesta linha, pensar como uma instituição de trabalho pode fazer deste outra coisa distinta do que é, se

faz um grande desafio para os profissionais da Saúde do Trabalhador: habitar paradoxos e ambiguidades se torna inevitável.

1.2 Labirinto: o hospital em suas múltiplas facetas

Pensar a forma com que afetos, narrativas, pensamentos, concepções se (re)desenham, se (re)movimentam e se (re)produzem no ambiente hospitalar, é uma das formas possíveis de mapear este labirinto. Para isso, a psicóloga brasileira Suely Rolnik propõe construir um mapa, uma cartografia dos planos psicossociais circulantes, como uma das maneiras possíveis de orientar intervenções em um determinado contexto. A autora expõe que a cartografia consiste em uma tarefa que se configura como um “[...] desenho que acompanha e se faz, ao mesmo tempo, em que os movimentos de transformação da paisagem” (Rolnik, 1989, p. 15). Assim, o processo cartográfico reflete tanto uma investigação que ultrapassa a intervenção que se planeja para o campo estudado quanto provoca uma análise de implicação⁴ da forma com que o próprio pesquisador se relaciona e se afeta com este. Para pensar sobre isso, discutiremos e nos aprofundaremos no conceito de processos de subjetivação, de relações de poder, dentre outros. Estas são algumas das ferramentas teórico-conceituais que nos auxiliarão nas reflexões e nas análises que orientarão esta navegação⁵.

Pode-se considerar que a subjetividade humana é um dos principais, senão matéria primordial, do interesse/estudo do conhecimento psicológico. Retomando o ponto de vista sócio-histórico-filosófico presente em alguns filósofos da Grécia Antiga (Costa; Fonseca, 2008), entendia-se a subjetividade enquanto uma essência, portanto, uma entidade interiorizada, individualizada e sempre igual a si mesma e separada do seu alrededor (dos espaços, acontecimentos, etc). Tal perspectiva de cisão do indivíduo do seu entorno, com algumas transformações, perdurou durante a modernidade. Um dos fatores que pode haver contribuído para a construção

⁴ René Lourau, um dos principais autores da Análise Institucional, conceituou a ideia de implicação. Em relação a este conceito, de acordo com Gilles Monceau, professor do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Paris, entende-se que: “implicação é a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição. Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não” (Monceau, 2008, p. 21). Dessa maneira, implicar-se é o ato de ocupar-se, pensar-se a partir de características pessoais, de vínculos que atuam, se misturam e se apresentam nas intervenções propostas para a instituição e no próprio campo de análise.

⁵ Conforme exposto na introdução deste trabalho.

moderna desta perspectiva no contexto europeu, segundo o psicólogo brasileiro Carlos Antonio Cardoso Filho (2016), seria que o tempo, a partir do pensamento kantiano, ser considerado o principal modo de constituição psíquica dos sujeitos. Assim, o espaço passou a apresentar uma secundariedade, a ser visto como inerte e mecânico. De modo a reafirmar uma divisão entre tempo e espaço, a reproduzir a dicotomia sujeito/objeto que separa mente e corpo, materialidade e subjetividade (Cardoso Filho, 2016, p. 242). Este entendimento assume um caráter essencialista e privativo no qual o indivíduo se torna o átomo da realidade psíquica, invisibilizando muitas das tramas coletivas que lhe constituem.

Em contraposição a isso, há outra perspectiva mais interessada em analisar como as redes de interações/relações/espacialidade são constituídas-constituintes dos sujeitos, de modo a ultrapassar uma ideia de indivíduo circunscrito a si. Ou seja, considera de que forma o ambiente no qual o sujeito está inserido opera/impacta no processo de subjetivação e singularização deste. Arelado ao entendimento de subjetividade está a noção de identidade, de consciência e de autopercepção. São as percepções, os pensamentos, os afetos e as memórias que o sujeito se posiciona em relação a si e aos demais que criam essa dimensão psicologicamente constitutiva (Costa; Fonseca, 2008, p. 514).

Este trabalho ancora-se a partir desta segunda compreensão, considera que o conceito de subjetividade ultrapassa as dimensões da interioridade e da identidade enquanto algo semelhante a si mesmo (personalidade, traços, padrão neuronal inato), já que entende que esta está vinculada a uma “mudança na construção das estilísticas do ser” (Costa; Fonseca, 2008, p. 515). Assim, ao analisar as modificações que se dão ao longo tempo, constituintes e mutantes da identidade do sujeito, observa-se um processo, já que está em constante (re)configuração. A partir deste entendimento, propõe-se o uso do termo subjetivação em distinção de subjetividade, já que:

Subjetivação, diferenciação da diferença que não está constituída em algo, mas que está sempre se afirmando na força de uma ação, em um processo de agenciamento de práticas, em atravessamentos os quais, no seu encontro fluido, expressam o que denominamos indivíduo (Costa; Fonseca, 2008, p. 516)

Ainda embasada nos autores supracitados, o processo de subjetivação se dá a partir de uma rede relacional, complexa, heterogênea e em constante remodelação que considera as singularidades enquanto forças operantes de

multiplicidades não essencialistas. Para Cardoso Filho (2016), é a partir da noção de Fora⁶, ou seja, da consideração de uma dimensão que não se esgota e tampouco se cristaliza que surge o tensionamento de pensar a subjetividade para além de uma perspectiva individualista e interiorizada. Assim, “a subjetivação refere-se, portanto, às diferentes formas de produção da subjetividade em uma determinada formação social” (Silva, 2004, p. 55).

Foucault destaca outra dimensão importante acerca da subjetividade. Este foi um dos teóricos que mais se deteve ao estudo das relações de poder, porém o mesmo expõe no texto “O Sujeito e o Poder” que seu real intuito era entender como os processos de subjetivação ocorrem. Para isso, dedica-se aos estudos do saber, do poder e da subjetividade como uma forma de analisar como os saberes/o conhecimento propicia e se associa com o exercício de poder. Ou seja, Foucault pensa a partir de quais influências, relações, privilégios estas duas dimensões vão se articulando e de que maneira se torna possível produzir um determinado comportamento, uma ideia normativa/prescritiva de estar no mundo.

As relações de poder se caracterizam por ações, por atos, por mecanismos e instituições nos quais uns exercem influência sobre outros. São produzidas a partir das relações de forças, de ações sobre ações, condutas de condutas, de modo que estas se direcionam-tensionam e, com isso, afetam a si mesmas (Cardoso Filho, 2016). Logo, pode-se dizer que relação de poder é um modo de ação sobre as ações dos outros, que atua mais conduzindo e ordenando condutas/gestos permitidos sem agir diretamente e imediatamente sobre os outros, mas sobre si mesma (Dreyfus; Rabinow, 1995, p. 243). Com isso, observa-se que saber-poder conflui para formação de uma rede de práticas, signos e significantes que vão “moldando” modelos de subjetivação e delimitando verdades/formas legítimas de se habitar um território⁷, de se perceber enquanto sujeito (Dreyfus; Rabinow, 1995).

Assim, os processos de subjetivação vão se operando no sentido de criar uma falsa ideia de individualização e de identidade, já que tal concepção se trata de uma construção histórica. Esta dimensão subjetiva proposta por Foucault está interessada em pensar nos jogos de interesse e nas políticas narrativo-discursivas e

⁶ “ O Fora pode ser entendido como uma reserva, um aglomerado pré-individual de forças que ainda não foram agenciadas” (Cardoso Filho, 2016, p. 245).

⁷ Nesta escrita, o conceito de território e de territorialidade refere-se a forma com que a dimensão territorial-espacial se atrela e se constitui a partir de uma série de fatores informacionais, tecnológicos, históricos e sociais. Desse modo, o território e as relações circulantes neste local operaram produções de subjetividades.

em como estas se articulam para a produção ou não de práticas disciplinares, controladoras de corpos, biopolíticas⁸ (moduladoras de populações, formadora de mentalidades/subjetividades), etc. Para complexificar essa perspectiva, embaso-me também na perspectiva teórico-crítica da interseccionalidade, esta refere-se “às relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, de modo a não se manifestarem como entidades distintas e mutuamente excludentes” (Collins; Bilge, 2021, p. 17), mas sim enquanto cruzamentos normativos de opressões e privilégios que se transformam ao agenciarem-se.

Posto isso, desejamos analisar e tensionar como os processos de subjetivação operam no ambiente hospitalar, ou seja, como diferentes narrativas circulam e de que forma (re)produzem determinados tipos de sujeitos e de mentalidades. Os processos de subjetivação presentes no contexto hospitalar produzem e são produzidos por aquilo que se entende como um “bom” trabalhador, um “excelente” profissional da saúde.

Para exemplificar algumas manifestações disto no hospital, ressaltamos a influência das diretrizes burocrático-administrativas que expressam e que modulam padrões desejáveis por meio das gestões de competências, das punições, das gratificações e da sensação de aceite ou recusa informal que se propaga disto. De acordo com as administradoras brasileiras Kely César Paiva e Lana Montezano (2023), o conceito de competência abarca os níveis organizacional (macro), coletivo (meso) e individual (micro). De modo a ser entendido, como “um conjunto dinâmico e coordenado de recursos variados, inclusive humanos, mobilizáveis em termos de desempenhos que propiciem o alcance ou a superação de objetivos” (Paiva; Montezano, 2023, p.45). Nesta perspectiva, as autoras, explicitam que a gestão *de* competências distingue-se da gestão *por* competências, já que a primeira foca-se mais em um aspecto individual e a segunda envolve competências individuais e coletivas, de forma a priorizar um determinado interesse institucional (Paiva; Montezano, 2023, p.54). Logo, a instituição é atuante em prescrever/explicitar valores, direitos, deveres e comportamentos esperados do profissional no seu cotidiano de trabalho.

⁸ Considerando o conceito foucaultiano de biopoder, pode-se dizer que este discute a forma com que o poder estatal governa a vida na comunidade. Para maior aprofundamento neste conceito, recomendamos a leitura do curso “Segurança, Território, População” dado por Michel Foucault no Collège de France.

Ressalta-se que essa avaliação ultrapassa os limites teórico-técnicos de cada profissão como, por exemplo, o quanto está sendo realizado dos protocolos de trabalho e dos procedimentos operacionais padrão (POPS) necessários para a realização dos procedimentos técnicos. Nesta monografia serão discutidos dois dos ideais presentes no ambiente hospitalar, tratam-se do “mito do super-herói do profissional da saúde”⁹ e da dinâmica de excelência e de alta produtividade. Estes padrões/requisitos inalcançáveis são idealizações que direcionam lógicas de pertencimento. Para que um funcionário seja considerado membro e pertencente a esta comunidade heróica, deve aderir e propagar o discurso instituído de um total comprometimento e disponibilidade inesgotável seja em relação à assistência ao paciente seja para a produção das condições necessárias para a realização desta.

Como é de se imaginar, essas dinâmicas também são embasadas em disputas competitivas fundadas no sistema neo-liberal capitalista de mercado de trabalho que naturalizam uma série de violências laborais e rivalidades agressivas. Assim, tais processos de subjetivação operam como metas irrealistas, lógicas individualizantes e excludentes, de modo a resultar em adoecimento psíquico. Penso que áreas mais apartadas do núcleo do hospital, frequentemente, aqueles setores que correspondem às profissões de menor valor hierárquico e de baixo reconhecimento profissional, vivenciam cenários com maiores fatores de adoecimento psíquico. Logo, cria-se um ambiente persecutório e de constante vigia/controle do outro, já que este cenário pode tanto prestar benefícios com gratificações financeiras, possibilidade de troca de setor, reconhecimento institucional/ público, etc quanto ofertar “um campo minado” onde os erros, equívocos, ou mesmo assumir uma posição de fragilidade, podem suscitar sanções e, até quem sabe, um certo tipo de ostracismo laboral.

A dimensão do erro ultrapassa a falta de atenção, um esquecimento ou outro fator importante, ela fundamenta também ideais identitários, lógicas de pertencimento, litígios por poder financeiro, social e afetivo. Desse modo, a influência direta ou indiretamente da forma com estes mecanismos institucionais modulam a esfera político-afetiva¹⁰ dos trabalhadores e a forma com que estes aspectos se articulam ou não na dinâmica relacional e transmissional de cuidado

⁹ O “mito do super-herói” que constitui a subjetivação destes profissionais atravessam todas as áreas e as funções, tendo sido especialmente reforçado durante a pandemia de COVID 19.

¹⁰ Este conceito será melhor abordado posteriormente.

entre colegas de trabalho. Assim, nesta dinâmica, os jogos de poder manifestam-se a partir de uma ampla disputa pelos postos gratificados ou pelo reconhecimento e valorização profissional.

Em vista de corroborar este entendimento, a psicóloga brasileira Rosane Neves da Silva (2004), a partir da concepção deleuziana de dobra, discorre mais detidamente acerca de uma série de configurações que facilitaram/manipularam processos de subjetivação que conduziram a uma falsa concepção de que existiria uma subjetividade individualizada. Assim, uma destas dobras/distorções que resultam na disciplinarização dos corpos é realizada a partir da vigilância e do controle dos corpos, inscrevendo nestes “normas e valores de uma determinada sociedade, logo, é sobre eles que também se atualizarão as relações de poder” (Silva, 2004, p. 62). Desse modo, conforme já discutido, é a partir das distintas modulações dessas forças de composição que se torna possível a produção de diferentes manifestações de subjetividades.

O objetivo da tecnologia disciplinar é produzir a ideia de indivíduo no espaço produtivo e, com isso, criar os recursos necessários para a docilização¹¹ e a regulação deste corpo (Silva, 2004, p. 73). Nesse sentido, ainda segundo a autora supracitada, observa-se uma organização espaço-temporal destes ambientes (a escola, a fábrica, a caserna, a prisão, o hospital, etc.), de modo a criar-se tanto uma separação entre o dentro e o fora quanto um automatismo/performance dos corpos, fatores que impedem uma experimentação criativa do sujeito. O ambiente hospitalar pode ser considerado um espaço disciplinar, já que o mecanismo de:

vigilância sobre o indivíduo permite vigiar melhor a multiplicidade e reduzir o perigo iminente de instabilidade causado por essa "mistura dos corpos" no interior dos espaços fechados. O poder disciplinar se encarregará, então, de vincular cada indivíduo a uma identidade bem determinada de uma vez por todas, e criar assim a ideia de uma subjetividade privatizada (Silva, 2004, p. 62).

Com isso, cria-se uma produção performática¹² desses corpos, de modo a controlar-se o que é ou não permitido, legitimado dentro daquele contexto. Esta

¹¹ Na obra “Vigiar e punir”, Michel Foucault expõe que a docilidade dos está atrelada a disciplina, de modo que esta molda os sujeitos. Assim, “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (Foucault, 1987, p.118).

¹² O conceito de performatividade, tal como discutido pela filósofa feminista Judith Butler em sua análise sobre os estudos sobre gênero, este visibiliza o quanto inexiste uma identidade natural/inata atrelada à sexualidade, ao gênero e à dimensão biológica do corpo. Logo, é a partir de uma significação cultural baseada em estruturas restritivas e de controle como, por exemplo, a dominação masculinista e a cisheterossexualidade compulsória, que se criam ficções reguladoras, portanto, performáticas do que é permitido/desejado em um determinado contexto (Butler, 2018).

dinâmica ficcional/performática observada no contexto hospitalar também apresenta outros fatores contribuintes e/ou constituidores das formas com que o sujeito se relaciona no/com este ambiente. A isto, denominamos tramas ecológico-cognitivas¹³. Conforme já discutido, entendemos que os processos de subjetivação de cada território é formado por distintas características envolvidas neste contexto, contudo, esta última perspectiva busca ressaltar os fatores “ambientais” sejam estes humanos ou não humanos que estão sempre a agenciar processos de subjetivação. Assim sendo, Cardoso Filho (2016, p. 247), abordando a perspectiva conceitual de “cognição distribuída”, pontua que tanto a cognição quanto a subjetividade se constituem a partir do compartilhamento entre pessoas, máquinas, espaços e objetos. Como exemplo disso, o autor aborda em seu artigo intitulado “A subjetividade, o Fora e a cidade: repensando o sujeito, o espaço e a materialidade”, o caso estudado por Edwin Hutchins. Assim, este analisa como a cognição operante em um navio da marinha norte-americana atravessa os sujeitos e se apresenta enquanto “sistema complexo que depende de cérebros, corpos, da estrutura física do navio, suas máquinas e também de toda a organização e estrutura militar, que define papéis, fluxos de informação e rivalidades” (Cardoso Filho, 2016, p. 247).

Desse modo, no hospital, podemos analisar como, por exemplo, os ruídos, as luzes, a decoração, as máquinas, os equipamentos, as distribuições espaciais, os uniformes, os espaços de descanso, etc, vinculam-se às distintas cognições distribuídas e, ainda, (re)produzem as relações de poder (Silva, 2004; Pitta, 1994 Apud Weber, 2008). Foucault (1987, p. 120) expõe que são os pequenos gestos, as sutilezas, as aparentes e silenciosas mudanças que levam a transformação de um regime punitivo para o estabelecimento do panóptico¹⁴. Logo, tais elementos, acima expostos, que podem passar imperceptíveis a uma análise mais apressada, na verdade, são agentes ativamente participantes destas dinâmicas punitivas, vigilantes, persecutórias, hierárquicas, meritocráticas, martirizantes, etc.

¹³ No livro "As três ecologias", Guattari propõe que existem três tipos de ecologias que se interconectam para produzir o processo de subjetivação. A ecologia ambiental refere-se à relação entre os seres humanos e o meio ambiente natural como, por exemplo, a poluição, o desmatamento e a mudança climática. A ecologia social refere-se à relação entre os seres humanos e seu entorno social como, por exemplo, a desigualdade social, a pobreza e a violência. Por fim, a ecologia mental refere-se à relação entre os seres humanos e seu próprio psiquismo como, por exemplo, a saúde mental, a criatividade e a espiritualidade.

¹⁴ O panóptico é um sistema de vigilância, no qual o controle está baseado na constante sensação de estar sendo observado, de modo a motivar disciplina e obediência.

Pensando no contexto da assistência ao paciente, é comum uma modulação atencional para sons de campainhas e luzes de sinalização internas e externas, geralmente, com a função do paciente solicitar algo, bem como os ruídos dos monitores e das conversas entre familiares, pacientes e/ou avaliações dos profissionais de saúde. Em relação aos profissionais de apoio, estes acessam “o hospital fabril” com equipamentos extremamente grandes e à altura de corresponder tamanha demanda. Assim, gigantes são as painelas para a produção de alimentos, são as caldeiras e passadeiras da lavanderia, imensa é a demanda por recebimento e armazenamento de suprimentos e medicações, etc. Nesse sentido, apesar de todos os funcionários acessarem o mesmo hospital, pode-se dizer que a configuração espacial também é muito distinta, de modo que isso se configura como mais um dos fatores que influenciam nos potenciais modos de subjetivação. Cada profissional, a depender de sua função, experimenta uma ecologia de práticas hospitalares muito distintas entre si, com cognições distribuídas também muito diferentes: são múltiplos hospitais tramados em um só prédio, mas diversos cotidianos. E, estes muitos mundos são disciplinarmente ordenados em séries hierárquicas entre si, explícitas ou implícitas.

Em relação a isso, destacamos os diferentes tipos de uniformes na instituição, além das pequenas diferenças entre os crachás. Assim, desde uma distância considerável, é possível a identificação de diferentes profissões, se seria esperado que este esteja acessando ou não um determinado ambiente. Além disso, não são todos os crachás que dão acesso a todas as portas, seja por questões hierárquicas ou por setores muito fechados por algum motivo pelo o qual não se permite a livre circulação. O espaço físico do hospital produz uma sensação de estar fisicamente confinado, seja por sua característica de apresentar poucas janelas e acesso restrito à rua, seja pelo fato do desempenho laboral estar mais vinculado a um setor específico com seu próprio funcionamento e particularidades. Apesar da estrutura hospital apresentar desde seu princípio o dispositivo disciplinar, existem burlas, falhas, vias que escapam seja para criar um novo modo de funcionamento, seja para criar vias de poder paralelas às instituídas e legitimadas.

1.3. O trabalho: entre a realização e o desgaste

Retomando a perspectiva de produção de cuidado assistencial, destacamos o médico sanitário e pesquisador brasileiro Emerson Elias Merhy como um dos autores que pode nos auxiliar nesta reflexão. Discute as construções sociais atreladas às práticas laborais, de modo a problematizar o modo médico de agir e a sua hegemonia nas instituições de saúde (Merhy, 2004, p. 108). Em vista disso, o objetivo do autor é que os diferentes agentes envolvidos na produção de processos de cuidado possam estar implicados não apenas com os aspectos técnicos-assistenciais, mas também com a dimensão psicossocial envolvida na relação entre usuários e trabalhadores. Para pensar a relação que o próprio trabalhador apresenta com seu trabalho, Merhy desenvolveu dois conceitos-chave intitulados: trabalho vivo em ato e trabalho morto. Esta perspectiva motiva um processo reflexivo dos fluxos de trabalho, considerando quanto o trabalhador consegue espaço e se implica ou não em tensionar os modos de trabalhar instituídos.

O trabalho morto refere-se tanto à dimensão protocolar/normativa e enrijecida dos modos de trabalhar quanto às ferramentas/técnicas/matérias-primas envolvidas no cuidado. Desse modo, o processo de produção anteriormente realizado, fruto de um trabalho vivo em ato, se cristaliza, “[...] porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma ‘cristalização’ deste trabalho vivo, e de uma maneira distinta do próprio trabalho vivo em si [...]” (Franco; Merhy, 2013, p. 21). O trabalho morto pode se expressar a partir de uma determinada forma de saber, de tecnologia, de técnica, de operação de determinados produtos típicos de um trabalho específico, sem que haja espaço para flexibilizações nas lógicas atreladas àquele fazer. Com isso, o pressuposto de Merhy está na transfiguração deste trabalho morto, a partir da nova ação de trabalho vivo em ato, como uma forma de criar/compor uma “caixa de ferramentas” condizente com as especificidades e as complexidades encontradas em cada usuário, por exemplo.

