

EXPRESSÕES DA SUBJETIVIDADE NO TRABALHO DE EQUIPES INTERDISCIPLINARES DE SAÚDE*

INTERDISCIPLINARY HEALTH CARE TEAMS AND EXPRESSIONS OF SUBJECTIVITY AT WORK

EXPRESIONES DE LA SUBJETIVIDAD EN EL TRABAJO DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE SALUD

Eliane Matos¹
Denise Elvira Pires de Pires²
Flávia Regina de Sousa Ramos³

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido com duas equipes interdisciplinares de atenção à saúde. Uma delas dedica-se ao cuidado de doentes com câncer em cuidados paliativos, internados em uma unidade hospitalar ou em cuidado domiciliar/ambulatorial, e a outra, ao cuidado de idosos em tratamento ambulatorial. O objetivo com o estudo é apreender, na dinâmica do trabalho realizado, os modos como os/as trabalhadores/as, integrantes dessas equipes, têm expressado sua subjetividade. O estudo foi orientado pelo referencial do materialismo histórico e dialético e da interdisciplinaridade. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e observação sistemática. Os resultados mostraram que o reconhecimento dos/as colegas e usuários e familiares em relação ao trabalho desenvolvido, as relações de respeito e confiança existentes entre os integrantes das equipes, o reconhecimento institucional e a possibilidade de autonomia no trabalho interferem de modo positivo na subjetividade dos/as trabalhadores/as que atuam nas equipes interdisciplinares; bem como que o cuidar de pessoas em situações de dor e morte causam sofrimento nos profissionais de saúde. Conclui-se que experiências de organização do trabalho em saúde que contribuem para restituir a confiança, a autonomia e práticas solidárias são positivas para a expressão da subjetividade, para a satisfação no trabalho e para a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Satisfação no Emprego; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

This qualitative study was carried out with two interdisciplinary healthcare teams. One of them deals with palliative cancer patient's care, either in hospital or at home, while the other one deals with elderly outpatients care. This study aims to verify how healthcare professionals express their subjectivity within work dynamics context. The research was based on historic dialectic materialism and interdisciplinary work. Data were collected through semi-structured interviews and systematic observation. The results point out that colleagues', patients' and family members' recognition of their tasks as well as respect and trust amongst the team members, institutional recognition and autonomy at work have a positive influence on the interdisciplinary team members. On the other hand, dealing with pain and terminal patients make these professionals suffer. We conclude that work organization experiences in healthcare contribute to improve confidence and that autonomy and solidarity at work are important to the expressions of subjectivity, to provide work satisfaction and to improve service quality.

Key words: Patient Care Team; Job Satisfaction; Health Personnel.

RESUMEN

Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa desarrollado con dos equipos interdisciplinarios de atención de salud. Uno de los equipos se dedica al cuidado de enfermos con cáncer en cuidados paliativos, internados en una unidad hospitalaria o en cuidado domiciliar/ambulatorial y el otro equipo se dedica al cuidado de ancianos en tratamiento ambulatorial. El objetivo del estudio es aprender, en la dinámica del trabajo realizado, las maneras cómo los trabajadores y trabajadoras integrantes de dichos equipos expresan su subjetividad. El estudio fue orientado por el referente del materialismo histórico y dialéctico y de la interdisciplinaridad. Los resultados mostraron que el reconocimiento de colegas y usuarios y familiares en cuanto a su trabajo, las relaciones de respeto y confianza entre los miembros del equipo, el reconocimiento institucional y la posibilidad de autonomía en el trabajo interfieren positivamente en la subjetividad de los trabajadores de los equipos interdisciplinarios. El cuidado de las personas en situaciones de dolor y muerte causan sufrimiento a los profesionales de salud. Se concluye que las experiencias de organización de los trabajos de salud que contribuyen a restablecer la confianza, la autonomía y la solidaridad son prácticas positivas para la expresión de la subjetividad, la satisfacción laboral y la calidad de la atención.

Palabras clave: Grupo de Atención al Paciente; Satisfacción en el Trabajo; Personal de Salud.

* Este estudo faz parte da tese de doutoramento de Eliane Matos, intitulada A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde, defendida, em dezembro de 2006, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

¹ Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Chefe da Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis.

² Enfermeira. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade de Estadual de Campinas. Pós-Doutorado na University of Amsterdam. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis. Pesquisadora CNPq.

³ Enfermeira. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Pós-Doutorado pela Universidade de Lisboa. Líder do Grupo de Pesquisa Práxis. Pesquisadora CNPq.

Endereço para correspondência – Eliane Matos: Rua Europa, 150, apto. 634, Trindade, Florianópolis, SC. CEP: 88036-135. Fon: 048 32075737. E-mail: elianematos@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A atuação em equipe interdisciplinar na saúde constitui uma tentativa de superação do modo hegemônico de produção de conhecimentos e de cuidados de saúde ao se propor considerar as necessidades dos usuários em suas múltiplas dimensões e desenvolver formas mais motivadoras e criativas de realização do trabalho. Além disso, essa perspectiva se contrapõe à prática tradicional de organização do trabalho em saúde, desenvolvida de modo fragmentado, na qual cada grupo profissional realiza suas ações isoladamente, sem integração e articulação entre os saberes e fazeres das diversas profissões.¹⁻³

A perspectiva interdisciplinar no trabalho em saúde identifica-se com alguns aspectos que vêm sendo tratados como “novas formas de organização do trabalho” (NFOTs), as quais incluem um conjunto diversificado de experiências de organização do trabalho em diversos setores da economia que buscam romper com os princípios e mecanismos da administração científica e da organização taylorista. As NFOTs têm sido identificadas em experiências de divisão e organização do trabalho que rompem com a hierarquia e a fragmentação taylorista-fordista e têm recebido denominações como enriquecimento de cargos, equipes polivalentes, grupos semiautônomos, abordagem sociotécnica, dentre outras. As NFOTs se propõem, também, a envolver a participação dos/as trabalhadores/as na organização do processo de trabalho e a possibilitar a expressão da subjetividade.^{1,2,4,5}

O conceito de subjetividade, como experiência de ser sujeito, sempre esteve estrategicamente ligado ao campo da psicologia.⁶ No entanto, diferentes questões foram e continuam sendo colocadas pela filosofia, sociologia, antropologia, história, educação, dentre outras, quando se trata de discutir o modo como os sujeitos se tornam o que são, ou como se constituem sujeitos de saber e prática em certas contingências históricas ou em formas de ser sujeito em cada tempo.⁷

A partir do momento em que análises das sociedades contemporâneas produzem uma crítica radical à noção de sujeito instaurada com a modernidade, como efeitos possíveis, também se vislumbram diversificadas e mutantes posições de sujeito. A morte, ou o colapso, do sujeito moderno⁸ – unificado e centrado – vem acompanhada do surgimento do sujeito descentrado (de si e de seu tradicional lugar no social), pondo em crise as sólidas localizações e qualquer ideia integrada de si, referenciada a uma essência autoevidente e lógica. Apesar de tal heterogeneidade, o sujeito do presente elimina qualquer nítida vinculação, uma vez que também mantém identificações e aspirações que o impulsionam no empreendimento de ser e tornar-se “aquele” sujeito dotado de autonomia e de tantos outros atributos modernos.⁹

Assim, por mais que se questione a centralidade ou primazia do trabalho como suficiente e consistente localização a dar sentido ao humano, não se pode negar a importância do tema da subjetividade na análise do trabalho tanto quanto da experiência do trabalho

na constituição do sujeito em sociedades históricas. Enfim, não se pode negar a experiência subjetiva como fundamental ao tema da ética.

Apesar de esse interesse pelo tema também ter penetrado o campo da organização e da gestão do trabalho, os limites impostos por uma organização firmada na cultura administrativa tecnicista, com fortes bases tayloristas e burocráticas, que tendem a encarar normas, condutas e regras institucionais como definidas, deixam pouco ou nenhum espaço para a manifestação da subjetividade nas organizações de saúde.