Em contrapartida, pode-se considerar que o trabalho vivo em ato refere-se àquele no qual há possibilidade de agenciamento. Em relação a isso, pode-se pensar que este conceito, tal como desenvolvido por Gilles Deleuze e Félix Guattari (1996), como uma possibilidade de criação. Ou seja, para tais autores, agenciar envolve a conexão e a associação de elementos heterogêneos, sejam eles

humanos ou não humanos, para produzir de maneira criativa e dinâmica novas configurações de formas, de relações, de possibilidades de pensar, de agir, de produzir efeitos no mundo e etc.

No mesmo sentido, para Merhy o trabalho vivo em ato está relacionado com uma relativa autonomia e um autogoverno que o trabalhador deve produzir a partir de desdobramentos/deslocamentos/tensionamentos nas/das lógicas de trabalho instituída no plano assistencial de saúde para, então, criar novas formas de cuidar. Ou seja, quando o autor elenca modos de promoção de cuidado que sejam perpassados por criação de vínculos, escuta qualificada e troca de conhecimentos/saberes ele se propõe a estabelecer um novo ecossistema, de modo que haja uma afetação em duplo sentido entre trabalhadores da saúde e usuários. Desse modo, Merhy entende que: “no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos” (Merhy, 1998, p. 12-13). Pode-se pensar que, de fato, o que se pretende é uma construção coletiva do cuidado, já que está baseado na permeabilidade, na porosidade, na disponibilidade que atravessa esse encontro, essa “interseção”. Assim, Merhy desenvolve três conceitos teóricos, de modo a propor:

Uma tipologia para designar as tecnologias dos processos de trabalho, quais sejam: aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de “tecnologias duras”; as que se materializam em conhecimento técnico estruturado, “tecnologias leve-duras”; e as relacionais e produzidas, e existentes, em ato, “tecnologias leves” (Franco; Merhy, 2013, p.100).

Nesse sentido, o autor desenvolve reflexões sobre a dimensão tecnológica presente no processo de produção de cuidado. Merhy incita a possibilidade de um trabalho vivo em ato e, conseqüentemente, o desenvolvimento de uma ambiente laboral perpassado por tecnologias leves/flexíveis. Ou seja, quando o mesmo pontua a necessidade de ultrapassar a concepção que considera que a promoção de saúde estaria mais atrelada às máquinas, aos conhecimentos técnico-assistenciais e/ou às necessidades/demandas provenientes dos serviços de saúde, está priorizando as relações e os vínculos entre os sujeitos. Assim, propõe-se romper, em alguma medida, com essa lógica normatizadora e cristalizante que subjuga o trabalho vivo em ato no momento em que o mesmo é capturado/organizado por tecnologias estruturadas (duras e leve-duras).

Ao retomarmos o conceito de processo de subjetivação entendemos que Merhy aposta na mudança que o trabalho vivo em ato pode proporcionar ao valorizar a dimensão micropolítica¹⁵ e relacional do trabalho em saúde. Para o autor, o trabalho vivo em ato, é o que possibilita a invenção de novos processos de subjetivação que transforma os modos de cuidar, de se relacionar e de trabalhar. Tem-se como objetivo pensar como este se relaciona com o ambiente e com as práticas instituídas nos diversos serviços de saúde. Desse modo, constitui-se um ambiente implicado em refletir e em produzir intervenções de saúde pautadas em um referencial ético-estético-político que ultrapassa as normativas técnicas biomédicas prescritivas de uma determinada forma específica de cuidar.

Merhy(2013, p. 33) problematiza a maneira com que cada instituição de saúde apresenta processos de subjetivação singulares, já que destaca as conformações subjetivantes específicas e próprias da dinâmica do trabalho ao impor e ao modelar o corpo como “ferramenta de trabalho”, seus espaços, tempos, e mesmo modos de sentir. Nesse sentido, ressalto que as subjetividades e as relações de saber-poder hierárquicas e protocolares que constituem o espaço-território hospitalar são muito distintas daquelas que perpassam as lógicas de trabalho de um posto de saúde, por exemplo (cenário preferencialmente pensado por Merhy). Com isso, entendo que promover trabalho vivo em ato em ambiente hospitalar é, justamente, propor um paradoxo na própria lógica constituidora desse espaço. Ou seja, aposta-se em subverter o modo de trabalhar e de se relacionar neste espaço. No hospital, para além da proposta de um tensionamento das relações de trabalho e dos modos de produzir cuidado, é necessário criar legitimação, sustentação e disrupção da ordem hierárquica profundamente instituída que perpassa tanto as relações entre profissionais da saúde e usuários quanto o relacionamento entre colegas de trabalho.

Como referência, Merhy (2013, p. 33-34) pontua que no momento em que são propostas mudanças nos modos de trabalho, principalmente, se estas estão baseadas em ações micropolíticas instigadoras de um processo de trabalho vivo em ato, será preciso lidar com resistência. Para isso, o autor salienta a importância de uma mediação entre a produção de trabalho vivo em ato e processo analítico

¹⁵ Conforme conceituado pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari no livro "Mil Platôs" (1980). A micropolítica é uma forma de análise e ação política que se concentra nas relações de poder cotidianas, nas pequenas ações e interações que ocorrem no nível individual e coletivo.

proposto a partir dos conhecimentos desenvolvidos pela Análise Institucional. Esta perspectiva teórica está interessada nos processos institucionais e em como estes operam na produção de sujeitos. Assim sendo, de acordo com Gregório Baremlitt, há dois campos de forças paradoxais que tensionam o território subjetivo nas instituições. Tais forças são divididas em instituintes e instituídas, de modo que:

[...] tendem a transformar as instituições ou também a estas forças que tendem a fundá-las (quando ainda não existem), a isso se chama o instituinte, forças instituintes. São as forças produtivas de lógicas institucionais [...] O instituído é o efeito da atividade instituinte [...] O instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como um resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma característica estática, estabilizada [...] Tem-se que evitar uma leitura do tipo maniqueísta, que pensa que o instituinte é bom e o instituído é ruim, embora seja verdade que o instituído presente, por natureza, uma tendência à resistência [...] (Baremlitt, 2002, p. 29-30)

Assim, as forças instituídas se referem às dinâmicas hegemônicas cristalizadas, enquanto às forças instituintes são atreladas aos espaços micropolíticos. Ambas disputam os processos de produção de “grupos sujeitos” no interior das organizações produtivas (Merhy, 2013, p. 34). Logo, criar linhas de fuga que ensejem processos inovadores em termos de agenciamentos, no qual o próprio ato de pensar seu cotidiano laboral se apresenta como um movimento contestador e anti-hegemônico, é estar como diz o ditado popular “mexendo no vespeiro”.

Então, a iniciativa deste trabalho de problematizar os processos de subjetivação, assim como a experiência de propor espaços coletivos organizados por meio de oficinas temáticas é, de alguma forma, adentrar de forma mais contundente ao campo de disputa com a iniciativa pretensiosa de tensioná-lo, bem como de permeá-lo com porosidades. Ou seja, de criar espaços, descontinuidades, escapes, enfim, como conceituam Deleuze e Guattari, na obra *Mil Platôs*, é constituir linhas de fuga. Porém, a dúvida que perpassa tanto o exercício cotidiano da minha práxis enquanto estagiária de psicologia quanto o processo de produção deste trabalho de conclusão de curso, consiste em pensar “Quais são as dobras possíveis dentro da produção de saúde/cuidado aos trabalhadores que estão inseridos em ambiente hospitalar?”. É a partir desta pergunta que nasce o desejo de espaços coletivos como uma das formas de deslocamento das lógicas dominantes destes espaços.

1.4. As coletividades ou a falta delas: De onde nasce o desejo

A partir da retomada das reflexões, dos desejos, das angústias e dos desafios vividos, durante a atuação como estagiária de Psicologia na área da Saúde do Trabalhador em um hospital, comecei a observar uma certa dificuldade na sustentação dos espaços coletivos prévios à pandemia. Apesar disso, segui pensando na potência transformadora que as coletividades, os grupos podem produzir no cotidiano. Tomada por estes pensamentos, levantei algumas hipóteses e reflexões acerca destas dificuldades, destes empecilhos observados durante minha prática.

Inicialmente, foram retomados dois grupos distintos. Um deles foi o Grupo de Reabilitação Profissional, criado há longa data no hospital e retomado no mês de novembro de 2022, devido a sua interrupção durante a pandemia do Covid-19. A proposta do grupo eram rodas de conversa que ocorriam quinzenalmente por em torno de uma hora sendo coordenados por uma das psicólogas do trabalho e pela assistente social da equipe multiprofissional do SMO.

O Grupo da Reabilitação Profissional é destinado destinado a trabalhadores que estejam em processo de reabilitação ou já reintegrados às atividades laborais e aos profissionais que aguardam retornar ao trabalho. Quando uma pessoa é reabilitada, estuda-se um local de trabalho que seja condizente com as limitações e as características da pessoa, bem como áreas relacionadas com as especificidades do concurso realizado para ingressar no hospital. No primeiro encontro pós-pandêmico do grupo, compareceram duas pessoas, após isso, ocorreram mais três encontros e, a partir deste momento, houve um esvaziamento deste espaço. Ocorreram duas breves tentativas de (re)estabelecer o grupo, mas não se sustentaram.

Primeiramente, comecei a pensar sobre como era o espaço físico oferecido. Todos os grupos foram propostos na pequena sala de reuniões do SMO. Após a apresentação física e concreta do local, comecei a me perguntar sobre a dimensão representativa e subjetiva conferida ao SMO e, em especial, à Psicologia do Trabalho pelos(as) trabalhadores(as). Sei que deve haver uma grande variedade de respostas, a depender dos efeitos e das expectativas que cada trabalhador(a) que ali foi atendido(a) esperava. Porém, tenho a impressão que a Psicologia do Trabalho, algumas vezes, é vista apenas como um mediador de conflitos nas

relações entre chefias e colegas. Como se não fosse possível ampliar esta linha de trabalho. Dificilmente, a demanda de um(a) funcionário (a) está vinculada ao desejo de problematizar suas práticas laborais, ao exercício reflexivo de como estas os afetam e às formas possíveis de produção e de recebimento de cuidado no trabalho, por exemplo. Esta perspectiva acerca das expectativas e das ideações, por parte de alguns funcionários, a respeito da atuação da Psicologia do Trabalho pode reduzir sua potencialidade interventiva.

Considerando a atuação de práticas psis em contextos institucionais, para além das instituições hospitalares, destaco a presença de operações tanto duplo vinculantes quanto paradoxais. O conceito de duplo vínculo, desenvolvido pelo antropólogo Gregory Bateson, retrata uma dinâmica comunicacional que sempre produzirá conflitos/contradições. Este sistema não considera que as relações humanas se caracterizam a partir de figuras dicotômicas entre um algoz e sua vítima (Schroeder, 2006. p. 83). Assim, de acordo com o autor, na relação duplo-vinculante há uma constante inconsistência no mundo, apontando às ações do sujeito direções opostas. Este depara-se com direcionamentos concomitantes e incoerentes para o seu agir. Tal dinâmica de dupla vinculação ou duplo vínculo apresenta-se em contextos de sobrevivência física e psicológica (Schroeder, 2006. p. 79), de modo a propiciar, de acordo com Bateson, um funcionamento esquizofrênico do sujeito. Esta ideia justifica-se na existência simultânea entre afirmações/mensagens com sentidos opostos que excluem-se mutuamente impedindo que o sujeito constitua um território de referência para modular suas relações com as alteridades.

No livro, "Anti-Édipo: Capitalismo e Esquizofrenia" (1972), Deleuze e Guattari complexificam o entendimento batensoneano acerca do duplo vínculo. Eles retomam como a psicanálise, em especial o Complexo de Édipo freudiano, seria uma continuidade de lógicas manicomiais, porém ao invés de encerrar o louco em um hospital psiquiátrico, o encerra na própria triangulação familiar cisheteronormativa (Leopoldo, 2017, p. 297). Assim, o Complexo de Édipo, seria um dispositivo de colonização subjetiva dos processos libidinais dos sujeitos a partir de lógicas patriarcais, burguesas, europeias e cisheteronormativas. Para os autores, em especial a dinâmica capitalística apresenta uma revolução constante de si sem jamais abrir mão da axiomática mínima (propriedade, lucro e comutação universal

pelo capital), constitui uma relação duplo-vinculante entre um imperativo de liberdade e outro de sujeição.

Ou seja, no contexto capitalista, aqui podemos começar uma aproximação com o ambiente laboral, existem modos de subjetivação duplo vinculares como, por exemplo, “Trabalhe enquanto eles dormem, seja produtivo, saudável e feliz!”. Não é sem relação alguma que presenciamos o surgimento dos ditos *workaholics*¹⁶, de modo que o próprio ideal capitalista de trabalhador é visto, a partir desta concepção, como algo adoecedor. A mensagem é “O trabalho é seu maior bem, você será reconhecido por isto, então, produza 24 horas por dia”, porém, ao mesmo tempo, é “Você está trabalhando muito, o trabalho não deve ser o fator mais importante da sua vida. Não seja viciado em trabalhar!”. Tais operações são frequentes no ambiente de trabalho, segundo os autores Maurício Serva e Joel Lincoln Oliveira Ferreira (2006, p. 182). Ao não analisar o contexto histórico, social e econômico capitalista vigente no mundo do trabalho, arriscamos em classificar tais dinâmicas como manifestações individuais e, em alguma medida, de responsabilidade/funcionamento do sujeito adoecido e, com isso, praticar intervenções psíquicas de (re)adaptação.

Já, por outro lado, em relação ao conceito de paradoxo, Deleuze e Guattari (1995) nos convidam a pensar a dimensão paradoxal como uma forma de abandonar dicotomias, relações de exclusão, conectivos “ou...ou”, ao invés disso, incitam que apostemos nos paradoxos, nos conectivos “e...e”, a partir de uma relação de indefinição como um modo possível de expressão da multiplicidade (Lemos; Rocha, 2012, p. 181-182). Este pode ser entendido como:

Uma confusão que toma o lugar da coerência, da exatidão. Pensamentos incompletos e enigmáticos. Caminhos de idéias que se bifurcam e se ignoram num enorme labirinto que parece não haver saída. A saída é mais do que a diferença. É mais do que o dilema numa encruzilhada. É o absurdo e o extraordinário. O devir daquilo que ainda não foi experimentado. A realidade ainda inominável. Movimento abrupto, desestabilizador. Anormalidade que provoca perplexidades. E frente ao espanto, uma quietude ensurdecadora. Contradição e ambiguidade em cada palavra, em cada gesto. A certeza de que tudo, naquele momento, é incerto demais. Contraditório demais. Insólito (Schroeder, 2006. p. 16).

Assim, é a partir de um esforço de habitar as incoerências e as discontinuidades que surge a possibilidade de criar um devir até então impensável

¹⁶ O psicólogo americano Wayne Oates “definiu *workaholism* como um vício para trabalhar, compulsão ou a necessidade incontrollável para trabalhar incessantemente” (Serva; Ferreira, 2006, p. 186),

e contraditório que vise a sustentar a multiplicidade. Observamos que apesar de ambos os conceitos apresentarem uma ideia de contrariedade, provocam posicionamentos/entendimentos distintos. Penso que a proposta destes autores é, justamente, buscar “paradoxalizar” relações duplo vinculares, é criar multiplicidade e abertura em um contexto paralisante.

No contexto hospitalar, lanço a provocação de pensar a partir destas dinâmicas duplo vinculares e paradoxais. Assim, questiono como criar um ambiente de promoção à saúde mental do trabalhador, diferente daquela propagada pela Medicina do Trabalho (como previamente discutido), mas ainda resguardando os interesses da empresa?

Considerando a experiência de minha prática enquanto estagiária, analiso que uma das maiores intervenções institucionais realizadas pela Psicologia do Trabalho pertencente a um SMO e às lógicas hospitalares, seja seu potencial problematizador e “paradoxalizante” em relação ao funcionamento duplo-vinculante da instituição. É válido ressaltar que capturas no sentido duplo vincular presentes no contexto institucional, tais como “Cuide incansavelmente, cumpra os padrões de excelência, porém tome cuidado para não adoecer e tornar-se o paciente!”, existem e operam também nesta equipe. Contudo, considero que o exercício de complexificar e desestabilizar as fronteiras/delimitações é, isto por si só, um trabalho árduo diante de uma estrutura hierárquica, caracterizada por Linhas Duras¹⁷. Deste modo, ora constroem-se desvios/rupturas com o instituído, o que julgo se aproximar mais do que seria entendido como Linhas de Fuga, ora as movimentações possíveis se alinham a Linhas Flexíveis. Assim, pode-se dizer que há um grande esforço da equipe da Psicologia do Trabalho em suscitar reverberações/implicações/paradoxos tanto nos acompanhamentos individuais quanto nas relações burocráticos-institucionais. Quando isto é possível, principalmente, nos atendimentos clínicos prestados aos funcionários, é muito interessante poder construir junto com os/as profissionais da saúde outros modos de ver/sentir/pensar/tensionar o seu trabalho.

Destaco que nomino profissional da saúde como todo aquele trabalhador inserido no contexto hospitalar seja este atuando direta ou indiretamente na

¹⁷ De acordo com o maquinário teórico esquizoanalítico de Gilles Deleuze e Félix Guattari e, em especial, nos conceitos de Linhas de Fuga, Linhas Flexíveis e Linhas Duras. Para maiores informações, acessar a obra: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 3.

produção de saúde. Assim, considero que higienizadores(ras), auxiliares de produção de alimentos, técnicos(as) de manutenção, vigilantes, auxiliares administrativos e tantas outras profissões compartilham, a partir de seus contextos, das intensidades vividas do ambiente hospitalar. Logo, apesar desta não ser a lógica legitimada dentro de um sistema de distribuição e valorização profissional, considero ser de extrema importância ampliar a definição e o reconhecimento social acerca de quais profissões compõem a equipe hospitalar. Cotidianamente, observa-se diferentes dinâmicas, relações de poder-saber que se manifestam de muitas formas a depender dos cargos, do tempo de permanência na instituição, da influência e da visibilidade que a área e/ou o profissional de saúde podem apresentar.

Além disso, outra questão que pode haver influenciado na insustentabilidade dos espaços coletivos, é a sobrecarga de trabalho também presente na equipe de saúde mental, já que a oferta de mais um espaço de intervenção, tal como os grupos, é demandante. Não é de estranhar que quando nenhum funcionário(a) compareça no grupo ou no atendimento individual, se perceba um sentimento de alívio, de um respiro em meio a tantas demandas complexas e urgentes, realidade tão característica do contexto hospitalar. Há de se pensar no esgotamento laboral que a própria equipe vivencia ao lidar com as sobrecargas e as atribuições de outras equipes. Ou seja, o que se quer incutir é uma análise que a produção de cuidado ocorre em reação em cadeia, os elos não podem se sustentar sozinhos. Como é possível uma assistência ao paciente de qualidade e de excelência sem ofertar cuidado em saúde mental aos profissionais da saúde? Como é viável que uma pequena equipe de três psicólogas do trabalho e dois estagiários possam fazer jus a toda demanda de suporte emocional exigida por funcionários e residentes deste hospital? É difícil, por vezes, se distanciar do ideal de produtividade e do desejo de "poder dar conta" desta convocatória que o sofrimento do outro desperta no exercício profissional e ético do psicólogo(a). Não é fácil encaminhar para uma fila de espera de meses, aqueles os quais a equipe era incapaz de acolher naquele momento devido à alta demanda.

Perceber que haviam horários fixos em nossas agendas para a realização das intervenções em grupos, porém que poucas eram as pessoas que se interessavam em comparecer e menos ainda eram aquelas que permaneciam, me angustiava. Entendia que tais atividades estavam sendo esquecidas tanto pelos

participantes quanto pela equipe, ou seja, os espaços coletivos que tinha acesso estavam “morrendo”. Tinha a sensação que a aposta de prevenção e de promoção de saúde mental, de fato, não se produzia de um modo coletivo e sem tal dimensão me sentia tomada por uma experiência de impotência de agência diante dos processos de trabalho que provocavam sofrimento: afinal, acolher individualmente era um trabalho que não tocava nas formas de organização do trabalho em si mesmas, mas apenas em seus efeitos naquelas pessoas.

Talvez, um outro entrave seja a presença de sentimento persecutório que emana do trabalho altamente exigente em termos de performance. Talvez, um dos impeditivos de formação de grupidades observada seja decorrente do distanciamento social provocado da pandemia do Covid-19. Ainda, poderia ser pela dificuldade em se deslocar de um modo de estar no mundo baseado no individualismo para um modo de experimentar as coletividades e, com isso, estar disponível emocionalmente para lidar com seus conflitos e com os dos demais. Enfim, acho que há inumeráveis atravessamentos e, até o momento, o que tenho conseguido é apenas pensar em hipóteses e imaginar possíveis caminhos para a retomada/criação desses espaços. Com isso, fui compartilhando com colegas, amigos, supervisoras e professores minhas inquietações.

1.5 Saúde do(a) Trabalhador(a): Uma proposta coletiva de cuidado

Após uma espera de meses com um total esvaziamento dos espaços coletivos, impulsionada por um desejo pulsante em fomentar um ambiente plural e propício à criação de paradoxos, comecei a pensar em outras formas de lançar esta proposta de retomada e de sustentação de coletivos. Assim, buscava analisar e articular ações que pudessem (re)viabilizar as intervenções coletivas já desenvolvidas e consolidadas, anteriormente, pela equipe de Psicologia do Trabalho deste hospital. O objetivo era, justamente, criar um espaço de compartilhamento que ampliasse/possibilitasse/incitasse nos trabalhadores processos reflexivos acerca dos efeitos de suas práticas cotidianas de trabalho. Com isso, visibilizar e desnaturalizar os impactos físicos e psicológicos decorrentes da atuação profissional em ambiente hospitalar, seja na assistência direta ao paciente ou não. Assim, surge a proposta de oficinas temáticas como forma de composição/sustentação destes espaços coletivos.

É significativo pensar as distintas mortes subjetivas que ocorrem dentro desta estrutura hospitalar, refletir sobre quais fatores podem estar influenciando/fomentando/concretizando uma impossibilidade da sustentação de um espaço coletivo de análise acerca dos impactos psicossociais do fazer cotidiano. Ou seja, me interessa e me proponho a realizar uma cartografia deste campo político-afetivo, de modo a traçar linhas, criar ferramentas analíticas que possam sustentar e, quem sabe, permitir um tensionamento do que já está instituído. É interessante lembrar que “numa cartografia o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo” (Barros, 1997, p. 103 -104).

Assim, tal qual a escritora, pesquisadora e ativista, Sara Ahmed (2015), o que se propõe também é uma investigação da forma pela qual circulam afetos, de modo a considerar como a dimensão emocional influencia/perpassa/constitui os processos de subjetivação, as relações de saber-poder, as hierarquias, os movimentos de resistências e de opressão. Além disso, busca-se estudar em quais corpos e de quais maneiras este campo político-afetivo se manifesta, se expressa, de modo a apreender posicionamentos políticos pessoais e institucionais.

Ahmed (2015) analisou a produção dos campos narrativo-político que perpassam e constituem socialmente a nomeação de diferentes sentimentos, estados emocionais, dentre eles o amor e a dor. O intuito era desnaturalizar e tensionar uma pretensa ideia que os sentimentos seriam entidades essencializadas. Ainda, problematizou a dicotomia entre aspectos lógico-rationais e aspectos afetivo-emocionais como uma construção histórico-social que tenta dissociar dimensões que são inseparáveis. Junto disso a autora também desloca a noção de que os afetos são algo de uma dimensão íntima, privada, psicológica e nos faz ver que organizamos nossas instituições, sociedades e grupos por meio de políticas culturais dos afetos. A partir desta perspectiva, a autora ressalta o caráter socialmente mais valoroso que uma postura mais racionalista recebe, de modo a invisibilizar e menosprezar a influência dos afetos em nossas relações sociais.

Em relação a isso, é fundamental problematizar o quanto a área da saúde está fortemente embasada em uma concepção racionalista, por vezes, tecnicista dos processos de trabalho. Qualquer sensibilização ou manifestação emocional pode, em alguns contextos, significar uma inaptidão ou uma incapacidade deste

profissional em realizar seu trabalho. Aqui, ressalto que não se trata de uma postura passiva ou de uma paralisação frente a um procedimento assistencial de urgência que seja necessário, por exemplo. Ou ainda, pensando em um exemplo para as áreas não assistenciais, não se trata do quanto este(a) recepcionista não conseguiu manejar o comportamento agressivo de um familiar desesperado. Ao contrário disso, o que se observa na prática cotidiana de escuta de diferentes trabalhadores em sofrimento psíquico, pode ser, muitas vezes, algo da ordem de uma dificuldade de discutir, de sentir, de falar, de encontrar legitimação e acolhimento por parte dos colegas, das chefias, por vezes, da instituição em poder expor seus sentimentos, angústias e expectativas frente ao ideal de promoção de saúde.

Assumir uma posição de fragilidade em um hospital pode ser perigoso e, até mesmo, prejudicial. Afinal, como demonstrar fragilidade em um espaço no qual os menores erros podem acarretar as piores consequências? Pensar nesta sentença, por vezes, me assusta e me “puxa” para a realidade que pode, de fato, existir para além de uma dificuldade particular desta pessoa em lidar com sua própria fragilidade emocional. Este é um dos grandes desafios das equipes da Psicologia do Trabalho, realizar escutas clínico-cartográficas a partir das inúmeras disputas de poder que compõem os campos narrativo-político das instituições (incluindo aqui os hospitais), do trabalho e, principalmente, a deste entrecruzamento.

Assim, é bom ressaltar que mesmo sendo este trabalho de conclusão de curso algo disparado desde meus processos de escuta no Hospital, ele não pretende versar sobre este ou sobre processos específicos por mim vividos. Ainda que os efeitos destas experiências de escuta sejam disparadoras das reflexões aqui elaboradas, não se trata de um trabalho empírico que busca analisar um campo de atuação, mas antes disso, a ideia aqui é compartilhar problematizações teórico-metodológicas acerca da promoção de saúde do trabalhador nos ambientes hospitalares desde as perspectivas da psicologia social e institucional, elaborando uma série de questões ao nosso campo não para apontar caminhos, mas sim para abrir horizontes e criar paradoxos.

2. ENTRE A DOR E O AMOR: A PRODUÇÃO DE CUIDADO NA ÁREA DA SAÚDE

2.1 A hospitalidade em seu dilema da dor

Segundo o filósofo Michel Foucault (1979, p. 99), “o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII”. Este autor buscou estudar a partir do contexto sócio-histórico o início desta instituição de fins curativos e assistenciais. Antes deste século, o hospital construía-se como ambiente estritamente assistencialista aos pobres e aos excluídos da sociedade. Havia nesse período um menor conhecimento científico e médico, de modo que, muitas vezes, não se sabia a doença que o paciente apresentava, se esta era contagiosa ou não. Desse modo, um dos papéis sociais do hospital na época era retirar a pessoa enferma do convívio social e levá-la a este ambiente onde, provavelmente, iria morrer. Esta era uma das maneiras de resguardar os demais cidadãos da cidade e impedir epidemias. Além disso, uma outra função social que a instituição hospitalar nesta época apresentava refere-se à dimensão espiritual e religiosa.

Em relação a isso, Foucault (1979, p. 101-102) expõe que as pessoas que prestavam assistência estavam sob forte influência dos preceitos da Igreja Católica de modo a considerar que este trabalho de cunho caritativo poderia servir como uma forma de resguardar seu lugar no paraíso eterno. O foco do hospital não era o enfermo tampouco a busca por sua cura a partir dos conhecimentos biomédicos, como se dá no contexto contemporâneo, mas apresentava um cunho salvacionista para vivos e moribundos. Assim, “assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres” (Foucault, 1979, p.102). Ainda, é válido lembrar que aqueles com condição financeira privilegiada, geralmente, morriam em suas próprias casas e eram assistidos pelos médicos de família e por seus familiares.

Destaco acerca da persistência de uma certa dinâmica assistencialista no contexto da saúde. É importante considerar o histórico caritativo e religioso, que persiste no cotidiano hospitalar. Este pode ser observado tanto fisicamente quanto subjetivamente, seja, por exemplo, na presença de capelas localizadas dentro dos

hospitais ou a partir de uma gama de valores e princípios que perpassam a construção e a direção de distintos hospitais de tradição eclesiástica como, por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia.

Considerando algumas especificidades do contexto sócio-político-cultural Sul-rio-grandense acerca da construção de algumas instituições de cuidado na cidade de Porto Alegre como, por exemplo, a Santa Casa e o Hospital Psiquiátrico São Pedro, destacamos a dissertação de mestrado do psicólogo brasileiro Luis Artur Costa. Nesta, intitulada “Brutas cidades sutis: espaço-tempo da diferença na contemporaneidade”, ele pontua algumas características desta cidade que, a partir de um viés foucaultiano, nos auxiliam pensar como havia uma disputa, entre os discursos médicos e os administrativos, para estabelecer uma legitimidade entre os saberes-poderes e o controle das práticas de cuidado e de saúde.

De acordo com o autor, após a Proclamação da República, as instituições de saúde geridas pelo Estado, buscando uma proximidade de um saber-poder dito científico e legitimado por uma suposta “neutralidade” aposta em uma administração médica de saúde (Costa, 2007, p. 67). Contudo, naquela época havia uma forte influência Positivista no Rio Grande do Sul (RS), de modo que esta nova organização político-assistencial encontrou dificuldades para consolidar-se. Para Isidore Auguste Comte, filósofo francês que formulou a doutrina do Positivismo, a Medicina estava mais atrelada ao “sacerdócio, onde a cura depende antes de tudo do estabelecimento de uma profunda relação afetiva de confiança entre médico e paciente” (Costa, 2007, p. 68). Assim, a partir da premissa que a Medicina não era considerada uma ciência pelo Positivismo Comteano houve uma maior resistência, no RS, em regulamentar a profissão médica, assim como de fazer desta algo financiado pelo Estado.

Vladimir Safatle, filósofo brasileiro, discute como algumas tradições teórico-filosóficas concebem a noção de doença. Safatle (2011, p. 11), ao retomar a frase, do cirurgião francês René Leriche, “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos”, aborda que este e outros autores, como Augusto Comte e Claude Bernard, entendiam “a diferença entre normal e patológico como uma diferença quantitativa que diria respeito a funções e órgãos isolados, como se os fenômenos patológicos fossem, no organismo vivo, apenas variações quantitativas, déficits ou excessos” (Safatle, 2011, p. 16). Aqui, a doença é o que torna o corpo um objeto de análise e possibilita a organização de uma série de saberes-poderes regulatórios sobre ele.

Em contraposição a tal perspectiva, Safatle resgata a obra de autores como o filósofo e médico francês Georges Canguilhem. Este tensiona os limites entre o normal e o patológico e, com isso, visibiliza como as narrativas acerca da saúde e da doença operam e criam jogos de saber-poder embaixadores de uma normatividade, de uma corponormatividade. Para Canguilhem, o patológico é definido a partir de uma concepção de normalidade, desse modo, “não há fato algum que seja normal ou patológico em si” (Safatle, 2011, p. 18). Assim, problematiza-se que é a partir do que socialmente é entendido/regulamentado como dor e como doença, que os sujeitos começam a se subjetivar enquanto doentes. Tal processo propicia que os mesmos possam receber aquilo que é estabelecido pelo discurso médico como necessidade de cuidado e de intervenção. A pretensa ideia da existência de saúde perfeita está mais relacionada a um ideal normativo que uma possibilidade concreta.

Desse modo, observamos a construção de uma narrativa reguladora que busca incitar e padronizar aquilo que se entende por normalidade. As definições de anormalidade são interpretadas como inferiores, equivalentes ou superiores baseadas em padrões normativos (Canguilhem, 2002, p. 113 *apud* Safatle, 2011, p. 24). Não atingir tal ideal (o qual é inalcançável) autoriza “desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência” (Canguilhem, 2002, p. 54 *apud* Safatle, 2011, p. 22). Logo, é definindo e criando juízos de valor sobre o que é saúde, o que é normal e aquilo que se deseja, que é possível corrigir, modificar, regular, padronizar e, mais que isso, (re)produzir ideais estéticos, morais e políticos. Com isso, o autor problematiza o quanto a doença e a anomalia podem também produzir novas formas de experienciar a vida. Os desvios daquilo que é considerado normal pode possibilitar a criação de novos modos de vida.

Agora, atrelando esta discussão ao cotidiano laboral, é indispensável considerar esta ampla variedade de “nuances” que o hospital pode apresentar e que:

[...] pode ser compreendido como um campo de intensidades de forças, como uma rede tramada por múltiplos fios que representam a esperança, o medo, a fragilidade, a solidariedade, a potência, o desamparo, o cuidado, a dor, o sofrimento, a impotência, a corrida contra o tempo, a imprevisibilidade, a precisão e os ritmos acelerados de trabalho. (Bianchessi; Tittoni, 2009, p. 974)

Assim sendo, as vivências que perpassam o exercício profissional no ambiente hospitalar, tais como o convívio com a dor, o sofrimento, o amor, a vida, a

morte, a saúde e a doença, se relacionam a partir de diferentes discursos e se expressam tanto nas relações de trabalho quanto nos adoecimentos dos funcionários. Nesse sentido, para além de um hospital técnico-assistencial, observa-se que:

O trabalho no contexto hospitalar implica a permanente exposição a diversos fatores produtores de sofrimento e/ou doença. Fatores estes decorrentes da natureza e da organização do próprio trabalho. O objeto, qual seja o sofrimento e a morte do outro, traz à tona implicações subjetivas quanto à fragilidade e a impotência humana frente a linha tênue entre vida e morte (Pitta, 1990 *apud* Sehn; Witczak, 2015).

Com isso, buscarei destacar as diferentes manifestações narrativas que estão relacionadas ao que intitulo “mito do super-herói do profissional da saúde”. A partir das experiências vivenciadas no Hospital e dos estudos sobre tal realidade, sinto-me convocada a pensar para a construção destes enunciados¹⁸, para estas produções subjetivas que perpassam e constituem o campo político-afetivo e as dinâmicas do saber-poder da estrutura hospitalar, bem como para seus desdobramentos.

Em alguns contextos, ressalta Sara Ahmed, podemos esquecer da série sequencial de fatos que desembocou na vivência de um determinado sofrimento, de modo a não perceber toda uma conjuntura. Podemos pensar que o modo com que as histórias de dor, de sofrimento, de saúde e de doença transitam tanto na esfera pública quanto nos discursos dos saberes da área da saúde afetam a maneira com que nos relacionamos e nos sentimos em relação a elas. Acrescido a isso, estão os dispositivos regulamentários dos processos saúde-doença. Assim, um dos aspectos que frequentemente marca os modos de trabalhar dos/das profissionais de saúde está relacionada com a dificuldade com que cada trabalhador lida ou nega o sofrimento que o seu trabalho pode desencadear. A sensação de estar adoecido mentalmente, muitas vezes, é dilacerante, já que isto significa uma falha, um não “dar conta”.

Ahmed (2015, p. 50) diz que a posição de oferecer ajuda àquele que sofre também demonstra uma relação de poder e de hierarquia, já que este é quem dá e não quem estaria precisando. Esta condição de fragilidade emocional é vista, por vezes, como inaceitável, já que costuma existir uma cobrança pessoal, social e institucional que o trabalhador da saúde “não pode” se tornar o paciente. Ou seja, se

¹⁸ Tal como exposto pela autora Regina Benevides. Este conceito irá ser melhor explicado posteriormente.

aquele ao qual é delegado o cuidar adoece, poderia significar que ele não tem condições de apresentar um bom desempenho profissional ou até mesmo um certo tipo de “perfil” esperado. As narrativas de êxito, de fortaleza e de competência que o profissional da saúde vive cotidianamente precisam ser problematizadas. Falar de dor e de sofrimento não deveria se restringir ao paciente, mas sim ser ampliada a partir da forma como esses sentimentos perpassam e constituem o hospital como um todo. Enaltecer o trabalho dos profissionais da saúde não pode inviabilizar a indignação, a tristeza, a dor e o amor intensamente vividos (tal como a autora Sara Ahmed conceitua) por estes profissionais neste contexto e neste encontro com o outro.

Ainda, Ahmed (2015, p. 43) descreve a dor como uma sensação capaz de criar a impressão de uma superfície corporal. A este campo afetivo que se articula, se constitui a partir do contato, do tensionamento, da impressão do/com o outro, por meio de experiências sensoriais que configuram e reconfiguram fronteiras, superfícies e permanências entre o sujeito e o mundo, conceitua a ideia de “intensificação”. Assim, “esta função contraditória da pele começa a fazer sentido se nos desprendemos da suposição que a pele simplesmente está aí, e começamos a pensar a pele como uma superfície que sente apenas quando sendo ‘impressionada’ nos encontros que temos com outros”¹⁹ (Ahmed, 2015, p. 54, tradução própria, grifo da autora). A dor convoca a um processo de recolhimento, de um olhar para si, de uma reconexão corporal e psíquica, mas também como uma forma de se relacionar com um outro. É a partir desta superfície, que a dor é capaz de estabelecer, que se torna possível o contato, a troca.

Assim, a autora destaca que a dor não é, como comumente se imagina, uma experiência privada, ao contrário disso, é coletiva, já que é a partir da existência de um testemunho que esta pode ser legitimada e validada. A dor reorganiza os corpos no mundo e no contato com outros corpos, de modo a criar um vínculo, uma experiência coletiva de viver a dor. A autora, quando propõe uma ética da dor, discute o quanto esta vivência cria uma disponibilidade a afetar-se, a vincular-se, a conectar-se com os sentimentos/sofrimentos do outro que, muitas vezes, é

¹⁹ "Esta función contradictoria de la piel comienza a tener sentido si desprendemos la suposición de que la piel está simplemente ya ahí, y comenzamos a pensar en la piel como una superficie que se siente solo cuando está siendo ‘impressionada’, en los encuentros que tenemos con otros” (Ahmed, 2015, p. 54).

impossível de apreender, de nominar sem retomar o próprio. Ser testemunha é estar vulnerável, frágil e permeável à dor alheia.

Desse modo, não posso deixar de relacionar o hospital e seus trabalhadores como uma das principais dimensões sociais de testemunho do processo de adoecimento, de dor e de morte. A esta tarefa o profissional da saúde também é convocado, lhe é imbuído na prática o exercício de comover-se, mas não muito, de poder falar sobre isso, mas não de uma maneira que denuncie demais a dureza ou a fragilidade dos seus superpoderes. Penso que a ética da dor, no contexto hospitalar, opera a partir de outras vias. De alguma maneira, a hierarquia biomédica se alicerça na premissa que a Medicina é capaz e, além disso, é efetiva em apreender e em resolver os dilemas da dor e do sofrimento. Assim, observa-se uma apropriação e regulamentação desses sentimentos em pacientes e em funcionários. Evidentemente, não podemos desconsiderar tal atravessamento nos próprios profissionais psis e, inclusive, em mim mesma quando busco acolher a dor de quem testemunha os processos saúde-doença.

2.2. A pureza do amor da hospitalidade

Agora, considerando a dimensão afetiva do amor, podemos observar como esta se atrela a uma certa narrativa no que condiz também a um determinado perfil do profissional de saúde. Primeiramente, ressalto que não pretendo realizar juízos de valor, me interesse em pensar as implicações destes enunciados. Afinal, é válido recordar, novamente, a inter-relação destes discursos com o histórico de criação desta intuição, estes vinculados a vocações religiosas que (re)produzem milagres e provações em pacientes e em funcionários.

Do funcionário, para além de um bom manejo técnico dos procedimentos, excelente desempenho frente às demandas de trabalho, espera-se um certo grau de doação e de amor na execução profissional. Não é sem relação alguma que muitas graduações na área da saúde recebem um “slogan”/discurso popular nomeado de “por amor”, como, por exemplo, “enfermagem por amor”. Há um certo consenso que o profissional da saúde “deve ou deveria amar” em algum grau o exercício do cuidado, apesar dos seus percalços. Este ideal amoroso do profissional da saúde pode dar-se de uma forma distinta, por vezes ambivalente, durante a prática profissional.

Para a psicanalista britânica Menzies (apud Pitta, 1999, p. 65), a estrutura hospitalar desenvolve um modo de funcionamento, no qual existe uma dimensão tecnológica (no que se refere a um determinado modo de fazer) que necessita satisfazer socialmente, psicologicamente, profissionalmente e gerencialmente o trabalho ali realizado. Para que este tipo de trabalho possa ser feito, há a necessidade de os trabalhadores e a instituição hospitalar constituam uma série de recursos. Dentre eles, podemos pensar mecanismos de defesa psíquicos, tecnologias e dispositivos que atuem regulamentando e determinando de que forma se dariam tanto as vinculações entre trabalhadores e pacientes quanto às relações de trabalho entre colegas. Menzies elenca alguns mecanismos de defesas, que são propagados por funcionários novos e antigos, como, por exemplo, o distanciamento e despersonalização do paciente, a negação de sentimentos, a redução do peso da responsabilidade, etc.

Outro autor que sustenta tal premissa é Christophe Dejours, psicanalista, psiquiatra e especialista em medicina do trabalho. Na sua perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, existe tanto uma ideologia defensiva coletiva quanto mecanismos de defesa individuais que operam no intuito de minimizar situações de risco e de sofrimento tanto físico quanto psíquico propiciadas pelo ambiente de trabalho (Dejours, 1987, p. 36). Contudo, é válido pensar que tal dinâmica intersubjetiva que perpassa a complexidade hospitalar apresenta seus impactos de adoecimento psíquico, seja pelo cumprimento ou não desta dimensão tecnológica, seja pelo aparecimento destes aspectos reprimidos em outras instâncias pessoais e/ou profissionais. É, justamente, o custo psíquico de sustentar tais recursos de auto-defesa que nos interessa e é sobre isso que iremos discutir no decorrer deste trabalho.

Ainda, outra dimensão do amor condiz à relação entre os profissionais de saúde e à dinâmica institucional, principalmente, no que se refere à sensação de pertencimento, de vinculação e de reconhecimento do valor e da importância do trabalho. Como bem destacam as autoras Ana Luisa Poersch, Márcia Ramos e Rosane Neves (2010), estar inserido profissionalmente em um local de promoção à saúde, como no ambiente hospitalar, confere ao trabalhador um reconhecimento social muito importante. Assim, “seja limpando, cozinhando, ou lidando diretamente com o paciente, há um reconhecimento entre pares e demais redes sociais, do

'status' de se trabalhar num hospital. De promover, de produzir saúde" (Poersch et al, 2010, p.141).

Nesta perspectiva, é importante frisar o quanto estes "jogos de reconhecimento pelo qual o sofrimento nas atividades de trabalho é transformado em prazer e também contra os quais o sujeito afirma seus desejos" (Dejours; Molinier, 1989 *apud* Bendassolli; Soboll, 2011, p. 14). Ou seja, é importante analisar que alguns dos fatores que sustentam este "mito do super-herói do profissional da saúde" estão relacionados ao reconhecimento e à validação dos custos psíquicos que os profissionais da saúde necessitam suportar para desempenhar este tipo de trabalho em nome do amor a suas profissões. Orgulhar-se do desgaste laboral, do processo de adoecimento vivido para "dar conta" do trabalho, também se constituem com um fator indispensável para esta dinâmica.

Ainda considerando os aspectos sócio-político-culturais destacados por Foucault (1979), no capítulo "O nascimento do hospital", é importante destacar o quanto a militarização e disciplinarização das práticas médicas e assistenciais foram cruciais para a formatação contemporânea desta instituição. Assim, primeiramente, ocorreu uma grande reorganização administrativa e política dos hospitais marítimos e militares da Europa no século XVII. Foi a partir de práticas disciplinares que pode surgir uma nova formatação do poder no espaço hospitalar. Ou seja, tais mecanismos de disciplina e de controle configuraram-se como uma forma de gerenciamento, com o intuito de produzir o máximo de eficácia e de desempenho.

Para isso, utilizou-se de alguns recursos tais como: distribuição espacial dos indivíduos, regulamentação e normatização gestual, vigilância perpétua e constante dos indivíduos, sistema hierárquico avaliativo. Tais alterações das dinâmicas hospitalares vigentes até o século XVII, deve-se a razões econômicas. Havia a pretensão de reduzir gastos com possíveis soldados feridos e/ou doentes, já que investia-se um custo muito alto na formação técnica dos mesmos. Além disso, a transformação dos saberes e das práticas médicas foram fundamentais para a consolidação deste novo hospital. Assim, Foucault (1979, p. 107), diz:

É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja

registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (Foucault, 1979, p. 107).