A manifestação da subjetividade, quando associada às novas formas de organização do trabalho na sociedade, tem sido objeto de questionamentos, especialmente naquilo que ela tem colocado como projeto de adesão total dos trabalhadores a uma nova organização do trabalho em que os ideais de democracia e a participação nem sempre se cumprem. As críticas também são feitas quando as NFOTs visam, principalmente, ao aumento da produtividade e à adesão dos trabalhadores aos interesses da empresa.^{4,5,10}

No campo da saúde, a atuação em equipe interdisciplinar constitui um modo especial de vivenciar o trabalho, com vista à construção de novas formas de organização do trabalho. É um espaço em processo permanente de construção, que envolve sujeitos singulares que se relacionam tanto na dimensão das relações entre profissionais quanto na dimensão das relações entre profissionais e usuários e familiares. Além disso, essas experiências são influenciadas pelas macrodeterminações econômico-sociais e se colocam dialeticamente, influenciando e sendo influenciadas pelo modelo hegemônico de produção de serviços de saúde e pelas mudanças que vêm ocorrendo recentemente no mundo do trabalho. É preciso considerar, ainda, que o trabalho em saúde possui especificidades; é um serviço prestado a um ser humano ou coletividade por outros seres humanos, ambos portadores de subjetividades que necessitam ser consideradas no processo.¹

Nessa perspectiva, o objetivo com este estudo é apreender, com base em pesquisa realizada com equipes interdisciplinares, os modos como os/as trabalhadores/as, integrantes dessas equipes têm expressado sua subjetividade.

METODOLOGIA

Este é um estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, orientado pelo referencial do materialismo histórico e dialético, e, também, por estudos sobre a interdisciplinaridade. Foi desenvolvido em duas instituições hospitalares públicas do sul do Brasil, com duas equipes interdisciplinares: uma voltada para o atendimento ambulatorial de pessoas da terceira idade e outra, para a atenção ao doente oncológico em cuidados paliativos.

As equipes interdisciplinares foram escolhidas considerando a história e o reconhecimento dessas experiências como práticas interdisciplinares no contexto do trabalho

em saúde, a composição multiprofissional da equipe e o aceite da instituição e dos/as profissionais para participarem da pesquisa. A duas equipes foram formadas na década de 1980, com uma composição multiprofissional, e desde essa época se mantêm atuando na perspectiva de construção e ampliação da interdisciplinaridade.

Os integrantes das equipes realizam atividades envolvendo toda a equipe, avaliam periodicamente o trabalho deles, bem como atuam conjuntamente no planejamento, na execução e na avaliação da assistência que prestam aos doentes sob seus cuidados. Participaram do estudo 19 integrantes das equipes interdisciplinares, dentre os quais: assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicóloga, técnicos/as de enfermagem, enfermeiros/as e médicos/as.

A equipe de cuidados paliativos conta com profissionais médicos, de enfermagem, assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista e desenvolve suas atividades no âmbito ambulatorial, hospital-dia, internação domiciliar e hospitalar.

Na equipe gerontológica, atuam profissionais médicos, enfermeira, assistente social e psicóloga, que prestam atenção à saúde de idosos em atendimento ambulatorial, de modo sistemático. Em situações de internação, esses idosos, embora não fiquem sob responsabilidade direta dos profissionais da equipe, são acompanhados por eles.

O processo de trabalho das equipes estudadas apresenta aspectos que as diferenciam entre si, mas também mantém uma proximidade, especificamente no que diz respeito à atuação interdisciplinar, desenvolvendo práticas baseadas na articulação dos saberes e das ações.¹¹ Isso possibilitou a análise dos resultados desse modo de atuação sobre a organização do trabalho e a subjetividade dos profissionais.