Logo, além da dimensão exposta pelo autor supracitado, é importante pensar como as narrativas político-afetivas operam neste contexto. Segundo Ahmed (2015), o amor pode ser considerado indispensável para os laços sociais, de modo a alicerçar aspectos políticos, jurídicos, hierárquicos e etc. É um dos fatores que sustenta e promove a produção de formas de subordinação e de autoridade (Ahmed, 2015, p. 195). Como a autora nos demonstra em seu livro (Ahmed, 2015) o discurso amoroso produz arranjos políticos que sustentam, muitas vezes, práticas de ódio que afirmam guerras contra a alteridade²⁰.

Assim, podemos problematizar que para além da disciplina e da vigilância, o amor poderia ser considerado como um elemento importante a ser analisado nas dinâmicas discursivas das práticas de poder que sustentem a organização hierárquica hospitalar de modo rígido, tal como as dinâmicas belicosas o fazem com o exército. As relações de trabalho no ambiente hospitalar apresentam forte organização hierárquica seja pelas especificidades profissionais, pelos protocolos, rotinas minuciosas e assépticas, pela disciplina e pelos controles amplamente disseminados. Assim, produzem uma homogeneização, não só dos gestos e ritmos de trabalho, mas dos modos de pensar, agir e sentir (Ramos, 2005, p. 10-11). Há uma guerra contra os agentes patógenos, a morte e a doença, sendo esta disputa a justificativa para uma rígida disciplina hierárquica, assim como uma convocatória para o martírio.

Como já discutido no parágrafo anterior, é válida uma análise acerca da forma com que estes aspectos político-afetivos repercutem na identificação e na reprodução ou não das tecnologias/dispositivos da instituição hospitalar. Assim, ainda de acordo com Ahmed (2015), o amor é um investimento libidinal capaz de criar um ideal coletivo que relaciona o amante e o amado, de modo a constituir vínculos sociais a partir de um determinado ideal, de uma desejabilidade e de uma condição de exigência do meio. Ou seja, as narrativas amorosas também participam da construção de uma certa coesão, de um certo senso de coletividade o qual, por

²⁰ Sara Ahmed demonstra como o discurso do amor pela nação é fundamental para dar força e sustentação ao arranjo político-afetivo do ódio aos imigrantes e estrangeiros, por exemplo.

sua vez, pode vir a servir para autorizar/ justificar violências auto-infligidas (martírios) ou voltadas para as alteridades (ódio/ guerra).

Neste sentido, a autora propõe uma análise psicanalítica do ideal de eu e da identificação, de modo a considerar que o amor é uma forma de expressão deste último (Ahmed, 2015, p.197). Ela retoma os escritos freudianos para analisar como a dinâmica da identificação e do ideal de eu passam da esfera pessoal para a coletiva e, com isso, produzir uma coesão, uma coletividade embasada nos mesmos princípios e ideais (Ahmed, 2015, p. 203). A identificação está relacionada ao desejo de tornar-se semelhante e, com isso, ocupar futuramente o lugar da pessoa amada. Há necessidade de aprovação daqueles que são amados.

O amor está inserido em uma lógica idealizada, de modo a ser também transmitida ao longo do tempo. Nesta economia afetiva, amar se converte em disseminar um ideal aqueles que possam, supostamente, alcançá-lo e, com isso, rechaça aqueles que não correspondem à expectativa exigida e contida nesta norma. Consequentemente, este modo de vinculação afetiva se expande para uma coletividade que se organiza em termos de semelhanças (Ahmed, 2015, p. 203). Por isso, nos interessa aprofundar um pouco mais a reflexão sobre o amor como um dispositivo narrativo possibilitador de produção de ideais a serem almejados, a critérios específicos para pertencer ou não a um determinado grupo. Em relação a isso, também analisaremos de que forma tais discursos foram intensificados em meio a pandemia de COVID-19.

2.3 COVID-19: ampliando o dilema de cuidar do próximo

Considerando o adoecimento psíquico no contexto hospitalar, penso na precarização vivida das políticas públicas de saúde e na situação de extrema vulnerabilidade psicossocial desencadeada pela pandemia de COVID-19 que afetou e segue repercutindo em pacientes e em funcionários. Para o trabalhador da saúde, foi incumbido, durante a pandemia, de assumir e de sustentar de forma mais enfática o seu protagonismo no hospital²¹, de exercer sua força de super-herói, de ser mais incansável e mais inabalável que em outros tempos, resta agora ocupar-se ou não dos impactos decorrentes disto. No artigo "Sem heróis, sem heroínas:

²¹ Podemos pensar a partir de um contexto sócio-histórico, que será debatido mais detalhadamente nos próximos capítulos, no qual o hospital surge diante da demanda de cuidado a pessoas marginalizadas que necessitavam de um local para morrer.

reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19", Felipe Akira Miasato, mestre em saúde pública, discute a utilização desta narrativa, amplamente disseminada pela mídia durante a pandemia (Figura 1).

Figura 1: Super-heróis curvam-se para profissionais da saúde

Prefeitura Municipal agradece o empenho dos Profissionais que trabalham pela saúde

26 de abril de 2020



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Elói Mendes, 2020.

Miasato propõe uma abordagem interseccional que leve em consideração a desigualdade racial e de gênero presente entre os profissionais desta área. Desse modo salienta que “há predominância de 85% do sexo feminino na profissão [...] 58% dos enfermeiros são brancos, enquanto 57,5% dos técnicos e auxiliares são negros – pretos ou pardos” (Miasato, 2022, p. 120). Ao ressaltar que o Brasil é o país, de acordo com o Observatório da Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com o maior número de mortes, em decorrência do contágio com COVID-19, de profissionais da saúde no mundo (Miasato, 2022, p. 120), problematiza que, de fato, este número representa um alto contingente de mortes de mulheres negras.

Em seu artigo, discute, a partir da análise temática qualitativa de matérias jornalísticas publicadas no ano de 2020, em portais online de notícias, a intensificação destes discursos ao nível mundial, denominando os profissionais de enfermagem como heróis ou heroínas (Miasato, 2022, p. 120). Neste período analisado, houve amplas performances públicas tais como, por exemplo, aplausos nas janelas, que buscavam agradecer aos profissionais de saúde. Assim, ele diz:

Dentre as notícias analisadas, a construção do herói enquanto aquele que ultrapassa os limites de seu trabalho em prol do outro é unanimidade. A narrativa confere um tom romântico capaz de naturalizar diversos problemas estruturais, econômicos e políticos que revestem aquele contexto. Os sentidos de ir além do dever enquanto profissionais de saúde, sacrificar-se em ato de coragem, figuram essas profissionais como ilimitadas, invisibilizando os limites impostos pelo trabalho (Miasato, 2022, p. 128).

Com isso, ainda de acordo com o autor, a criação de discurso heroico, no qual os profissionais de saúde sejam vistos como uma entidade mitológica, dificulta um espaço crítico que considere e problematize a precarização dos serviços de saúde, a falta de valorização profissional e a desigualdade racial e de gênero presente, principalmente, na enfermagem. Para Miasato, tais dados demonstram que a narrativa do herói, de alguma forma, contribuiu para sustentar um modo de gerenciamento necropolítico estatal que matou majoritariamente mulheres, trabalhadoras, negras e de classes populares (Figura 2).

Figura 2: Projeto de Lei encaminhada à Câmara dos Deputados

Profissionais de saúde podem ser homenageados em novo livro de Heróis da Pátria

O [PL 3820/2021](#) cria um novo livro de heróis para reconhecer o trabalho dos profissionais de saúde no combate à pandemia de covid-19.

Márcia Gargalhoni
16/12/2021, 15h00 - ATUALIZADO EM 14/12/2021, 12h51
Duração de áudio: 02:16

Fonte: Site da Rádio Senado, 2021.

Ainda nesta perspectiva, a enfermeira Suiane Costa Ferreira, em seu artigo "Do perigo em se criar heróis: a desumanização dos profissionais da saúde em meio à pandemia", aborda que o discurso heroico contribui para um certo tipo de desresponsabilização, tanto do Estado quanto dos usuários. Pois, estes não se perceberem enquanto co-protagonistas nas ações de cuidado ao processo saúde-doença e delegam o compromisso de cuidar profissionais da saúde (Figura 3). Em relação a isso, Ferreira diz:

Quando os profissionais da saúde se tornam os heróis, assumindo o papel de detentores de uma força ou de um saber que lhes possibilita realizar feitos irrealizáveis pelo homem comum, sintetiza o mito do super-homem e exercem sobre a sociedade, mais do que o fascínio, as condições para uma ideologia da dependência, onde em meio às medidas de prevenção para a transmissão do vírus, os não-heróis podem se desresponsabilizar, assumindo atitudes passivas ou mesmo aquelas que contrariam as

recomendações de saúde como aglomerações e o não uso (ou uso incorreto) das máscaras faciais ou até mesmo o não provimento adequado dos hospitais com um número ideal de ventiladores mecânicos ou leitos de terapia intensiva, pois existe um herói salvador zelando por todos, na linha de frente (Ferreira, 202, p. 72).

Além disso, ressalta que esta narrativa heroica pode levar a uma invisibilização da interdependência e complementaridade do trabalho de outros profissionais que melhoram a qualidade da assistência em saúde prestada (Ferreira, 2020, p. 68). Assim, a autora ressalta, em consonância com Miasato, que um dos fatores que podem ter influenciado este tipo de postura deve-se às campanhas publicitárias que, durante a pandemia, associam a figura do profissional da saúde ao mocinho e ao bem e, em contrapartida, vinculam ao vírus o status de vilão da história.

Figura 3: Notícia que vincula o trabalho desenvolvido por profissionais da saúde à atos heroicos.

O ano dos profissionais da saúde, os heróis da linha de frente

Os trabalhadores que superaram todos os limites, salvaram milhares de vidas, viram o medo e ouviram últimas palavras



Fonte: Site do Jornal digital GZH, 2020.

Em meio a este combate épico, houve a criação de publicidades, por parte do mercado, uma fetichização e uma sensibilização emocional de modo a impulsionar “um consumo massivo seja dos EPIs, do álcool em gel, de máscaras de tecidos com estampas diversas, de termômetros, entre outros, aumentando o lucro das empresas” (Ferreira, 2020, p. 71). Tal como Miasato, Ferreira defende que as instituições de ensino na área da saúde devem ter um projeto educativo pautado na humanização e na análise crítico-política envolvida nos processo de trabalho deste tipo de trabalhadores.

Como apresentei no início deste capítulo, a genealogia do Hospital elaborada por Foucault (1979) demonstra que o hospital em seu princípio falava pouco de ciência e mais da hospitalidade caridosa com “moribundos” e outros “irmãos necessitados” que precisavam de um leito, um prato de comida e alguma atenção.

Padres e freiras ocuparam seus espaços com muito mais afincos neste período do que médicos e afins. A misericórdia fala do amor cristão com o próximo, fala da entrega, do martírio e da compaixão (Figura 4).

Figura 4: Profissionais da saúde representados como um anjo.



Fonte: Site do Governo do Estado da Bahia, 2022.

Neste caso, não podemos nos esquecer de que dedicar-se a acabar com a dor do outro, mesmo que impingindo a si mesmo as dores dos piores martírios é uma marca da ética cristã que faz do herói um mártir aceitando a dor em nome do amor. Destaco acerca da persistência de uma certa dinâmica assistencialista no contexto da saúde. Logo, evidenciam-se tanto narrativas heroicas quanto divinas, ambas operando em deslocar e sustentar a “doação” esperada por estas figuras não humano que se utilizam de seus dons divinos e mágicos para realizar milagres. (Figura 5).

Figura 5: Seleção de “anjos” da enfermagem



Fonte: Site do Conselho Federal de Enfermagem, 2017.

2.4 Da coletividade narrativa do amor e os modos de pertencer

Retomando como esse sistema afetivo se desenvolve na esfera política e social, Sara Ahmed (2015, p. 205) propõe pensar acerca de quando este objeto de amor é a nação, o país. Ela retoma que quando este órgão é incapaz de devolver os investimentos libidinais dos cidadãos, mais estes podem manifestar seu patriotismo, já que aí está inserida uma lógica de espera e de esperança em uma retribuição, muitas vezes, prometida. Tal funcionamento, estaria alicerçado na ideia do que poderia ter sido e, desta maneira, o amor segue sendo investido, ao invés, de reconhecer que o mesmo não está sendo devolvido. Esta esperança, muitas vezes, é depositada nas gerações futuras como uma forma desta fantasia de devolução se manter vívida no imaginário coletivo.

Por vezes, pertencer e ser “amado”, reconhecido em uma comunidade pode significar ou requerer assimilação e propagação dos ideais, normativas, postulados, tecnologias/dispositivos presentes ali. É por meio de um discurso de amor e de devoção que muitas dificuldades seja no que se refere ao trabalho, seja no que condiz ao pertencimento da estrutura hospitalar que sustenta a ambivalência cotidiana que o profissional da saúde vive em seu exercício profissional. Então, o amor a profissão legitima o sacrifício e, por vezes, sustenta a ideia de mártir.

Sara Ahmed (2015, p. 204) discute que quanto mais inalcançável for a obtenção desse ideal, mais forte será a sua narrativa e o investimento libidinal prestado para sua conquista. Em relação a isto, observa-se uma dicotomia ou ambivalência na expressão do amor. Caso o sujeito seja correspondido no seu investimento libidinal, poderá sentir que é amado, reconhecido, legitimado. Caso contrário, pode ocorrer uma intensificação deste afeto, no sentido que o sujeito ao não se sentir amado poderia amar ainda mais este objeto/aspiração. Assim, a dor de não ser correspondido faz com que mais este a deseje e ame mais o objeto almejado. Assim, é necessário mostrar a emoção “correta” para ingressar nesta comunidade (Ahmed, 2015, p. 209).

Com isso, podemos problematizar o quanto a percepção de pertencimento e de reconhecimento no ambiente hospitalar é perpassada por uma lógica produtivista. Exige-se a performance do “mito do super-herói do profissional da saúde”, ou seja, esse trabalhador incansável e inabalável. Este investimento físico, psíquico e emocional é um dos requisitos para a passagem no teste, na prova de

competência, de dedicação profissional e de merecimento em ser membro desta instituição de saúde que preza pela alta qualidade e pelo alto desempenho. Ressalta-se que tal ideal de excelência presente no contexto hospitalar caracteriza-se como um atributo inatingível, de forma que o trabalho nunca está bom o suficiente para ser reconhecido (Weber, 2008, p.125).

Um outro ponto importante levantado pela autora, refere-se que é a partir de uma afirmação, sustentação prévia deste objeto, aqui estamos pensando no hospital, que é possível que os ideais condicionantes para os membros desta comunidade possam ser requisitados. Assim, é por meio da valorização e reconhecimento social vinculado à produção de saúde em ambiente hospitalar que é possível que o mesmo estabeleça e sustente tais prerrogativas acerca da dinâmica e do modo ideal de trabalhar. Com isso, “as ações realizadas em nome do amor podem funcionar como formas de impor aos demais um ideal particular e, assim, requerer que os mesmos cumpram com um ideal se querem entrar nesta comunidade” (Ahmed, 2015, p. 2017, tradução nossa)²². Em consonância com a autora, busca-se problematizar os efeitos políticos e as relações de poder que narrativas em nome do amor podem propagar e/ou ocultar, já estes há tanto uma normatização dos ideais almejados quanto uma exclusão daqueles corpos/sujeitos que não conseguem performá-los.

Retomando como estas dinâmicas afetivas se expressam no contexto laboral hospitalar, ressalto os próprios relatos dos trabalhadores que estão presentes na dissertação de mestrado da psicóloga do trabalho Desirée Luzardo Bianchessi. Esta intitulada “Trabalho, saúde e subjetividade na diversidade de um hospital geral, público e universitário”, elenca algumas falas dos trabalhadores da área administrativa hospitalar, de modo a evidenciar as dinâmicas das relações hierárquicas. Entre elas:

- *Comparo o hospital com uma novela, os astros do hospital são os médicos e enfermeiras, eles tão mais em evidência, mas a gente também faz parte dessa história.* (Bianchessi, 2006, p. 80).
- *Quando tu diz que trabalha num hospital, todo mundo acha que tu é enfermeiro, as pessoas acham que no hospital só tem médicos e enfermeiros. Não tem higienização, não tem cozinheiro, não tem [...]* (Bianchessi, 2006, p. 83).

²² “En este capítulo, he ofrecido una crítica incisiva sobre la manera en que actuar en nombre del amor puede funcionar para imponer a otros un ideal particular al requerirles que cumplan con un ideal si quieren entrar a la comunidad” (Ahmed, 2015, p. 2017).

Não é incomum, principalmente, os funcionários ditos de apoio expressarem seu descontentamento em relação a um sentimento de não pertencimento à instituição. Dessa maneira, de acordo com a autora supracitada, entende-se que os trabalhadores que não estão na assistência direta ao paciente vivenciam processos de subjetivação atrelados a uma experiência de invisibilidade e de desvalor (Bianchessi, 2006, p. 84), que por vezes é reforçada tanto por colegas quanto pelos fluxos institucionais. Considerando que o sentimento de reconhecimento e de pertencimento é um aspecto importante tanto para a criação de vínculos nas relações de trabalho quanto na própria construção de um sentido/significado/valor que cada trabalhador atribui ao seu trabalho. Logo, torna-se importante pensar como essa não aprovação e não ingresso símbolo ao grupo hospitalar repete emocionalmente na saúde mental dos funcionários.

2.5 Alta performance hospitalar: pensando a deficiência, o capacitismo e o trabalho

A demanda por alta produtividade é um refinamento dos processos de subjetivação propagado pelas lógicas neoliberais no contexto de trabalho contemporâneo. No entanto, é válido mencionar que a construção de uma sociedade laborocentrada, apesar de antiga e muito bem fixada em nossas constituições psíquicas, não é a única via possível de se relacionar com o trabalho.

Em uma breve contextualização histórica, observamos que segundo os princípios do cristianismo “o trabalho foi associado ao castigo e sofrimento, mais ainda, castigo merecido, indiscutível, aplicado pela Divindade, e que acompanharia o Homem durante toda a sua existência” (Vieira, 2010, p. 351). Já na Grécia Antiga, o poeta Hesíodo considerava o trabalho como fonte de virtude e valor (Vieira, 2010, p. 351). Neste sentido, há múltiplas perspectivas em relação ao trabalho que variam de um caráter punitivo, penoso e inferiorizado para uma dimensão dignificante e valorizada socialmente.

Além destas concepções, destacamos as perspectivas afro-panorâmicas²³, tais como as citadas pelo pensador quilombola Antônio Bispo dos Santos (mais conhecido como Nêgo Bispo). Para Santos (2015, p. 85), o modo de subjetivação destes povos é biointeracionista, ou seja, há uma relação não extrativista com a natureza, de modo a haver uma cosmovisão de interação, de reciprocidade, de pertencimento, de cultivo e de proteção com a mesma. Assim, Nêgo Bispo entende que “as pessoas, ao invés de trabalhar, interagem com a natureza e o resultado dessa interação, por advir de relações com deusas e deuses materializados em elementos do universo, se concretizam em condições de vida” (Santos, 2015, p. 41). Desse modo, em relação à forma com que o trabalho é entendido por tal perspectiva, observamos uma distinção entre a produção a partir da terra como uma forma de castigo divino, tal como propagado pela matriz religiosa cristã, e entre uma dimensão de biointeração com a terra. A partir disso, percebemos como diferentes sociedades desenvolveram outras formas de se relacionar com o trabalho, de modo a ter outros valores como aqueles que organizam a vida em comunidade e em natureza.

Agora, considerando uma conjuntura contemporânea, de acordo com o filósofo brasileiro Renato Oliveira, Karl Marx nos Manuscritos Econômico-Filosóficos de 1844, caracteriza o trabalho como uma “auto-gênese humana, mediante relação recíproca com a natureza, que faz do homem não apenas um ser natural, objetivo, mas um ser natural humano, um ser para si próprio, um ser universal, genérico” (Oliveira, 2010, p. 74). Assim, para Marx, o trabalho é o meio pelo qual o homem desenvolve suas habilidades e suas capacidades criadoras e transformadoras da realidade, de modo a contrapor o trabalho animal ao trabalho humano. O animal apresenta caráter mais instintivo, enquanto o humano caracteriza-se como uma atividade consciente e intencional que visa a criação de algo novo. Deste modo, para o filósofo, é via trabalho que o homem se torna um ser social, portanto, humano.

Nesse sentido, o trabalho mecânico corresponde a uma atividade sem sentido, já que o trabalhador ao não poder expressar seu potencial criador, fica

²³ De acordo com Nêgo Bispo, as colonizações afro-pindorâmicas referem-se às influências culturais dos povos originários e povos africanos. Destaca-se que Pindorama (Terra das Palmeiras) era a denominação dada, pelos povos de línguas do tronco tupi-guarani, a extensão territorial que pós-colonização denominamos como América do Sul (Santos, 2015, p. 20).

restrito a uma condição de alienação e de subordinação ao capital. Assim, ocorre uma “mortificação do homem, cuja expressão máxima se revela na perda dos objetos de trabalhos e no próprio ato da produção, no qual o homem se sente fora de si, subtraído” (Oliveira, 2010, p. 74). Esta perspectiva sustenta a ideia de que a sociedade humana moderna é laborocentrada, pois o trabalho seria imprescindível para realização humana. Inclusive, podemos pensar que independente de diferentes regimes socioeconômico-político como o capitalismo e o socialismo, ambos levam em conta a força de trabalho como um dos elementos organizadores da sociedade e dos seus modos de subjetivação.

Considerando os ideais de alta performance laboral no contexto hospitalar, abordaremos de que forma este se vincula ao “mito do super-herói do profissional da saúde” tanto àqueles inseridos quanto àqueles que não correspondem aos padrões normativos e biopolíticos. Ao não se realizar as metas de produtividade institucionalmente estabelecidas, por vezes, manifestam-se, em colegas de trabalho deste funcionário que não entrega o “mínimo” esperado, gestos sutis e olhares insinuantes que denunciam um não “merecimento”, uma não correspondência entre o salário recebido e o trabalho prestado. Por vezes, escutam-se falas/discursos/narrativas que pregam a busca por “aperfeiçoamento” demonstrando a potente lógica do *self-made man*²⁴ presente nos mais diversos contextos laborais.

Caso, neste esforço empreendedor de si o trabalhador fracasse, o resultado serão más avaliações nas gestões por competências, punições, advertências até que, finalmente, este “incompetente” saia do hospital por iniciativa própria ou por desligamento/demissão. Não são incomuns os discursos acerca daqueles que “não aguentam”, “não suportam”, “não tem perfil” para permanecer neste local. Diante destas narrativas, geralmente, me recordo da teoria darwinista²⁵ acerca da seleção natural, já que, o que realmente se observa é a permanência dos “mais adaptados” aos modos de subjetivação presente nos hospitais. Podemos pensar que não cumprir as metas de produtividade almejadas, não desempenhar as atribuições das

²⁴ A expressão “*self-made man*”, foi preferida pelo abolicionista, estadista e escritor estadunidense Frederick Douglass, em 1885. Contudo, “esse termo volta a ser explorado no final do século XX, início do século XXI, agora se utilizando do termo empreendedor, tornando-se um dos mais potentes discursos que ajudaram a estabelecer o ambiente 24/7” (Garcia, 2021, p. 198).

²⁵ DARWIN, Charles. A Origem das espécies. Trad. Eduardo Nunes Fonseca. São Paulo: Folha de S. Paulo, 2010

funções estabelecidas legitimam lógicas necropolíticas²⁶ concretas e subjetivas por parte da empresa-hospital²⁷ e por parte do coletivo de trabalhadores.

Por vezes, temos a impressão que funcionários de cargos hierárquicos mais elevados não sofrem com tais dinâmicas, já que estão em uma condição maior de privilégio e de poder em relação aos demais colegas. Apesar de haver discrepâncias na forma com que estes são impactados (já que podem propagar lógicas exploratórias e dominantes neoliberais) em relação aos funcionários mais subalternizados, ressalto ser importante explorarmos acerca das formas de adoecimento psíquico que os atingem.

O ideal de excelência apresenta-se como um atributo inatingível, de forma que o trabalho realizado nunca será bom o bastante para ser reconhecido. Afinal, como diz a expressão popular “Nada é tão bom que não possa melhorar!”. A psicóloga organizacional Lilian Weber, em sua dissertação de mestrado intitulada “Subjetividade e trabalho: chefias intermediárias em contexto hospitalar”, estuda a forma com que chefias intermediárias de um hospital lidam com suas demandas concretas e subjetivas de trabalho. Neste escrito, a autora expressa que às chefias cabe a responsabilidade do cumprimento das metas de produtividade, da promoção dos valores institucionais, de mediar ordens de nível hierarquicamente maior com as demandas e as dificuldades cotidianas na relação com subordinados e com a assistência. Cabe ao gestor organizar os custos, definir a distribuição orçamentária do setor, definir prioridades e estratégias de trabalho. Desse modo, haveria uma dupla-cobrança de trabalho para as chefias intermediárias, às adjacentes da diretoria executiva e as dos subordinados. Assim sendo, Lilian Weber expõe:

A relação com seus pares é aparentemente harmoniosa, pois faz parte de seu papel evitar, prevenir e antecipar qualquer tipo de conflito. Entretanto seu cotidiano é carregado pela competição velada. Ao invés do confronto direto diz-se que cada um está buscando a auto-superação, que individualiza a busca pelo crescimento (Weber, 2008, p. 18).

A partir desse apontamento, buscamos ressaltar o quanto funcionários de cargos hierarquicamente superiores podem apresentar outras peculiaridades em

²⁶ O conceito de necropolítica foi cunhado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe em seu ensaio "Necropolítica: soberania, estado de exceção, população e democracia" (2003). O autor baseia seu conceito a partir da concepção de biopolítica de Michel Foucault. Este argumentava que o Estado moderno exerce o poder sobre a vida humana por meio de uma série de tecnologias, como a medicina, a educação e a segurança pública. A necropolítica, por sua vez, é uma forma extrema de biopolítica em que o Estado usa essas tecnologias para controlar a morte.

²⁷ De acordo com a psicóloga organizacional Lilian Weber, “as mudanças no campo da saúde resultaram no que hoje se denomina de ‘mercado da saúde’, sendo os pacientes, considerados como consumidores desta vasta e lucrativa indústria” (Weber, 2008, p. 75).

relação ao “mito do super-herói do profissional de saúde”, já que estes personificam a execução dos mais diferentes tipos de ação e necessitam lidar com expectativas e demandas institucionais, gerenciais, afetivas e tecnoassistenciais. Podemos pensar que este lugar de super-herói do gestor é intensificado, pois a inadmissibilidade dos equívocos se acentuam quando estes provêm, justamente, deste que deveria cuidar dos interesses das instituições e dos colegas de trabalho. Demonstrar fragilidade no trabalho é difícil, porém, pode ser ainda mais quando relacionado a isso estão gratificações financeiras, reconhecimento dos pares, disputas por poder, relações de competitividade e auto-afirmação. Weber (2008, p. 84), discute essa perspectiva ao pontuar que tal ambiente fragiliza os gestores, muitas vezes, estes devem contar apenas com seus próprios recursos psíquicos, sentindo-se limitados quanto a uma rede afetiva que acolha suas dificuldades e/ou auxilie na busca de soluções conjuntas. Em relação a isso, a autora expressa:

A dissimulação e o silêncio das chefias intermediárias são explicados pela ausência de espaços em que suas dificuldades sejam objeto de debate, de reflexão coletiva. Aliado a este fator, encontra-se o medo de tornar visíveis suas próprias dificuldades e que estas sejam atribuídas à incompetência (Weber, 2008, p. 85).

Além disso, considerando este contexto de alta produtividade e competitividade, podemos pensar que não apenas aqueles que não correspondem a estes ideais, mas inclusive os que atingem tais padrões impostos sofrem retaliações pelos colegas de trabalho. Aqui, observamos a operação dos extremos, quem está abaixo destas normativas é nomeado como “incapaz” e, com isso, é visto como aquele que sobrecarrega a equipe, já que esta deve conseguir absorver as demandas pendentes deste. Porém, os funcionários que apresentam um desempenho “além do esperado” e recebem algum tipo de notoriedade em seu trabalho acabam sendo vistos como “ameaçadores”, como aqueles que “sobem a régua” e tornam cada vez mais difícil o acesso às boas notas na gestão por competências.

Ou seja, não apenas aqueles visto como “incompetentes” podem disparar a intensificação de mecanismos filiativos²⁸ de defesa. Informalmente, para que alguém seja considerado como pertencente a este grupo, precisa-se ir além de “apenas” corresponder um alto grau de excelência no exercício técnico-laboral, é necessário também “jogar” com as disputas de poder, encontrar aliados, mapear oportunidades,

²⁸ Este conceito será melhor explicado posteriormente.

saber lidar com a ameaça despertada, de modo a não mostrar-se vulnerável, mas quem sabe “delicadamente-combativo”. Penso, que é a partir disso, que um maior grau de legitimidade e de reconhecimento pode ser desenvolvido diante de seus pares. Logo, o reconhecimento via trabalho é composto por vários fatores que não se restringem às práticas técnicas de trabalho.

Neste primeiro momento, quis explorar a figura daqueles nos quais são depositadas/esperadas altas expectativas quanto à melhora dos processos e do ambiente laboral. No outro extremo, quero ressaltar a figura daqueles a que não se espera nada, a quem, muitas vezes, pouco é investido afetivamente, já que não apresentam o mesmo nível de produtividade, estes, muitas vezes, são os funcionários reabilitados, as pessoas com deficiência. Ou seja, aqueles que nunca irão corresponder aos ideais corporativos e corponormativos.

A partir do Modelo Social da Deficiência, de acordo com Debora Diniz (2003), entendemos que a deficiência é :

[...] um fenômeno sociológico e não determinado pela natureza, a solução não deveria se centrar na terapêutica, mas na política. Os primeiros teóricos do modelo social definiam-se em oposição a todas as explicações individualizantes da deficiência, pois, a deficiência não deveria ser entendida como um problema do indivíduo, uma tragédia pessoal, mas consequência dos arranjos sociais pouco sensíveis à diversidade. (Diniz, 2003, p. 2)

Na tentativa das instituições se adequarem às demandas por espaço no mercado de trabalho, fomentado pelos movimentos sociais das pessoas com deficiência, surgem políticas públicas que visam a assegurar tais direitos. A Reabilitação Profissional, a partir desta perspectiva anticapacitista que foi sendo complexificada ao longo tempo, pode ser considerada como uma destas políticas que visam a oportunizar a (re)inserção ao contexto laboral, de modo a adequar o ambiente e as atividade de trabalho às características, às limitações e às potencialidades deste trabalhador. Assim, observa-se que:

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 *apud* Ramos, 2005, p. 36).

Contudo, ao considerar-se que o capacitismo é estrutural e estruturante, que este condiciona, atravessa e constitui sujeitos, organizações e instituições, de modo a criar um ideal de sujeito que performa e reforça os padrões normativos, pode-se

problematizar a relação existente entre o capacitismo e as práticas de aperfeiçoamento do sistema capitalista (Gesser; Block; Mello, 2020, p. 18). Com isso, é importante pensar em como o ideal de corponormatividade, corrobora, justamente, com essa perspectiva da excelência. A partir de uma concepção normativa das corporeidades e das habilidades cognitivas e emocionais, se concebe/propõe que a alta performance deve ser alcançada por todas as pessoas. Esta contraposição estabelece os limites entre o competente e o incompetente, entre o normal e o patológico, entre o bom funcionário e o mau funcionário.

Muitas vezes, notam-se movimentos/mecanismos/manifestações por vezes explícitas e por vezes sutis que expressam uma deslegitimação/invisibilização/julgamento das limitações apresentadas pelo trabalhador e, conseqüentemente, produtoras de adoecimento psíquico neste. De acordo com as psicólogas Ana Luisa Poersch, Márcia Ramos e Rosane Neves, no contexto laboral, observa-se que:

O próprio trabalhador adoecido também tem que ser ocultado, pois ele expressa, através de seu adoecimento, a fragilidade do trabalho em um espaço que não permite acolher as diferenças individuais. No entanto, o discurso socialmente construído e que circula informalmente nos mais diversos ambientes de trabalho, afirma que o bom trabalhador não pode se queixar. Não pode relaxar (nem descansar, nem fazer um trabalho insuficiente). Não pode sofrer. Não pode adoecer. Mas ele sofre, ele teme, ele cansa, ele adocece (Poersch *et al*, 2010, p. 138-139).

Assim, os valores de produtividade, de competitividade e de excelência vão se estruturando e se tornando enunciações da constituição psíquica dos trabalhadores. Criam mecanismos de reforçadores de discursos/lógicas capacitistas, a rigidez e o ideal normativo de corporalidade são inflexíveis com outros modos de trabalhar. Entende-se que o afastamento do trabalho é um processo doloroso em uma sociedade laborocentrada, já que perde-se um "lugar de reconhecimento social, de estar ativo, produzindo, colaborando, especialmente neste caso, em uma função socialmente importante: a de cuidar, de tratar, de auxiliar na cura de outrem [...]” (Poersch *et al*, 2010, p. 141). Contudo, o processo de subjetivação laborocentrada e as necessidades de subsistência, desenvolvidas pelo capitalismo, operam de forma a reafirmar que perder o espaço de trabalho assemelha-se a perder a própria humanidade. Logo, trabalhar pode ser considerado mais que um direito, mas também um imperativo.

As pessoas com deficiência e os profissionais reabilitados, de alguma forma, denunciam algo inadmissível no hospital ao, muitas vezes, personificarem a falha/o

erro/a incompetência/a improdutividade, neste local onde o erro, supostamente, inexistente. Assim, retomando o “mito do super-herói do profissional da saúde”, pergunto-me “Como é possível uma movimentação deste aparente paradoxo, onde, muitas vezes, o profissional da saúde reabilitado necessita retomar sua oferta de cuidado e de trabalho a partir da condição do seu próprio processo de adoecimento?”

Considerando tal problemática, a psicóloga do trabalho Ana Luisa Poersch em sua dissertação de mestrado, intitulada “Das (im)possibilidades no retorno às atividades: trabalho, subjetividade e reabilitação profissional”, destaca um grupo composto por reabilitados(as) de um hospital geral em seu processo de retorno ao trabalho. Poersch (2015) busca discutir a importância de um espaço coletivo de escutar, problematizar, tensionar, visibilizar, acolher e compartilhar a experiência de afastamento e de retorno ao trabalho a partir do adoecimento, do sofrimento e da proposta da criação de um novo modo de ser, estar e trabalhar. A autora elenca algumas falas das participantes do grupo sobre como estas estavam experienciando o retorno ao trabalho em uma condição de reabilitadas e, muitas vezes, sustentando para si e para os demais tanto suas restrições quanto o valor do seu trabalho. Assim, lê-se:

Claro, às vezes numa emergência, numa coisa né, eu não vou 'ah, eu não vou porque eu sou reabilitada, eu não posso tocar num balde nem num pano' não, numa hora de emergência a gente se submete né. Todo mundo junta ali e tu vai ficar só olhando, fica até uma coisa chata. E a gente mesmo começa a se retrair e se sentir mal nessa situação, porque às vezes tu quer dar tudo de ti sabe, e tu não pode (Poersch, 2015, p. 53).

Isso que ela falou de tentar fazer o que eu chamo da Lei da Compensação e da Recompensação, da "compensação" porque a gente quer fazer, e da "recompensação" porque a gente quer que as chefias vejam que tu tá tentando fazer (Poersch, 2015, p. 53).

A Lei da Compensação e Recompensação. Eu acho que invisibilidade na acepção do termo invisível. É invisível. Infelizmente, às vezes, até com a convivência da nossa própria chefia, porque elas poderiam dizer, poderiam marcar isso. [...] Ai eu tenho que me defender perante uns quantos, e já fica maculada a imagem. Toda a vida justificando, toda hora tem que. A colega sugeriu que no nosso crachá, uma colega nossa, no nosso crachá tinha que ter "reabilitado", tinha que estar escrito (Poersch, 2015, p. 54).

A questão da reabilitação na mesma área, pra mim, foi... é dia a dia, assim, diariamente, bem complicado, porque os colegas não têm uma interpretação que nem a gente tem quando vem aqui, um esclarecimento sobre aquilo ali. Então assim, por mais que tu te dê bem pra fazer a política da boa vizinhança, em algum momento, assim, vai acontecer de alguém falar alguma coisa assim "Ah, ela tá cansada, mas por que ela tá sempre cansada se ela não faz nada?", esse tipo de coisa "Ah, aparentemente bem

gorda e bem forte, mas não pode fazer nada”, tu entende? (Poersch, 2015, p. 55).

Além disso, é fundamental pensar de que forma tais discurso capacitistas operam quando as deficiências não estão marcadas nos corpos e, com isso, não são visíveis. Devido ao fato de haver um contexto social extremamente capacitista, e pelo fato de uma deficiência ou até mesmo algum transtorno mental não estarem marcados no corpo, o que ocorre, muitas vezes, é uma dupla violência, devido a deslegitimação dessas condições. Sobre essa certa “invisibilidade” que algumas deficiências podem apresentar, resalto o que a autora Itxi Guerra (2021) diz:

Able-passing é o termo que se usa no mundo anglo-saxão para referir-se àquelas pessoas que fisicamente “não parecem aleijadas”, o que é bastante violento, porque se nos nega a identidade de aleijadas fazendo parecer que temos os privilégios das não aleijadas. Quando realmente a maior violência é nos negar essa identidade (Guerra, 2021, p.7).

Ou seja, as pessoas correm o risco de serem novamente reforçadas em um lugar de exclusão, por serem consideradas como “não deficientes o suficiente” para receberem sua garantia de direitos, por exemplo. Assim, observamos que habitar um corpo com características físicas, intelectuais ou sensoriais distintas das estabelecidas pelas corponormativas expressa uma das muitas formas de estar no mundo (Diniz *et. al*, 2009, p. 64). A demarcação da diferença ou até mesmo a crítica que as pessoas com deficiência produzem nos modos de subjetivação e de funcionamento do trabalho pode ser recebida com hostilidade ou com negligência. Pensar nas condições laborais inclusivas de pessoas com deficiência é garantir acessibilidade a todos os tipos de corporeidades (Diniz *et. al*, 2009, p. 74).

Nesse sentido, pensando em consonância com os estudos anticapacitistas, considero que um dos principais tensionamentos propostos pelas teóricas femininas da 2º Geração do Modelo Social da Deficiência, se refere à ética do cuidado²⁹ e a uma noção de interdependência dos sujeitos. Esta perspectiva questiona concepções neoliberais de independência e de individualidade. Assim sendo, as autoras Karla Garcia Luiz e Thaís Becker Henriques Silveira, no texto intitulado “Pessoas com deficiência e (inter)dependência: uma perspectiva da ética do cuidado para a promoção de justiça social”, abordam que:

[...] embora almejamos com frequência a independência pessoal (em diversos aspectos da vida), o que existe é um “mito do sujeito independente” nas sociedades modernas e capitalistas, pois nunca somos

²⁹ Esta abordagem será melhor desenvolvida posteriormente.

completamente independentes. A invenção do sujeito independente é uma criação do capitalismo e repensar o cuidado numa perspectiva ética e emancipatória nos obriga abandonar a ideia de algo individual, restrito ao sujeito e ao infantil. (Constantino *et al.*, 2020; Kittay *et al.*, 2005 *apud* Luiz; Silveira, 2020, p.118).

Assim, é possível perceber que estas teóricas buscam criar uma dobranesses discursos dominantes que “eu sou o que eu faço/produzo” e que o maior objetivo de cada pessoa seria ser independente. Nesse sentido, há um deslocamento no intuito de valorizar as pessoas pelo que simplesmente são, sem pensar se são produtivas, sem desqualificar aqueles que não trabalham como “inúteis”. Além disso, há a concepção da interdependência que busca resgatar o quanto estamos inseridos em redes que se interconectam e possibilitam a nossa existência física e psíquica. Pois, de alguma forma, pessoas com deficiências, principalmente as mais graves, contariam a concepção capitalista que coloca o trabalho como aquilo que constitui e valora o sujeito. Então, se uma pessoa não representa potencialidade de ser mão-de-obra, se ela não consegue se inserir nesse sistema de reconhecimento social que se embasa na própria produção/produktividade, o que geralmente acontece é sua marginalização/exclusão. Porém, busca-se produzir deslocamentos que valorizem as pessoas pelo que simplesmente são, sem pensar se são simplesmente produtivas e/ou eficientes, sem desqualificar aqueles que apresentam outras formas de trabalhar e de viver.

De acordo com a psicóloga brasileira Geni Núñez, visando tensionar as estruturas coloniais a partir da perspectiva dos povos originários, se faz necessário lançar foco tanto para esta ilusão de independência quanto para o impacto das lógicas binárias e o conseqüente apagamento das multiplicidades. Assim, ela diz: “Liberdade não é escolher entre as opções que a colonialidade nos dá, mas ter a coragem e ousadia de poder questionar sua própria oferta” (Lessa, 2021, p. 50).

A partir desta discussão, buscamos refletir que no contexto laboro-hospitalar existem outras narrativas político-afetiva que ultrapassam o discurso do amor e do ódio. A vergonha e a culpa podem ser alguns destes tantos outros afetos produzidos pelos processos de subjetivação presentes neste ambiente hospitalar que é produtivista e neoliberal. Para embasar tal perspectiva, salientamos que a psicóloga do trabalho Márcia Ramos, expõe que:

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” (Ramos, 2005, p. 11).

A figura do erro é um grande temor³⁰ dos profissionais da saúde, de modo que tanto aqueles que apresentam um super-investimento institucional quanto aqueles sub-investidos emocionalmente envergonham-se e culpabilizam-se de suas fragilidades em um ambiente onde apenas o paciente pode ser vulnerável. Assim, buscando evidenciar isso, ressalto a fala de uma das chefias entrevistadas pela psicóloga Lilian Weber (2008, p. 104), que diz:

“O hospital é muito plural, então são muitas demandas e tu pensas em nem trabalhar mais em um. Não sei se é porque no hospital tu lidas com vidas e aquilo ali pode implicar em erro, em morte, isto se torna mais pesado que em outras empresas, não sei... na área da saúde isto parece mais premente: uma coisa que tu não fizeste te dá uma culpa...” (E12).

Assim sendo, analisamos a presença destes afetos nas múltiplas faces desta mesma moeda gerencial, já que chefias, reabilitados e pessoas com deficiência, guardadas as suas devidas proporções, experienciam, por vezes, um campo afetivo-narrativo bastante próximo.

³⁰ O medo também pode ser considerado inserido nesta lógica político-afetiva.

3. POR UMA LÓGICA DE PERTENCIMENTO INSULAR

Retomando a ideia apresentada na introdução, acerca da produção de um tipo de conhecimento, de um tipo de vinculação com o trabalho e com o ambiente hospitalar que seja mais fluída e receptiva a outros modos de pertencimento, proponho uma reflexão a partir da obra de Édouard Glissant. Este escritor, filósofo e poeta martinicano, introduz uma série de conceitos voltados à criação de uma poética da relação fundamentada na abertura para a diversidade e para a pluralidade. O intuito é, justamente, fomentar/provocar/analisar/criar outras formas de relação, de contato entre profissionais da saúde e entre estes e pacientes, de modo a possibilitar outras dinâmicas, outros compartilhamentos do espaço hospitalar para além de uma lógica disciplinadora, reguladora, coercitiva e punitiva.

Para que uma poética da relação e da diversidade seja possível, é necessário esforço e desejo de investir em uma “relação transversal, sem transcendência universalista” (Glissant, 1981, p. 190 *apud* Lima, 2016, p. 8). Assim, Glissant constrói tais ferramentas analíticas com o objetivo de pôr em pauta a discussão sobre identidade e sobre concepções étnicas baseadas em preceitos racistas e discriminatórios. A esta noção de oposição à unicidade e à universalidade, de fomento ao intercâmbio e ao encontro com uma alteridade a partir de uma disponibilidade e de uma permeabilidade expressa a nominada “identidade-rizoma” (Lima, 2016, p. 7). Nesse sentido, o autor propõe a noção de crioulização como uma perspectiva rizomática³¹, de modo a não existir um único ideal, uma única identidade que seja supostamente mais legítima, superior às demais.