A coleta de dados foi realizada durante o período de um ano, por meio de entrevistas semiestruturadas com os/as profissionais/as e observação sistemática das atividades realizadas pelas equipes.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos/as entrevistados/as, transcritas e apresentadas a eles para a validação dos dados. A observação sistemática foi realizada por uma das pesquisadoras, totalizando 120 horas nas duas equipes estudadas. Foram observadas as atividades centrais das equipes (reuniões de equipe, visitas aos pacientes internados, visita domiciliar, atendimento ambulatorial, atividades com grupos de doentes, acompanhantes e reuniões de família, dentre outros). As atividades observadas foram registradas em diário de campo, no momento em que ocorria a observação, quando se deu especial atenção às falas que traziam conteúdo de interação, articulação de saberes e fazeres, conflitos e outros. Imediatamente após a observação, os registros foram desenvolvidos valendo-se da memória recente da pesquisadora, com a finalidade de obter uma versão o mais próxima possível da realidade observada. Posteriormente, esses dados foram complementados, quando da lembrança de situações significativas.

Os dados obtidos nas entrevistas e na observação foram sistematizados com base em categorias de análise previamente definidas, de modo a compreender a organização interdisciplinar em relação às referências teóricas sobre as NFOTs em saúde e como a subjetividade dos trabalhadores se expressava no trabalho. O material foi organizado de modo a contemplar a totalidade de comunicações dos atores sociais, estabelecendo-se, a partir daí, conjuntos homogêneos de comunicações ou unidades temáticas. Realizou-se a leitura transversal dessas comunicações (tanto das entrevistas como das observações), agrupando-as por temas, o que possibilitou a construção de duas categorias finais de análise: reconhecimento profissional na realização do trabalho e expressões da subjetividade no enfrentamento da dor e da finitude humana.

O estudo passou pela aprovação dos comitês de ética das duas instituições estudadas, recebendo parecer favorável, e seguiu as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução nº 196/96 do CNS/MS). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFSC), sob nº 173/05, em 3 de junho de 2005. Os sujeitos foram identificados pela letra inicial da profissão, ou combinação de letras, quando necessário, seguida de uma numeração quando da existência de mais de um/a profissional de uma mesma categoria funcional e a sigla da equipe que os caracterizou (ECP para a Equipe de Cuidados Paliativos e EG para a Equipe Gerontológica).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise da dinâmica de trabalho das equipes estudadas permitiu compreender diversos aspectos a respeito da integração e articulação que acontece na prática interdisciplinar com destaque para as situações e conteúdos de expressão das subjetividades dos profissionais envolvidos. No relato e observação das práticas, foi possível perceber, em primeiro lugar, sentimentos de reconhecimento profissional como importante contribuição para a identidade dos profissionais com o seu trabalho e com a sua obra, aproximando-se do potencial satisfatório do trabalho humano, como mencionado por Karl Marx em *O capital*.¹² Na análise dos dados, destacou-se, ainda, expressões da subjetividade no enfrentamento da dor e da finitude humana, presente, especialmente, no trabalho com doentes terminais.

Reconhecimento profissional na realização do trabalho

Para os/as integrantes do estudo, o trabalho é fonte potencial de realização. Contudo, da mesma forma que o trabalho traz elementos de valorização pessoal e profissional, ele é cercado de elementos que dificultam e limitam a expressão da subjetividade, bem como ocasionam sofrimento. Gostar daquilo que faz constitui

um fator motivador para o trabalho. Tais manifestações são sintetizadas na fala da entrevistada:

Eu sou feliz com o que eu faço. Eu amo o que eu faço. Amo de paixão. Amo poder fazer o que eu faço do jeito que eu faço, ser enfermeira. Eu acho que sou uma pessoa, uma profissional privilegiada. Eu me sinto assim. Por vários motivos [...]: estar dentro da instituição, ter essa equipe de colegas. Estar junto com esse paciente, com essa família. (e1/ECP)

Na apresentação dos fatores que contribuem para a realização pessoal e profissional no trabalho, pesa significativamente ser reconhecido e respeitado em suas competências pelos colegas, pela instituição e, especialmente, pelos usuários e familiares.