De acordo com Andrei Lima (2016), estudioso do pensamento glissantiano, tal autor apresenta três dimensões constituintes e interdependentes da poética do Diverso que são: a paisagem, o tempo e a linguagem. A primeira está envolvida com a ideia de lugar, de espaço, considerando como ocorrem os entrecruzamentos a partir de fragmentação territorial e cultural, esta interação pode produzir multiplicidade e transformação. Seria, então, o que Glissant denomina como “errância”, ou seja, esta não fixidez e rigidez a um determinado espaço como se este apresentasse apenas uma única verdade histórica. Para ele, observa-se, ao estudar historicamente os territórios, o quanto estes são permeados por

³¹ Este conceito será aprofundado posteriormente.

inter-relações étnico-culturais, de modo a não existir, de fato, nitidez, transparência, genuinidade ou pureza. Esta concepção contrapõe os discursos hegemônico-colonialistas que sustentam a supremacia branca e que reafirmam estruturas de poder discriminatórias e totalizantes. Logo, a paisagem é o movimento em direção a uma concepção múltipla e rizomática.

Então, seria pelos encontros, pelas similitudes e acordos mas também pelos desencontros, pelas diferenças e pelas rupturas que poderiam se dar nessas interações. Isto é, a partir de uma relacionalidade não unívoca é possível desenvolver e configurar uma fragmentariedade e uma descontinuidade capaz de sustentar pluralidades, arquipélagos de vinculações não hierárquicas e não excludentes. Dessa maneira, a figura dos territórios insulares é importante na obra glissantiana, pois está relacionada ao entendimento que “todo pensamento arquipélago é pensamento do tremor, da não presunção, mas também da abertura e da partilha” (Glissant, 1997, p. 231 *apud* Lima, 2016, p. 8).

Com isso, a aposta do autor (e a nossa também) é fomentar a produção de relações mais fluidas no que tange a derivações hierárquicas sócio-históricas construídas em premissas segregacionistas. Assim, como já exposto em outros momentos deste escrito, propomos que nos arrisquemos em outras formas de vivenciar e de construir o ambiente hospitalar. Apesar deste movimento configurar-se em um grande desafio, em uma grande ruptura, entendo ser válida a tentativa, a reflexão que tais tensionamentos e alterações micropolíticas buscam incitar.

Uma das experiências mais interessantes que tive durante minha prática de estágio foi realizar, tal como na minha lembrança de criança, uma visita pelas dependências do hospital guiada pela minha supervisora. Nossa caminhada era intitulada por “Passeando com Foucault”, seu objetivo era fomentar uma reflexão quanto à disposição arquitetônica do hospital em que nos encontrávamos, e de que forma estavam presentes os discursos de verdade e as disputas de saber-poder. De fato, o que estávamos realizando era um processo cartográfico, era um passeio com Foucault, Deleuze, Guattari e tantos(as) outros(as) autores(ras). Primeiramente, durante nosso percurso, fomos para o andar mais alto e de maior prestígio no hospital. Neste andar, encontrava-se o bloco cirúrgico do hospital. Lá era o chamado

“Olimpo”, habitado por “deuses” ou “semideuses”³². Assim, das cirurgias realizadas, surgiam histórias míticas, heróis, jornadas épicas, etc. O intuito não é desvalorizar o trabalho ali realizado, porém tensionar as produções discursivas decorrentes deste local, deste tipo de trabalho. Dessa maneira, íamos conhecendo, em um movimento descendente, as diferentes especialidades, os diferentes “submundos” ou “ilhas” que ali se encontravam.

Em último lugar, conhecemos a fábrica-hospital. Entre o primeiro andar e o subsolo, estava localizada a maior parte da equipe de apoio, entre estes estão: o pessoal do almoxarifado, o da manutenção, o da nutrição, o da higienização, etc. É neste ambiente, que pode-se contatar o caráter fabril do hospital, pode-se perceber a grandiosidade de máquinas, de tubulações, de materiais e encontrar os funcionários que trabalham para possibilitar a estrutura assistencial ao paciente. No subsolo, encontram-se também o SMO e outras áreas do SESMT. Além de pensar acerca de uma menor visibilidade e destaque dada à área da Saúde do Trabalhador, em relação aos outros locais na instituição (tal como discutido e problematizado durante este passeio) penso o quanto esta disposição física corrobora para o “mito do super-herói do profissional da saúde”. Aqueles que se encontram doentes fisicamente e/ou emocionalmente buscam assistência no SMO, este encontrando-se em um local mais afastado, menos movimento e mais escondido institucionalmente. Novamente, retomamos o quanto:

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 (Ramos, 2005, p. 11).

Retomando Glissant, a segunda dimensão abordada por ele é a temporal. Esta vincula-se às noções de memória e de pertencimento. O passar do tempo é um dos fatores que moldam as noções históricas e as supostas verdades e entendimentos que se consolidaram. O tempo é também história. Pode ser concebido enquanto linear, olhado de modo retroativo a erigir um mito de origem e uma sucessão de fases que predizem movimentos considerados de evolução ou de decadência. Contudo, a aposta do autor em relação ao tempo não está na linearidade ascendente ou descendente, nas origens e fins, pelo contrário, está na potencialidades de devir que o mesmo também apresenta. Ou seja, é a partir da

³² Devemos nos atentar que a própria mitologia grega apresenta uma dimensão hierárquica no seu panteão.

possibilidade de transformação, de devir que é possível tanto tensionar os modos de relações atualmente constituídos quanto de criar outras formas de traçar uma memória intercultural e plural. Em relação a este aspecto, muitas vezes nas instituições uma das grandes conquistas de cada trabalhador se refere ao tempo de permanência naquela instituição: ele agrega recursos financeiros e subjetivos, seja pelo reconhecimento, a legitimidade e o poder perante colegas que este possa ter desenvolvido durante estes anos.

Ainda, para além do contexto sócio-histórico do hospital já discutido neste escrito, outro ponto relevante se trata de como a temporalidade neste local é experienciada pelos trabalhadores. Não é incomum o relato de permanecer preocupado, angustiado, enfim, não conseguir descansar devido às situações vividas no trabalho. Há um sentimento de extrapolação temporal associada à sobrecarga e à intensidade emocional vivida no trabalho realizado na área da saúde. Esta demanda por alta produtividade e por alta performance, enfatizada pelos processos de gestão e vinculada ao ideal de doação amorosa irrestrita, demanda por parte do profissional uma disponibilidade de “30 horas por dia”³³.

Outra percepção temporal pode ser analisada a partir da relação com o período de permanência no hospital. Ou seja, a passagem do tempo é percebida de forma distinta entre pacientes e trabalhadores, já que estes apresentam um caráter de continuidade neste ambiente³⁴. Podemos acrescentar que alguns dos relatos, por parte dos funcionários, que presenciei durante minha prática de estágio, estavam relacionados com o tipo de vínculo empregatício. Assim, aqueles que haviam tido uma experiência de trabalho como contrato temporário, geralmente, apresentavam mudanças acerca do seu entendimento e da sua maneira de vivenciar o hospital quando eram efetivados definitivamente. Penso haver alguma dinâmica singular no modo de se relacionar quando se há um “prazo de validade” bem estabelecido, logo aquilo que é (in)suportável costuma oscilar bastante entre os vínculos de trabalho.

³³ As autoras Lílian Weber e Carmem Grisci, no artigo intitulado “Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar”, relatam haver usado como proposta de intervenção, para um grupo de chefias intermediárias, o recurso fotográfico. Foi proposto que cada participante capturassem algumas imagens de situações e/ou objetos que lhe remetessem ao hospital. Em uma das imagens, realizada por um dos membros do grupo, vê-se uma placa com o slogan comercial de um banco que dizia “30 horas”.

³⁴ Esta perspectiva encontra-se exposta na dissertação de Desirée Luzardo que também utilizou como disposto recursos fotográficos. Uma das imagens apresentadas consistia em um ônibus que expressava a discussão entre a diferença de transitoriedade entre funcionários e pacientes, tal qual a relação entre o motorista de ônibus e seus passageiros.

Por último, para Glissant, a dimensão da linguagem está atrelada ao multilinguismo. Este é o meio pelo qual os diálogos culturais poderiam se dar, seria onde a “crioulização” se concretiza, onde as culturas se encontram para a abertura e produção de “pensamento-arquipélago”. Portanto, entende-se que:

O Diverso cria um lugar discursivo e epistemológico de onde surgem novas significações para os contatos interculturais: a ‘multirrelação’ que descreve a diversidade étnica e cultural, a “identidade-rizoma” que supera as noções de origem e unicidade num processo intelectual de sedimentação da memória em torno de um imaginário aberto para o infinito (Lima, 2016, p. 13).

Tal como o multilinguismo exposto pelo autor, podemos pensar as especificidades das linguagens técnicas de cada área profissional, com suas criações particulares de narrativas, de discursos de saber-poder como um aspecto muito característico do ambiente hospitalar. Logo, o desafio tal como discutido nestes conceitos é propor uma outra forma de relação entre os sujeitos, entre os profissionais da saúde.

Uma estratégia para tal empreendimento, segundo Glissant (2021), é o estabelecimento de relações opacas. Para o autor, no cerne do pensamento ocidental está a transparência. Ao se reivindicar um direito à opacidade, se quer resguardar um modo de ser singular sem reduzi-lo às formas de compreensão dominantes. Com isso, não se busca compreender, explicar um modo de ser e existir, mas, de fato, estar aberto para entrar em relação com o diverso. Ao relativizar as certezas, as verdades dadas e transparentes, cria-se a possibilidade de inter-relações não hierárquicas e discriminatórias. A aposta metodológica é que o grupo possa se configurar como um dispositivo produtor tanto do rizoma quanto da opacidade.

Ursula Kroeber Le Guin, autora e escritora estadunidense conhecida por suas obras de ficção especulativa, discute acerca dos modos como narramos nossas histórias e nossas origens, de modo a provocar uma reflexão acerca dos discursos mitopoéticos heroicos dominantes e de como estes (re)produzem uma sociabilidade hierarquizante e excludente. Podemos tomar este exercício da fabulação especulativa proposto pela autora sobre as *killer stories*³⁵ não enquanto uma hipótese sobre a origem da contação de histórias ou mesmo da forma com que as sociedades humanas se organizavam a partir de uma perspectiva evolucionista. Na verdade, refere-se a um esforço imaginativo que problematiza as projeções de

³⁵ “História do assassino” (tradução própria).

nossa sociedade ocidental-moderna desde suas lógicas patriarcais e de que forma esta construiu seus mitos. Ou seja, Le Guin propõe a fabulação como forma de criar outros mitos, outras lógicas, outros discursos e outras formas de relação que possam contrapor as vigentes. Afinal, percebemos que há uma inter-relação na forma com que narramos nossos mitos/histórias e na forma que narramos a nós mesmos.

Assim, ela destaca a criação das *killer stories* como um recurso narrativo emocionante e glorificador da figura do caçador, de modo a fazer da caçada um ato heroico. A lembrança e o reconhecimento são obtidos por meio destes atos de bravura. Aqui, lembro a partir da mitologia grega uma série de personagens popularmente conhecidos como, por exemplo, Aquiles³⁶ dentre outros, que adquirem status de herói e imortalizaram seu nome na história. É, justamente, essa a problemática suscitada por Le Guin, ou seja, quem são os personagens que serão glorificados, lembrados, celebrados pelas gerações futuras? Serão os heróis, os guerreiros, os caçadores? Serão a maior parte dos humanos da época que eram coletores e que contribuem para a sobrevivência da espécie? Ou serão a maior parte de camponeses que pereceram pela Guerra de Tróia ou pelos impactos da mesma?

Le Guin problematiza o quando o discurso patriarcal se atrela a estas narrativas de morte, de armas, de saque, de assassinato e de heroísmo. Em contraposição a isso, ela propõe as *life story*³⁷ vinculada a *Carrier Bag Theory*³⁸, que argumenta sobre o cesto, o recipiente como o objeto que teria ajudado na subsistência humana, já que teria auxiliando no recolhimento e no armazenamento de grãos e raízes. Associado a isso, Le Guin entende que as histórias, ou seja, a transmissão de conhecimento, seria como esse recipiente fundamental para as civilizações humanas.

Este objeto é portador e guardião de histórias, narrativas, discursos. Porém, mais que isso, a perspectiva da cesta remete a ideia de inter-relação dos objetos que ali estão. O herói não suporta essa condição, essa partilha entre os objetos, porque se pretende superior, insuperável, incapturável, etc. O herói se, de fato, é um ser humano, partindo de princípios psicológicos e biológicos básicos, se supõe a

³⁶ PINHEIRO, Victor Sales. O páthos trágico de Aquiles. Archai n. 7, jul-dez 2011, pp. 87-93. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5861/586161967009.pdf>>. Acesso em: 12 no. 2023.

³⁷ "História Vital" (tradução própria).

³⁸ "Teoria da Cesta" (tradução própria).

existência de respostas emocionais e necessidades fisiológicas. Contudo, ele é fadado ao combate e à guerra, dificilmente, é permitido ou esperado que este possa sentir medo, frio, fome ou chorar de aflição. Talvez, nossa pretensão, enquanto civilização, é, justamente, buscar não ser humano. Tais ideias de heroísmo se configuram como violentas e desumanizantes. Bem, este é o cotidiano do trabalhador hospitalar imbuído de sua meta de cumprir o “mito do super-herói do profissional da saúde”.

Para seguir nesta perspectiva analítico-discursivo-crítica, retomo a obra glissantiana mais especificamente sua discussão acerca dos conceitos de “Extensão” e de “Filiação”. Para Glissant (2021), o herói é aquele que se sacrifica para construir um legado, de modo a criar e sustentar uma narrativa trágica, tal como exposta por Le Guin, sobre o modo de pertencimento dos descendentes, seguidores, discípulos deste herói. Esta é a dinâmica da filiação, estabelecer provações à beira da violência desumanizante, de modo a “filtrar” aqueles dignos de pertencer e de se relacionar com “seres superiores”. Assim, Glissant diz:

Existe, então, no mito, uma violência oculta, que se prende nas malhas da filiação e que recusa absolutamente a existência do Outro como elemento de relação. O mesmo acontece com o épico, que singulariza uma comunidade na ligação com o Outro, e não pressente o ser senão em si mesmo, por não vê-lo jamais como relação (Glissant, 2021, p. 76)

A cadeia da filiação passa por dimensões religiosas, científicas, comunitárias, com isso, observamos que esta pode ser considerada como um processo de subjetivação, já que modula e prescreve modos de ser/estar no mundo. Tais dinâmicas operam criando identidades coletivas a partir do estabelecimento de “quem somos, sabemos quem não somos ou quem não queremos ser”. Isto é, cria-se uma pressuposição da possibilidade de uma transparência (inteligibilidade-domínio total) sobre quem se é e sobre quem são e como são “os outros”. As bases dos princípios de pertencimento filiativos rechaçam a fragilidade, a opacidade e a multiplicidade. Com isso, entendemos que a concepção de identidade está vinculada aos mitos de criação do mundo, de modo a glorificar, a legitimar e a ocultar a violência presente nas relações filiativas. A identidade-raiz está relacionada ao pensamento continente e à filiação, ao invés disso, a identidade-relação está relacionada ao pensamento arquipélago e à extensão (Santos, 2019, p.74).

Ao contrário disso, a extensão busca uma comunidade que se relacione a partir de uma territorialidade errante, opaca, múltipla, “desfiliativa” que, tal como proposto por Le Guin, suporte, tensione e reafirme que, ao fim, “estamos/somos (farinha)³⁹ todos no mesmo saco”, isto é Poética da (inter) Relação. Para o autor, o trágico⁴⁰ refere-se à ameaça ou à percepção de ruptura da cadeia filiativa. Tal acontecimento significa a perda de legitimidade criada pelas narrativas heróicas. Logo, “se a legitimidade é rompida, a cadeia da filiação não tem mais sentido e a comunidade erra pelo mundo, sem mais poder reivindicar uma necessidade primordial” (Glissant, 2021, p. 78). No hospital, podemos pensar nos “maus profissionais”, nos reabilitados, nos medíocres. No intuito de contrapor as dinâmicas filiativas de pertencimento vividas no ambiente laboral hospitalar, de acordo com Glissant, propomos que:

Contra essa transparência redutora existe uma força de opacidade em ação. Não mais aquela que encobria e reativava o mistério da filiação, mas uma outra: manejando as suculências ameaçadas que se reúnem (sem se unirem, ou seja, sem se fundirem) na extensão da Relação (Glissant, 2021, p. 89).

3.1. Extensões do coletivo: Afinal, por que oficinas?

A partir de todas essas tramas do heroísmo, do trabalho e do pertencimento presentes nas instituições hospitalares, impulsionei em meu local de estágio a discussão de uma vaga possibilidade de criação de oficinas temáticas, de modo que estas pudessem servir como dispositivos mediadores para os debates e as reflexões envolvidas no cotidiano do trabalho. Desse modo, para justificar a minha proposta de trabalho e de intervenção, iremos discutir mais aprofundadamente acerca dos grupos/coletividades e, principalmente, os conceitos de grupo, dispositivo e grupo-dispositivo.

Regina Benevides de Barros, psicóloga brasileira, trabalha com uma perspectiva não dicotômica entre indivíduo e grupo. De fato, a autora discute acerca da construção desta binariedade entre o individual e o coletivo a partir de uma perspectiva semelhante ao movimento genealógico foucaultiano. Nesse sentido,

³⁹ Tal como na expressão popular. Esta ideia pode ser dobrada/vinculada à proposta de Le Guin.

⁴⁰Glissant distingue duas dimensões do trágico, no qual uma está vinculada ao modo extensivo e a outra ao modo filiativo. O trágico extensivo é mundano e cotidiano, diferentemente da tragicidade sagrada ou filiativa que pretende revelar a verdade transparente. Este não revela uma verdade final ao modo do apocalipse, mas antes muito pelo contrário, ele constantemente desfaz certezas, separações, territórios, em uma errância constituinte do extensivo.

retoma diferentes perspectivas teóricas atreladas aos grupos. A autora argumenta como o grupo foi sendo produzido como um intermediário na relação indivíduo-sociedade, de modo a apresentar uma dimensão essencialista, denotando um caráter de “totalidade” e “exterioridade”, em contraposição, ao enfoque individual “unitário” e “interiorizado” (Barros, 1993, p. 146-147). Tal divisão apresenta-se desde uma perspectiva platônica e dualística do mundo, sendo seguida no Modernismo, nos séculos XVII e XVIII, pelos iluministas e pelos positivistas, estas correntes de pensamento buscavam concepções de clareza, ordem, consistência como formas de progredir socialmente (Schroeder, 2006, p. 28). Assim, esta lógica binária entre indivíduo-sociedade, um-todo, mente-corpo, subjetividade-materialidade, natureza-cultura, sujeito-objeto, razão-emoção, ciência-política e etc., é bastante antiga.

Ao pensar acerca de propostas de trabalho e de intervenção psicológica coletivas, nos deparamos com muitas perspectivas diferentes. Neste trabalho iremos dar ênfase nas peculiaridades da Socioanálise ou Análise Institucional (AI). Esta apresenta, como grandes expoentes, René Lourau e Georges Lapassade, de modo a criticar modelos psicossociológicos franceses e americanos. Os socioanalistas desenvolveram uma abordagem que ressalta questões políticas e institucionais nos trabalhos grupais e, em comparação a outras vertentes, com menor ênfase na discussão das técnicas (Barros, 2004, p. 71). Pode-se dizer que este movimento está mais interessado em analisar os efeitos destas coletividades no âmbito da organização das instituições. Assim, propõe-se uma análise coletiva, de modo a indagar, investigar, problematizar, analisar a história, os objetivos, a estrutura e o funcionamento da organização, de modo a estabelecer e questionar os “não ditos” da instituição (Pereira, 2007, p. 10). Logo,

Se tomarmos a questão pelo eixo da história, por suas condições de emergência, o grupo não mais será olhado/utilizado como algo-em-si, mas como dispositivo criado, que põe algo em funcionamento. Neste sentido, o grupo não seria nem bom nem mau. A denúncia empreendida pelos socioanalistas nos possibilitou resgatar o aspecto não natural do grupo (Barros, 2004, p. 75).

A perspectiva institucionalista acrescida do pensamento de autores como Michel Foucault, Félix Guattari, Gilles Deleuze e outros, incita uma proposta de intervenção coletiva que opere com os processos instituídos/cristalizados nas instituições, nos modos de tornar-se coletivo e tornar-se sujeito. Assim, entendemos o quanto o grupo, o indivíduo e a sociedade são construídos a partir de em

processos de subjetivação decorrentes de um tipo de funcionamento capitalístico, de modo a prevalecer “representações universalizantes e totalizantes” (Barros, 1993, p. 151). Porém, quando o grupo deixa de ser tomado a partir da maneira com que os indivíduos se organizam socialmente e passa a ser visto como um dispositivo, é que surge a possibilidade de produzir multiplicidades, heterogeneidades, deslocamentos e devires. Nesse sentido, Regina Benevides de Barros propõe o espaço coletivo como um dispositivo. Ou seja, uma ferramenta capaz de promover movimentações daquilo que é naturalizado, daquilo que é dito e afirmado como natural, de modo a produzir novos sentidos, espaços e pertencimentos coletivos. Assim, a autora diz:

O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos. Ele é feito de conexões e ao mesmo tempo produz outras. Tais conexões não obedecem a nenhum plano predeterminado, elas se fazem num campo de afecção onde partes podem se juntar a outras sem com isso fazer um todo. O dispositivo está sempre referido a um regime de enunciação operando sentidos diversos (Barros, 1997, p. 189-190).

Aprofundando o entendimento acerca do conceito de dispositivo, de acordo com Gilles Deleuze (1990), Foucault elenca três dimensões distintas deste. A saber, as curvas de visibilidade, as curvas de enunciação e as linhas de forças ou a “dimensão do poder”. As curvas de visibilidade se referem ao invisível e ao indizível, já as curvas de enunciação estão vinculadas àquilo que se torna dito/legitimado ou que varia conforme às disputas de poder-saber, esta dimensão caracterizando, então, as linhas de forças. Assim, lê-se que:

Os dispositivos têm, então, como componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, de fissura, de fratura que se entrecruzam e se misturam, enquanto umas suscitam, através de variações ou mesmo mutações de disposição (Deleuze, 1990, p.157-158).