Não tem coisa mais importante do que ouvir deles [doentes] que o teu trabalho faz diferença. [...] Eu sinto que a minha opinião é importante para o grupo numa série de questões. Eu sinto que há um reconhecimento do grupo em relação ao meu trabalho. (fr/ECP)

Quando a gente sai e volta e eles [usuários] perguntam: 'Onde tu estavas? Que bom que tu voltaste'. São eles que nos motivam. Os profissionais que valorizam, que encaminham. (e4/EG)

Ver que a família entendeu o que você propôs e que aquilo foi bom para o paciente. A equipe trabalhando junto e conseguindo um resultado bom para o paciente, para a qualidade de vida. Quando a família e os seus colegas percebem o esforço que você está fazendo. Eu sou valorizada porque a minha decisão, como a da enfermagem, da nutrição, também é importante. Eu não posso passar por cima da decisão deles e eles também não podem passar por cima da minha. (m4/ECP)

Analisando a defasagem entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real, entende-se que, para vencer os obstáculos do trabalho real, o/a trabalhador/a necessita colocar muito de si, de suas emoções, paixões e investimento pessoal, por isso o reconhecimento obtido é percebido como estímulo pelos entrevistados. Evidencia-se a necessidade do reconhecimento que diz respeito ao juízo de utilidade do trabalho, ou seja, o reconhecimento das chefias hierárquicas e do cliente e o papel deles na estruturação dos sentidos do trabalho para o/a trabalhador/a.^{13,14}

Destaca-se também, e de modo igualmente importante, o reconhecimento que vem dos seus pares, daqueles/as que conhecem profundamente o trabalho e, portanto, podem avaliá-los/as sob um ponto de vista inacessível aos que estão fora da situação de trabalho. Esse é o julgamento mais crítico, pois diz respeito ao juízo de beleza,¹³ e ao passar por ele o/a trabalhador/a se fortalece.

A identificação do trabalhador/a com a tarefa realizada tem sido reconhecida em diversos estudos como fator fundamental para a motivação e a satisfação no trabalho, assim como o reconhecimento do trabalho pelos usuários, colegas e instituição.^{15,16} A prática interdisciplinar, por seu

potencial para propiciar um trabalho mais motivador e criativo, tem sido reconhecida pelos profissionais de saúde como uma possibilidade de expressão da subjetividade no trabalho, contribuindo, positivamente, para trabalhadores e usuários. A existência de um projeto de trabalho comum, as relações de troca, a articulação e a integração, que acontecem no trabalho interdisciplinar, possibilitam maior conhecimento e reconhecimento do trabalho do outro, valorizam as potencialidades individuais e coletivas. e isso se reflete em satisfação e reconhecimento do trabalho.^{3,16-20}

No reconhecimento entre pares, porém, não basta ser valorizado/a internamente na equipe. Nos relatos dos/as médicos/as, percebe-se que interfere em suas subjetividades a não valorização de suas escolhas profissionais pelos/as outros/as profissionais médicos/as da instituição e também pela própria instituição:

Eu gostaria que as pessoas que estão lá na direção valorizassem e que [o trabalho fosse] facilitado. A visão que eles têm da gente eu acho interessante. Primeiro você vai ter um grupo que vai pensar: 'esses caras são totalmente malucos, atender esses pacientes horríveis, deformados, com cheiros horrorosos, reclamam, vem toda hora, [...] faz essas consultas longas, atende poucos, ganha menos pró-labore'. Deve achar a gente um bando de idiotas. Têm outros que pensam: 'Que legal! Estão fazendo um trabalho interessante. Eu não queria me meter aí nunca, mas ainda bem que eles fazem'. E vai ter aqueles [...] que [pensam.]: 'Esses caras aí, pararam no tempo, ficam atendendo esses pacientes meio podres, meio estragados, são uns coitados, só servem pra isso aí mesmo'. [...] Claro que ninguém seria louco de chegar pra mim e dizer isso. [mas] [...] sempre deixam escapar uma coisa aqui, outra lá, e eu sou muito atento. Então acabei descobrindo mais ou menos a que grupo cada um pertence, se são os indiferentes, os simpáticos e os desprezadores. (m2/ECP)

O que nos dizem os/as entrevistados/as, em várias situações deste estudo, está relacionado à valorização diferenciada no âmbito do trabalho médico. A divisão do trabalho que ocorre nessa profissão, em especial a fragmentação e a especialização do conhecimento, orientada pela lógica da biomedicina e pelo mercado, tem resultado na atribuição de diferentes valores sociais a diferentes especializações na mesma profissão.