A partir desta concepção, podemos dizer que o dispositivo se refere a uma linha/um processo de subjetivação no qual se operam diferentes forças/linhas, de modo a criar um campo político-afetivo que está em um constante (re)modelamento devido a estas disputas por poder e por legitimidade. Para Barros (1997, p. 102), Deleuze problematiza que as linhas de subjetivação poderiam ser consideradas como as bordas, os limites, as passagens entre um dispositivo a outro. Ainda de acordo com a autora, o grupo-dispositivo opera como uma forma de enunciar outras formas de visibilidade e dizibilidade, de modo a cartografar dentre as linhas de subjetivação um outro jogo de forças que permita produzir rachaduras e visibilizar e,

então, enunciar o que já se fazia presente ali. Logo, é a partir do tensionamento e da manipulação destas linhas que podem formar novos dispositivos. Assim, ela diz:

Sempre haverá linhas de subjetivação disponíveis que flutuam dependendo da composição de forças em jogo. As linhas de subjetivação, como processo que são, se fazem no dispositivo para que ele as mantenha ou as descarte. Assim, linhas de subjetivação menores, parciais, poderão se fazer no dispositivo-grupo desmanchando o modo-indivíduo (Barros, 1997, p. 103).

A proposta de Barros, de Foucault, de Deleuze, de Guattari, dos socioinstitucionalistas, dentre outros, é (re)inventar dispositivos, por meio de uma (re)configuração destas linhas de modo a escapar e desviar, tal qual uma linha de fuga. Busca-se que este sujeito ao subjetivar-se, ao individualizar-se escape, em alguma medida, tanto às forças estabelecidas quanto aos saberes constituídos (Deleuze, 1990). Desse modo, ao conceituar o grupo-dispositivo, Barros (1993, p. 152) expõe que o grupo, assim produzido, como dispositivo analítico, funciona como uma ferramenta capaz de romper com antigos padrões naturalizados e fomentar novos processos de subjetivação, tal como uma máquina produtora de mutações, de porosidades, de rupturas e de desvios. A esta potência criadora se denomina agenciamento, já que os sujeitos se tornam mais agentes/ativos/implicados em um processo de desnaturalização dos modos de viver/sentir e em produzir deformidades/dobras nestes territórios subjetivantes já constituídos/instituídos.

Atravessando minha proposta de invenção coletiva existia um receio de um novo “fracasso” dos grupos, tal como minhas experiências anteriores. Pensamos que mudar a metodologia pudesse auxiliar no engajamento dos participantes e, com isso, afastar um possível temor, por parte dos funcionários, de exposição que poderia estar atrelado ao dispositivo de rodas de conversas. Assim, em uma aposta alternativa, pensamos em construir oficinas temáticas, de modo que estas envolvessem o cenário político-afetivo-narrativo hospitalar e que perpassassem diferentes cargos e funções de trabalho. Nesse sentido, queríamos construir um espaço de compartilhamento e de confiança, visto como um ambiente minimamente seguro, no qual fosse possível e legítimo expor e sustentar a própria fragilidade diante dos inúmeros desdobramentos psíquicos e institucionais envolvidos na atuação do profissional da saúde.

Um dos referenciais teóricos balizadores da ideia do projeto de oficinas foi a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta aposta na inclusão de trabalhadores, de usuários e de gestores na produção e na gestão do cuidado e dos processos de

trabalho (Brasil, 2013). Nesse sentido, um dos incentivos da PNH consiste em fomentar a participação dos trabalhadores na discussão e na organização dos processos de trabalho, de modo que os mesmos atuem como agentes ativos e corresponsáveis pelo desenvolvimento do mesmo. Outro referencial teórico utilizado foi o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), já que ele se apresenta como um dispositivo da PNH. Este tem como objetivo promover um espaço de formação fundado no diálogo permanente entre diferentes trabalhadores e no compartilhamento de seus distintos saberes (Brasil, 2011). Ou seja, pretende-se uma construção coletiva tanto dos processos de trabalho quanto de ferramentas de análise e de transformação das condições geradoras de sofrimento e de adoecimento laboral, de modo que possibilitem novos modos de produção de saúde e de trabalho.

Pensar em saúde e em cuidado para o trabalhador é perguntar-se acerca dos dispositivos regulamentadores e disciplinadores que perpassam e constituem a história da Psicologia, da Clínica, da Medicina, da Saúde do Trabalhador, do trabalho, etc. Retomando a concepção de saúde-doença de Georges Canguilhem, é válido lembrar que aqueles que fogem às normas também podem ser considerados como disruptivos em relação a uma lógica de saber-poder preditora de determinados ideais. Assim, Canguilhem (2002, p. 110) quando se pergunta se os “seres vivos se afastam do tipo específico, serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?”, está considerando o potencial de agenciamento destes sujeitos. Logo, aposta-se que o anormal, o doente, o reabilitado(a), o(a) “incompetente” também podem produzir outros discursos, outras ideias, outros dispositivos. Não é a toa que este autor entende saúde enquanto:

Posição na qual o organismo aparece como produtor de normas na sua relação ao meio ambiente. Até porque a norma, para um organismo, é exatamente sua capacidade em mudar de norma. O que implica uma noção de relação entre organismo e meio ambiente que não pode ser compreendida como simples adaptação e conformação. Um organismo completamente adaptado e fixo é doente por não ter uma margem que lhe permita suportar as mudanças e infidelidades do meio. A doença aparece assim como fidelidade a uma norma única (Safatle, 2011, p. 24)

Este limiar entre a doença enquanto algo a ser tratado⁴¹ e o adoecimento laboral enquanto dispositivo para criação de outras formas de pertencimento e

⁴¹ Ainda mais se considerarmos que essa proposta está inserida no ambiente hospitalar que, justamente, preconiza e é valorizado por tal capacidade.

relacionamento com o trabalho se apresenta como uma problemática bastante complexa. Talvez, possamos dizer que uma dentre tantas perguntas orientadoras desta monografia possa ter sido “Quais outros dispositivos podem ser criados em um contexto laboral hospitalar que esteja fundamentado em lógicas de pertencimento técnico-relacional insulares?”. A dobra⁴² proposta também se atrela a minha atuação enquanto acadêmica de Psicologia, enquanto pretensa psicóloga do trabalho que está problematizando sua própria atuação e intervenção clínica.

Para as psicólogas Tania Mara Galli Fonseca e Juliane Tagliari Farina, clinicar é “buscar a potencialidade das variações existenciais através de um plano que se constrói a partir de encontros e acontecimentos em incessante processo de desvio e mutação” (Fonseca; Farina, 2012, p. 47). Nesse sentido, pode-se dizer que a intervenção clínica ocorre quando cria-se, por meio de um setting clínico individual ou grupal, a possibilidade de criação de tensionamentos, questionamentos, de produção de rupturas e de devires⁴³. Para as autoras, a clínica se constrói mais em um dimensão crítica que propriamente compreensiva. Ou seja, entendemos que os fenômenos psicossociológicos não são dados, como se estivessem apenas esperando por um desvelamento. Ao contrário disso, significa problematizar o que está naturalizado/instituído, de modo a despertar uma potência de criação de outras lógicas, outros dispositivos, outras visibilidades, outras enunciações, outras narrativas, enfim, outros territórios existenciais.

Ao considerar o quanto é a partir do coletivo que doença, saúde, normal e anormal se constroem, nos estimula a analisar como algumas narrativas se apresentam no contexto do profissional da saúde para que, assim, pudéssemos propor, sustentar, reafirmar e lembrar a aposta em outras formas de habitar emocionalmente este ambiente laboral. Com isso, reforçamos a construção de oficinas temáticas, a partir do entendimento conceitual de grupo-dispositivo, como uma forma de intervenção clínico-psicológica.

⁴² A partir da concepção deleuziana.

⁴³ Devir está relacionado com a potencialidade de criação de uma forma não identitária ou representacional (Fonseca; Farina, 2012, p. 48).

3.2. Extensões do coletivo: oficinas como cuidado

Tais preceitos inserem-se na proposta da oficina como dispositivos operadores de cuidado. Mas, o que é cuidado? E, além disso, o que entendemos como uma ética do cuidado para os profissionais da saúde? É pensando nisso que problematizamos definições, concepções e condutas empreendidas em nome do cuidado e abordaremos, brevemente, algumas noções acerca da denominada ética do cuidado. Diversas teóricas feministas têm se debruçado em um movimento de análise crítica deste campo a partir de diferentes vertentes⁴⁴. Conforme já discutido em capítulos anteriores, a legitimidade e as narrativas envolvidas no ato de cuidar estão atreladas a concepções moralistas e normativas.

De acordo com Heike Drotbohm, professora de Antropologia Social e Cultural, a partir dos anos 1970, o entendimento sobre o conceito de cuidado se ampliou para um objeto de estudo científico. Sendo realizado, principalmente, por teóricas feministas, que começaram a problematizar as relações de invisibilização e de trabalho não remunerado na prática do cuidar e da reprodução (Drotbohm, 2022, p. 4). Além disso, outros pontos importantes a serem considerados são: a predominância na realização de práticas de cuidado exercida por mulheres e a hegemonia de narrativas moralizantes e normativas que fomentem idealizações quanto ao cuidado e aos cuidadores, de modo vincular este a uma dimensão saudável, agradável, pura e positivamente afetiva (Puig de la Bellacasa *et al.*, 2023, p. 114). Estas formas de conceber o cuidado reproduzem “desigualdades racializadas, generificadas e baseadas em diferenças de classe social” (Drotbohm, 2022, p. 5).

Para Drotbohm (2022, p. 3), as práticas de cuidado são perpassadas por seleções, hierarquizações, classificações moralizantes e normativas fundamentadas em concepções binárias como, por exemplo, bom/mau, feminino/masculino, privado/público, passado/futuro, natureza/cultura, tradição/modernidade e humano/não humano que definem aqueles que receberam ou não cuidados. Assim sendo, a autora entende que as narrativas empregadas em nome do cuidado, ao mesmo tempo, incluem e excluem seres humanos e não humanos destas práticas

⁴⁴ PUIG DE LA BELLACASA, M.; BÖSCHEMEIER, A. G. E.; ENGEL, C.; GRECO, L. R.; FIETZ, H. O pensamento disruptivo do cuidado. *Anuário Antropológico*, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 108–133, 2023. DOI: 10.4000/aa.10539. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/49154>. Acesso em: 16 dez. 2023.

(Drotbohm, 2022, p. 2). Em contraposição a tais discursos hegemônicos, Maria Puig de la Bellacasa, filósofa da ciência e tecnologia, propõe um entendimento de cuidado a partir de uma perspectiva relacional e composicional não moralizante e não normativa.

Dentre as ferramentas analítico-conceituais desenvolvidas pela autora, destaca três movimentos: pensar-com, dissentir-por-dentro e pensar-para⁴⁵ (Puig de la Bellacasa, 2012, p.197). Em relação a isso, de acordo com a psicóloga Talita Tibola (2016, p. 192-193), o primeiro conceito atrela-se à ideia de processo relacional, no qual o “tornar-se com” está em incessante movimentação individual e coletiva, já a ideia de “pensar-a-partir-de” se relaciona com a tentativa de borrar dualismos hegemônicos, de modo a considerar as experiências marginalizadas como potenciais de transformação. Por fim, ainda conforme a filósofa, “dissentir-por-dentro” pressupõe uma coletividade/relacionalidade que seja formada pela multiplicidade/heterogeneidade e pela interdependência em suas conexões e desconexões. Desse modo, tais rupturas são consideradas como possibilidade de recriar/reinventar modos de cuidado localizados⁴⁶ a partir de uma relação, de um processo de “dissentir sem estar destacado do processo do qual se dissente. Colocando a relevância do dissenso e, ao mesmo tempo, um modo de operá-lo (por dentro; junto) expressa também a importância de dissentir junto” (Tibola, 2016, p. 193).

Ao considerarmos o contexto institucional e, em particular o hospitalar, é interessante retomarmos as diferentes narrativas, inclusive as que perpassam o “mito do super-herói do profissional da saúde”, que definem fronteiras bem delineadas entre aqueles que recebem e aqueles que propiciam o cuidado. Nesse sentido, é válido problematizar que, por vezes, os funcionários que apresentam adoecimentos psíquicos atrelados ao trabalho podem ser vistos pelos demais colegas como os “doentes”, de forma a invisibilizar o quanto uma determinada psicopatologia expressa em determinado colega denuncia toda uma dinâmica relacional intersubjetiva existente. Em relação a isso, Drotbohm (2022, p. 8) ressalta

⁴⁵ *The notion of thinking with care is articulated through a series of concrete moves: thinking-with, dissenting-within and thinkingfor* (Puig de la Bellacasa, 2012, p.197).

⁴⁶ Conforme perspectiva de Donna Haraway e da ideia de “Saberes localizados”. Para mais informações consultar HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 5, p. 7–41, 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em: 18 dez. 2023.

que o caráter cuidador/protetor e controlador/punitivo apresentados pelos padrões normativos das instituições devem ser considerados a partir de diferentes marcadores interseccionais, já que para determinados grupos tidos como de maior “vulnerabilidade” exercem-se outras dinâmicas de cuidados, avaliação e controle.

A proposta de um cuidado disruptivo e “com dissenso”⁴⁷ atrela-se a possibilidade de uma relação paradoxal entre os sujeitos, no qual, de alguma forma, experienciar outros mundos, outras vivências, outras ilhas sem haver, necessariamente, o desejo, o impulso e a ação com fins de findar as problemáticas que emergem daí. Para ser possível reinvenções e opacidades de relações de cuidado, tal como proposta, é preciso disponibilidade e abertura especulativa para imaginar, analisar, tensionar e brincar com outras possibilidades de cuidar e de ser cuidado. Em consonância com essa perspectiva, Puig de la Bellacasa (2012a, p. 198-199 *apud* Tibola, 2016, p. 193) entende que o cuidado “não é apenas um estado ético-afetivo, mas um engajamento material que requer esforço na constituição de mundos interdependentes”. Desse modo, há-se uma compreensão ontológica do cuidado e da interdependência, no qual estes caracterizam-se como condições necessárias para sustentar naturezas culturas⁴⁸.

Esta concepção incita a deslocamentos/trânsitos, tal como propõe Glissant, já que se entende que as inter-relações, os encontros, as heterogeneidades e multiplicidades oportunizam formas de contágio e de composição e as maneiras de estar juntos sustentado as diferenças, as conflitivas e os dissensos. Assim, a ideia de um cuidado que passe pelo dissenso refere-se a capacidade de acolher, olhar e respeitar (*re-specere*)⁴⁹ os movimentos de diferenciação (Tibola, 2016, p. 197), de “desfiliação” e de paradoxalização que se dão em relações ético-político-afetivamente engajadas. Assim, entende-se que:

Esses movimentos nos permitem pensar a ética envolvida na continuação da vida, do bios, não tanto como uma questão de moralidade individual, mas como um modo de engajamento pessoal-coletivo no cotidiano que é

⁴⁷ “A intenção de pensar a partir da expressão “cuidado com dissenso” ao invés de ‘dissentir por dentro’, desse modo, sublinha a simples possibilidade de que dissenso e cuidado coexistam” (Tibola, 2016, p. 196).

⁴⁸ “Naturezas-culturas” é um conceito central no trabalho de Donna Haraway. Esta crítica à dualidade entre natureza/cultura, já que entende uma co-constituição entre seres vivos e não vivos, entre as esferas culturais e naturais.

⁴⁹ O termo (*re-specere*) é uma combinação das palavras latinas “specere”, que significa “olhar”, e “re”, que significa “de novo”. Donna Haraway usa esse termo para sugerir o movimento de “olhar de volta, manter em consideração, compreender que encontrar o olhar do outro é uma condição de também ter um rosto” (Haraway, 2011, p. 53).

mais sobre a transformação do ethos do que sobre uma moralidade normativa (Puig de la Bellacasa *et al.*, 2023, p. 126)

Desse modo, para analisar meios capazes de incitar maior disponibilidade das relações, devemos nos questionar quais são os fatores que influenciam e que produzem interações significativas, relacionais, respeitadas e responsáveis Drotbohm (2022, p. 12). Ainda de acordo com a autora, “o cuidado além do reparo” (título de seu artigo) busca tensionar as práticas de cuidado e nos movimentar a pensar e a indagar que quando visamos a exercê-lo devemos estar envolvidos em um contínuo movimento reflexivo, implicado e incômodo de análise. Assim, quando problematizamos: O que é cuidado? De que forma este se dá? Quem doa e quem recebe? Quais condições estão envolvidas neste contexto? Em quais situações este inexistente? Fomentamos o que estamos propondo com a ideia de oficinas temáticas enquanto dispositivos desejosos de criar outra lógica de cuidado no ambiente laboral hospitalar.

3.3. Extensões do coletivo: oficinas como território paradoxo-insular

A partir de Glissant, entendemos que não há um modo de pertencimento totalmente ou exclusivamente extensivo ou totalmente filiativo. Ou seja, acreditamos que há interconexão e trocas entre estes modos tão distintos, e isto é também diversidade. Apesar da Filiação modo relacional estar ligado ao desejo de resguardar uma certa ideia de “pureza”, penso que mesmo aqueles que estejam em um ápice filiativo, vez ou outra, temem a possibilidade de “desfiliação”. Desse modo, não existe, de fato, um modo propriamente garantido de pertencimento filiativo, ainda que haja um discurso predominante e reforçador dessa possibilidade de total distinção entre “nós vs eles”. É, a partir disso, que entendemos tal dinâmica como violenta e ameaçadora, já que para participar da condição de ser um “nós”, deve-se correr o risco e a expiação constante de ser excluído desta comunidade e tornar-se um “eles”. Assim, acreditamos que devido ao sentimento de não poder corresponder totalmente ao ideal de pureza de ser um “nós”, já que este é inalcançável e bastante reiterado⁵⁰, pode haver uma sensação persecutória predominante de, realmente,

⁵⁰ Ao considerar que há provas expiatórias que exigem uma posicionalidade e, com isso, um reforço do modo de pertencimento que o sujeito pretende se relacionar. Aqui, relaciono com a dinâmica pregada pelo modo de pertencimento à comunidade cristã, onde por vez ou outra o diabo traz

não pertencer, apesar de externamente aparentar forte convicção nisso. Ou seja, cogitamos a hipótese de que aqueles que se encontram inseridos na lógica filiativa, de alguma forma, não se sentem realmente filiados por completo, de modo a haver uma possibilidade de deslocamento inserido na própria dinâmica filiativa⁵¹.

Para incitar um exercício imaginativo/especulativo de pertencimento paradoxo-insular mais próximo ao ambiente hospitalar, problematizo a dinâmica concreta e simbólica presente na figura do crachá. Imaginemos... Conforme já exposto, que este objeto é fundamental para possibilitar acessos, para controlar trânsitos, para diferenciar funcionários, pacientes e etc. Apesar de algumas funções⁵² apresentem o uso de uniformes durante o turno de trabalho, há momentos nos quais existem movimentações destes funcionários pela instituição com suas roupas pessoais. Embora pense que, por vezes, é um tanto quanto “fácil” distinguir os funcionários dentre os pacientes, mesmo quando nenhum destes estão com identificações, já que, geralmente, os trabalhadores atravessam os corredores com bastante rapidez. Estes caminham convictos dos trajetos que precisam percorrer, às vezes, com olhares obstinados, provavelmente, pensando nas tarefas, os pacientes, os exames, as reuniões, dentre outras atividades, que lhes aguardam após o almoço.

Os deslocamentos na instituição costumam levar um certo tempo, já que existem diferentes passagens/portas que necessitam do uso do crachá, além de um fluxo intenso de pacientes e funcionários que costuma movimentar certos pontos do hospital. Pois bem! Quem sabe em um dia qualquer ocorra uma perda, uma falha do sistema, um desgaste ou mesmo a quebra deste objeto ímpar para a identificação, o que aconteceria? Qual é a sensação de não possuir o objeto/elemento que distingue o eu/nós do eles (pacientes ou trabalhadores de outras instituições)? Será que posso ser confundida(o) como sendo paciente? Será que estou doente? Acho que devo passar rapidamente para que os seguranças não me percebam, será que sou conhecida(o) por eles? Será que sabem que faço parte desta instituição? Quem faz parte deste hospital? Será que encontro algum colega com quem posso dividir essa sensação? Será que peço para alguém abrir a porta para mim? Me deixaram

tentações para provar quem são os realmente fiéis ou ainda, como na parábola, para separar o joio do trigo. Assim, reproduz-se esta distinção entre os ditos bons e os maus funcionários.

⁵¹ Aqui recorro ao capítulo, de Édouard Glissant (2021), “Lugar fechado, palavra aberta”, que discute acerca da forma com que a dinâmica escravocrata, sem perceber, cria possibilidades de ruptura e de resistência ao aproximar diferentes etnias e, a partir disso, inicia uma outra dinâmica relacional.

⁵² Algumas áreas administrativas não usam uniformes.

passar? Será que eu tenho a “cara”⁵³ de quem trabalha aqui? Fiquemos com essa imagem em mente.

Ao contrário desta dinâmica, pretendemos agitar esse mar, quem sabe colocar algumas ilhas, de modo a criar uma relacionalidade com outros territórios, atribuir algum jogo, não necessariamente de disputa, mas um brincar de ir nadando de praia em praia, sem medo de perder um referencial. Por isso, a dimensão do paradoxo é fundamental, já que, se consideramos lógicas não excludentes como uma forma de brincar e de experimentar, podemos criar alguma fluidez, algumas ondas, algumas ilhas, alguns deslocamentos, etc.

Ao analisarmos outras relacionalidades não ocidentais como, por exemplo, cosmologias dos povos originários e afroperspectivas, podemos encontrar mais algumas ferramentas que nos auxiliem neste desafio que estamos nos propondo. Um destes maquinários/dispositivos pode ser a ideia de comunicação pelo equívoco. De acordo com os pesquisadores da área de comunicação Evandro Laia e Lara Guimarães, a partir de algumas concepções dos povos nativos, o processo comunicacional ocorre por meio de uma incompreensão. Assim, Laia e Guimarães (2022, p.12-13), quando retomam o trabalho do antropólogo brasileiro Eduardo Viveiros de Castro, discutem que o equívoco configura-se como uma condição-limite das relações sociais, de modo a proporcionar uma comunicação a partir de diferentes posições de perspectiva. Com isso,

Comunicar seria, então, traduzir o equívoco, mas não de um modo eficaz, que procura o comum, mas de um outro jeito, procurando dobras, fendas, possíveis sulcos que deixam em evidência a inadequação a este novo estado. Traduzir, nesse caso, seria explicitar o erro, mostrar que falamos de coisas diferentes, usando o mesmo nome. Traduzir passaria então a se tornar um tanto do outro, a ocupar pontos de vista com uma boa dose de imaginação, inventando possibilidades, como fazem os xamãs (Laia; Guimarães, 2022, p.13).

Nesse sentido, a comunicação pelo equívoco apresenta enlances interessantes no contexto hospitalar, seja, justamente, pelo que a ideia de erro pode repercutir emocionalmente em cada funcionário, mas com o intuito de criar outros significados para tal, seja por um certo modo de cultivar disponibilidade psíquica neste contato com o outro que é semelhante e é, ao mesmo tempo, diferente. Uma lógica que não calcada em uma uni-referencialidade permite deslocamentos entre

⁵³ Aqui, problematizo a partir de uma perspectiva interseccional. Há áreas predominantes masculinas e outras femininas, principalmente, devido ao fato do cuidado ser exercido por mulheres. Além disso, não podemos esquecer as dinâmicas racistas, capacitistas, homofóbicas, dentre outras formas de opressão.

as linhas de subjetivação dominantes e, quem sabe, estes possam suscitar uma ideia de cuidado que ultrapasse a dimensão assistencial e seja mais baseada em uma concepção coletiva. Não é sem razão, que a dimensão de cuidado de muitas etnias dos povos originários é extensiva, é um cuidar de si e da comunidade, seja ela humana ou não. Talvez, o equívoco possa operar como uma ferramenta capaz de deslocar a dimensão de individualidade. Como bem apontam os autores supracitados, uma comunicação pela equivocação controlada é um “exercício constante de improvisação criativa” (Laia; Guimarães, 2022, p.14) que requer cuidado, confiança e disponibilidade.

Outra concepção de grande relevância para produzir paradoxos nas dinâmicas político-afetivas hospitalares é a ideia de jogo, de brincadeira, de infância. Renato Noguera, filósofo brasileiro, discute acerca de cosmo-sentidos a partir de produções intelectuais negras e indígenas, denominadas de afroperspectividade. O autor entende a infância, não apenas em uma dimensão cronológica, e a brincadeira como dispositivos de (re)inventar experiências e produzir potência de vida. Assim, este, diz:

A Infância é a emergência de um acontecimento que interrompe o fluxo corriqueiro das coisas, suscitando algo, ao mesmo tempo, ímpar e banal. Ímpar porque cada momento é único e extraordinário, e, banal porque tudo que acontece é ordinário e comum. Infância nos convida a reinventar o mundo (Noguera, 2019, p. 131).

A Infância é entendida como uma característica humana capaz de unir “experiências espirituais restauradoras e ações políticas transformadoras e democráticas” (Noguera, 2019, p. 132). Uma perspectiva de existência brincante está atrelada a uma concepção divina/espiritual, de modo a ser entendida como uma via poderosa contra a morte, a adultez, a lógicas dominantes de exclusão e de controle. Desse modo, a Infância opera transformações, problematizações, revoluções, produções de outras realidades diferentes das lógicas estabelecidas e cristalizadas.

Assim, este autor apresenta a ideia de adultidade como um modo de vida que abandona a dimensão criativa, transformadora, misteriosa, espiritual, opaca, descolonizadora e errante da vida. Para o autor uma vida brincante é uma forma de tensionar lógicas opressoras tais como as racistas, as sexistas, as heteronormativas, entre outras formas de dominação. O jogo, a brincadeira suporta os conflitos, as experimentações, as invenções, as problematizações, as mudanças, a multiplicidade, a experiência que não necessariamente se restringe a uma disputa,

a uma competição individualista. Assim, pensamos que o lúdico pode ser uma maneira de elaboração de afetos, experiências e dificuldades, porém essa proposta de intervenção, em um ambiente extremamente rígido e sério, se configura, novamente, como um desafio. Poucos são os momentos nos quais são possíveis interações baseadas em comunicações/posições menos “tensas”, formais resolutivas no hospital. Nesse sentido, por vezes, buscar tratar assuntos difíceis do cotidiano hospitalar a partir de um ângulo mais “leve” e opaco se torna inviável.

Retomando o exercício imaginativo/especulativo de pertencimento paradoxo-insular. Agora, imaginemos ... O cenário no qual, por algum motivo, houve o extravio do crachá. Contudo, há a possibilidade de problematizar, de brincar não ser membro da instituição, de traçar rotas incomuns e pouco exploradas, de contagiar-se com o trabalho que pode estar ocorrendo em outras áreas do hospital, perder-se e achar-se como um sentimento exploratório de alguém que ao equivocar-se pode descobrir outra coisa, outra ilha, outro território. Quem sabe esse caminhar possa ser mais “leve”, menos apressado e, ainda, se possa disfrutar as passagens com vistas externas sem um receio de precisar inserir-se completamente, conformar-se em uma “caixinha”, em um “castelo”, em uma “praia” que teme a invasão de outros, por isso, precisa defender-se. Ou ainda, tudo isso, possa de alguma forma ser discutido coletivamente sem o medo de parecer que é “menos” profissional, “menos” pertencente a instituição. Perguntar-se quem somos nós trabalhadores deste hospital e como somos nós profissionais da saúde, como um todo, não parecer ameaçador e/ou ofensivo. Quem sabe isto é possível?!

4. SEM CONCLUIR... SOBRE AQUILO QUE RESSOA

Concluir é fechar, acabar, terminar, enfim, de alguma forma, propor uma *verdade* (Hillesheim; Guareschi, 2007, p. 88, grifo das autoras). Não nos propomos a um encerramento, ao contrário, buscamos com esta monografia incitar ressonâncias. Entendemos, tal como a analista institucional Luciani Fontoura de Campo, ser preciso observar os territórios como uma “mistura de admiração, estupefação, estranhamento e curiosidade insaciável, dissolvendo a ordem estabelecida do convencional e do habitual mediante o espaço lúdico da reinvenção” (Campos, 2014, p. 20). Assim sendo, esta monografia caracteriza-se como um exercício, uma tentativa imaginativa/especulativa⁵⁴ de construção/produção de um modo de pertencimento baseado em uma perspectiva paradoxo-insular.

Conforme já discutido, apostamos em uma relacionalidade extensiva, insular, opaca e disruptiva como formas de criar outras formas e lógicas de cuidado no ambiente laboral hospitalar. Para isso, pretendemos com as oficinas temáticas criar territorialidades que permitam, assim como o balanço das ondas, criar movimentações paradoxais neste labirinto-oceano que o hospital pode se configurar. Permaneço sem saber “remar”, como dito na introdução deste escrito, contudo, agora, apostando com maior intensidade na potência de um não saber, a possibilidade de não necessitar constantemente submersa em lógicas dicotômicas, me traz o fôlego para seguir nadando por tantas ilhas plurais e diversas.

Assim, buscamos com a elaboração deste trabalho, justamente, produzir provocações, dobras, equívocos, paradoxos, brincadeiras, cuidado, coletividades ... enfim, ondas que nos pudessem deslocar, navegar *no* e *com* o hospital e seus/suas trabalhadores. Seguimos apostando na potência do movimento cartográfico como uma forma de (re)criar mapas no ambiente hospitalar. Esperamos que estes desencadeiam em navegações a partir de outras marés, de outras correntes oceânicas, outras histórias, outros mitos, outras vidas, outros(as) trabalhadores.

Aqui, não dizemos um adeus aos navegantes, mas um até logo! Por enquanto, desejamos que cada leitor possa tomar a frente de seu barco e de sua aventura, seja construindo novos trajetos, diferentes percursos de leitura, de experiências, de devires nesta obra ou em tantas outras possíveis.

⁵⁴Tal como proposto por Saidiya Hartman (2022) em seu livro “Vidas rebeldes, belos experimentos”.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, Sara. **La política cultural de las emociones**. 1.ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México Programa Universitario de Estudios de Género México, 2015.

Anjos da Enfermagem realizam processo seletivo 2017. Cofen, Brasília, 03 mai, 2017. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/anjos-da-enfermagem-realizam-processo-seletivo-2017/>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5 ed., Belo Horizonte, 2002.

BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

BARROS, Regina Benevides de. **Institucionalismo e Dispositivo Grupal**. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sônia. Saúde Loucura. Análise Institucional, n. 8, 2004, p. 65-78.

BARROS, Regina Duarte Benevides de. **Dispositivos em ação: o grupo**. In: Saúde Loucura. São Paulo: Hucitec, n.6, 1997. p. 97-106.

BARROS, Regina Duarte Benevides de. **Grupo e produção**. In: Lancetti, Antonio. Saúdeloucura, 4. São Paulo, São Paulo: Hucitec, n.4, 1993. p.145-154.

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andrea P. **Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para Compreensão do Trabalho na Atualidade**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2011.

BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo. **Trabalho, saúde e subjetividade na diversidade de um hospital geral, público e universitário**. 2006. 132 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BIANCHESSI, Desirée Luzardo Cardozo; TITTONI, Jaqueline. **Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativo-operacionais de um hospital geral, público e universitário**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 4, p. 969–988, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/TY7g8TLRrdQp3Xwx3bg6TFK/?lang=pt#>>. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos**

para os serviços de saúde; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. –Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Programa de formação em saúde do trabalhador. Brasília, 1º ed., 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_formacao_saudetrabalhador.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Portaria SIT nº 787, de 28 de novembro de 2018 - Norma Regulamentadora No. 4 (NR-4)**. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secraria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-4-nr-4>>. Acesso em: 24 set. 2022.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2018.

CAMPOS, Luciani Fontoura De. **O exercício de tornar-se um analista institucional**. 2014. Trabalho De Conclusão De Especialização, Curso De Especialização Instituições Em Análise, Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/132984>>. Acesso em 05 dez. 2023.

CARDOSO FILHO, Carlos Antônio. **A subjetividade, o Fora e a cidade: repensando o sujeito, o espaço e a materialidade**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 28, n. 2, p. 242-251, 7 nov. 2016.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

COSTA, Luis Artur. **Brutas cidades sutis: o espaço tempo da diferença na contemporaneidade**. 2007. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/13404>>. Acesso em 10 nov. 2023.

COSTA, Luis Artur; FONSECA, Tania Mara Galli. **Da diversidade: uma definição do conceito de subjetividade**. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 42, núm. 3, 2008, pp. 513-519. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n3/v42n3a11.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2023.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1987.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. Tradução Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. São Paulo: Editora34, 1996 . v.3.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix.. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Editora 34. 2010.

DELEUZE, Gilles. **¿Que és un dispositivo?** In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, pp. 155-161. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. Michel Foucault "Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica". Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

DROTBOHM, Heike. **O Cuidado além do Reparo**. *Mana* [online]. 2022, v. 28, n. 1 , e281206. Disponível em: <<http://doi.org/10.1590/1678-49442022v28n1a206>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

LIMA, Andrei Ferreira. **O diverso como fundamento da(s) poética(s) de Édouard Glissant**. *Non Plus*, [S. l.], n. 9, p. 04-13, 2016. DOI: 10.11606/issn.2316-3976.v0i9p04-13. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/nonplus/article/view/110004>. Acesso em: 30 set. 2023.

FERREIRA, Suiane Costa. **Do perigo em se criar heróis: a desumanização dos profissionais da Saúde em meio à pandemia**. *Debates em Educação*, [S. l.], v. 12, n. 28, p. 63–76, 2020. DOI: 10.28998/2175-6600.2020v12n28p63-76. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/10286>. Acesso em: 28 dez. 2023.

FONSECA, Tania Mara Galli; FARINA, Juliane Tagliari. **Clinicar**. In: FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 47-50).

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias – **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Texto reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GARCIA, Adrienne. **The clock is ticking: reflexões sobre o ambiente 24/7 e o mito do self-made man**. Revista Brasileira de Estudos Organizacionais v. 8, n. 1, p. 196- 213, janeiro-abril/2021. Disponível em:<DOI: 10.21583/2447-4851.rbeo.2021.v8n1.381>. Acesso em: 30 out. 2023.

GARGALHONE, Márcia. **Profissionais de saúde podem ser homenageados em novo livro de Heróis da Pátria**. Rádio Senado, Brasília, 16 dez. 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/radio/1/projeto-em-destaque/2021/12/16/profissionais-de-saude-podem-ser-homenageados-em-novo-livro-de-herois-da-patria>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

GESSER, Marivete; BLOCK, Pamela; MELLO, Anahí Guedes de. **Estudos da deficiência: interseccionalidade, anticapacitismo e emancipação social**. In: GESSER, Marivete (org.). Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social. Curitiba: CRV, 2020.

GLISSANT, Édouard. **Poética da Relação**. Rio de Janeiro: Bazar do tempo, 2021.

GOMEZ, Carlos Minayo; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. 21–32, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

GUATTARI, Félix (1992). **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro. Editora 34.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**; tradução Maria Cristina F. Bittencourt. 21ª edição. Campinas, SP: Papyrus, 2011.

GUERRA, Itxi. **Luta contra o capacitismo: anarquismo e capacitismo**. Editora Terra sem Amos: Brasil, 2021.

HARAWAY, Donna. **A partilha do sofrimento: relações instrumentais entre animais de laboratório e sua gente**. Horizontes Antropológicos, v. 17, n. 35, p. 27–64, jan. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100002>>. Acesso em: 19 dez. 2023.

HILLESHEIM, Betina; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento?: Algumas reflexões**. Psicol. educ., São Paulo, n. 25, p. 75-92, dez. 2007. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2024.

LAlA, Evandro José Medeiros; GUIMARÃES, Lara Linhalis. **Coisas, mundos, traduções: dobras para uma comunicação pelo equívoco**. Contracampo, Niterói, v. 41, n. 3, set./dez. 2022. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.22409/contracampo.v41i3.52775>>. Acesso em: 03 dez. 2023.

LE GUIN, Ursula K. **A ficção como cesta: uma teoria**. Trad. Priscilla Mello. Revisão de Ellen Araújo e Marcio Goldman. [1986] 2020. Disponível em:

<https://www.academia.edu/44858388/a_fic%C3%A7%C3%A3o_como_cesta_uma_teor%C3%A1a_the_carrier_bag_theory_of_fiction_ursula_k_le_guin>. Acesso em: 11 nov. 2023.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; ROCHA, Marisa Lopes. **Pensar**. In: FONSECA, Tania Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.182-183.

LEOPOLDO, Rafael. **Análise d'O anti-Édipo: críticas de Deleuze e Guattari a Sigmund Freud**. Rev. psicol. polít., São Paulo, v. 17, n. 39, p. 293-303, ago. 2017. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2023.

LESSA, Luma. **Luta e pensamento anticolonial: uma entrevista com Geni Núñez**. Paraná. Epistemologias do Sul: Pensamento Social e Político em/desde/para América Latina, Caribe, África e Ásia. Dossiê: Feminismos latino-americanos – Ativismos e insurgências – Parte 1. v. 5, n. 2, p. 38-57, 2021. Disponível em:

<<https://revistas.unila.edu.br/epistemologiasdosul/article/view/3482/2967>>. Acesso em: 30 mar 2023.

LUIZ, Karla Garcia; SILVEIRA, Thaís Becker. **Pessoas com deficiência e (inter)dependência: uma perspectiva da ética do cuidado para a promoção da justiça social**. In: GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Leticia Kempfer; LOPES, Paula Helena (Orgs.). *Estudos da deficiência: antipacitismo e emancipação social*. Curitiba: CRV, 2020. p. 113-127.

MENZIES, Isabel. **The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties**. Institute of human relations, 1970. apud PITTA, Ana Maria Fernandes. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 1990. 31.

MERHY, Emerson Elias. **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, Emerson Elias. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In: Teixeira SF, editor. Democracia e Saúde. São Paulo: Cebes/Lemos; 1998. p. 125-141.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo.; LAPIS, Naira Lima. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho**. Psicologia e Sociedade, 19 (1): 61-68; jan/abr. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/d4BywgBQn9QkpbLQsXVGPcP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

MIASATO, Felipe Akira. **Sem heróis, sem heroínas: reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 118–138, 2022. DOI: 10.17566/ciads.v11i2.881. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/881>. Acesso em: 28 dez. 2023.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

MONCEAU, Gilles. **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional**. Fractal: Revista de Psicologia, v. 20, n. 1, p. 19-26, 4 out. 2008.

NARDI, Henrique Caetano. **Saúde do Trabalhador**. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (Orgs.). Dicionário de Trabalho e Tecnologia. Porto Alegre: Editora Zouk, 2011. p. 326-330.

NOGUERA, Renato. **O poder da infância: espiritualidade e política em afroperspectiva**. Momento - Diálogos em Educação, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 127–142, 2019. DOI: 10.14295/momento.v28i1.8806. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/momento/article/view/8806>. Acesso em: 9 dez. 2023.

OLIVEIRA, Renato Almeida de. **A concepção de trabalho na filosofia do jovem Marx e suas implicações antropológicas**. Revista Eletrônica Kínesis, v. 2, n. 3, p.72-88, abr. 2010. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Kinesis/6_RenatoAlmeidadeOliveira.pdf>. Acesso em: 28 out. 2023.

PAIVA, Kely César Martins; MONTEZANO, Lana. **Competências: níveis de análise e conceitos**. In: HELAL, Diogo Henrique; OLTRAMARI, Andrea Poletto; MOSCON, Daniela Campos Bahia; PAIVA, Kely César Martins de. (org.). Dicionário de gestão de pessoas e relações de trabalho no Brasil. São Paulo: Gradus Editora, 2023. p. 45-51. Disponível em: <https://www.graduseditora.com/dicionariopessoasetrabalho>. Acesso em: 22 out. 2023.

PEREIRA, William Cesar Castilho. **Movimento institucionalista: principais abordagens**. Estud. pesquis. psicol., Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-4281200700010002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2023.

PINHEIRO, Victor Sales. (2011). **O páthos trágico de Aquiles**. Archai n. 7, jul-dez 2011, p. 87-93. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5861/586161967009.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2023.

PITTA, Ana Maria. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990. 198p.

POERSCH, Ana Luísa; RAMOS, Márcia Ziebell; SILVA, Rosane Neves da. **Reabilitação profissional: o coletivo como ferramenta de re-significação**. Psico, [S. l.], v. 41, n. 1, 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/2684>. Acesso em: 26 ago. 2023.

Prefeitura Municipal agradece o empenho dos Profissionais que trabalham pela saúde. Prefeitura Municipal de Elói Mendes, Minas Gerais, 26 abr. 2020. Disponível em: <<https://eloimendes.mg.gov.br/prefeitura-municipal-agradece-o-trabalho-e-empenho-dos-profissionais-de-saude/>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

Profissionais do Hospital Espanhol ganham painel com asas de anjos. Governo do Estado da Bahia, Salvador, 23 mai. 2022. Disponível em: <<https://www.saude.ba.gov.br/2022/05/23/profissionais-do-hospital-espanhol-ganha-m-painel-com-asas-de-anjos/>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

PUIG DE LA BELLACASA, Maria; BÖSCHEMEIER, Ana Gretel Echazú; ENGEL, Cíntia; GRECO, Lucrecia; FIETZ, Helena. **O pensamento disruptivo do cuidado**. Anuário Antropológico, [S. l.], v. 48, n. 1, p. 108–133, 2023. DOI: 10.4000/aa.10539. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/49154>. Acesso em: 16 dez. 2023.

PUIG DE LA BELLACASA, Maria Puig de la. **“Nothing comes without its world”: thinking with care**. The Sociological Review, n. 60:2, p. 197-216, 2012. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-954X.2012.02070.x>>. Acesso em: 16 dez. 2023.

RAMOS, Márcia Ziebell. **Trabalho, subjetividade e reabilitação profissional: por uma genealogia nos modos de vida**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SAFATLE, Vladimir. **O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem.** Scientiæ Zudia, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ss/a/VfqSSxvQ7WBQyrKKbJwjpWx/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 11 nov. 2023.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **Colonização, quilombos, modos e significações.** Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SANTOS, Luis Carlos Ferreira dos. **O poder de matar e a recusa em morrer: filopoética afrodiaspórica como arquipélago de libertação.** 2019. Tese de Doutorado, Programa De Doutorado Multi-Institucional E Multidisciplinar Em Difusão Do Conhecimento, Universidade Federal Da Bahia, Salvador. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/30575/1/Tese%20de%20Doutorado%20Luis%20Carlos%20Ferreira.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2023.

SARTORI, Tríssia Ordovás. **O ano dos profissionais da saúde, os heróis da linha de frente.** GZH, Porto Alegre, 27 dez. 2020. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/pioneiro/geral/noticia/2020/12/o-ano-dos-profissionais-da-saude-os-herois-da-linha-de-frente-ckj7ha97v0020019whf6yqxjg.html>>. Acesso em: 28 dez. 2023.

SCHROEDER, Vera. **O paradoxo na comunicação humana: múltiplos e duplos vínculos.** 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/15309>>. Acesso em: 22 nov. 2023.

SEHN, Elise Julia; WITCZAK, Marcus Vinicius Castro. **(In)visibilidade no trabalho: discussões acerca do reconhecimento e do desgaste mental na higienização hospitalar.** In: Anais da V Jornada de Pesquisa em Psicologia da UNISC: diálogos interdisciplinares, 2015, Brasil. ISSN: 2237-9207. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/14504>. Acesso em: 24 jul. 2023

SERVA, Maurício; FERREIRA, Joel Lincoln Oliveira. **O fenômeno workaholic na gestão de empresas.** Revista de Administração Pública, v. 40, n. 2, p. 179–198, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2a02.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2023

SILVA, Rosane Neves da. **A dobra deleuziana: políticas de subjetivação.** Rev. Dep. Psicol., UFF, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 55-75, jan.-jul. 2004.

TIBOLA, Talita. **Cuidado com dissenso: pensando mobilizações político-artísticas no Rio de Janeiro a partir de uma ética-prática do cuidado.** Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 185–199, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/1541>. Acesso em: 14 dez. 2023.

VIEIRA, Eliane. **O Trabalho: breve visão da concepção de castigo da antiguidade cristã, valor social afirmado na Encíclica Rerum Novarum no**

século XIX e despontar no século XXI como valor Bioético. Bioethikos. São Paulo, v. 4, n. 3, p. 350-353, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art13.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2023.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. **Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar.** Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, n. 1, p. 53 a 70, 2010. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cadernosebape/article/view/5142>. Acesso em: 12 out. 2023.