Na hegemonia do poder médico nas organizações hospitalares, destaca-se que o poder das profissões, quando baseado em um corpo de conhecimentos científicos, deixa sempre a possibilidade e "o risco de neste corpo de conhecimentos se introduzirem processos de rotinização e de desqualificação provocados por intervenções externas ou decorrentes da própria lógica do desenvolvimento interno de certos saberes"^{21:73}. No caso da profissão médica, essa desvalorização pode acontecer em decorrência da extrema especialização das práticas, do manuseio de tecnologias sofisticadas, dos meios diagnósticos avançados e outros. Nessa situação, mesmo na medicina, pode o movimento nas hierarquias de poder e de prestígio profissional promover constantes

desqualificações na profissão, tornando determinados grupos de especialistas mais vulneráveis.

No que diz respeito ao sentido de utilidade ou finalidade do trabalho, a situação mostra-se um tanto diferenciada. Se, por um lado, esse reconhecimento é sustentado em parte pelos usuários e familiares, para a maioria dos/as integrantes do estudo o reconhecimento que advém da hierarquia da instituição, por intermédio das chefias superiores, deixa a desejar. Nesse sentido, aparecem os carecimentos de valorização do trabalho.

O profissional não é valorizado. Se fizer sua meta e o outro fizer a meta dele pela metade, é igual. Eles não sabem o que é o nosso trabalho. (to/ECP)

As direções acham muito bom ter serviços como o nosso, em que as coisas funcionam e nós não damos chateação para ninguém. (m2/ECP)

O grupo não tem algumas coisas, nós estamos patinando há anos. Em todas as administrações, o pessoal assume e vai lá mostrar o projeto. Não se move uma palha. Nós somos um núcleo, não temos o reconhecimento. Nós somos importantes, atendemos uma clientela enorme. Cada vez está crescendo mais. [...] Mas, à medida que nós precisamos de recurso, de espaço, de material, de pessoal, não existe esse reconhecimento. (e4/EG)

Na situação específica do/a entrevistado/a abaixo, em que se manifesta uma posição muito diferenciada daquelas colhidas dos/as demais integrantes do estudo, percebe-se que a inserção do profissional nas estruturas mais elevadas da instituição, sua participação nessas esferas administrativas, interfere em seu posicionamento e em suas percepções. Também nessa situação destaca-se a condição de alguém que domina o histórico da instituição e da equipe, comportando elementos da “história viva” da trajetória da equipe, as dificuldades e caminhos já trilhados, as conquistas e as possíveis vitórias diante da realidade:

Sem dúvida. Este trabalho só pode existir porque nós fomos reconhecidos, porque, durante muitos anos, fazer cuidados paliativos deu prejuízo para a instituição. Todo analgésico era dado e era pago pela fundação, pela instituição. E eles mantiveram durante mais de dez anos este trabalho. Depois é que o Ministério começou a remunerar pelos analgésicos. [...] Não era prejuízo, porque as pessoas que estavam aqui reconheceram que este era um benefício muito grande. [...] Isso tinha uma repercussão social tão grande que ninguém teve coragem de mexer. Mas nós balançamos várias vezes, dependendo do olhar do administrador. [...] Nós não teríamos conseguido se as pessoas não tivessem reconhecido que é importante. (m1/ECP)

“Do reconhecimento depende o sentido do sofrimento”.^{14: 34} Se a qualidade do trabalho não é reconhecida, também os esforços, as angústias e as decepções não têm sentido. Vendo-se reconhecido, o profissional de saúde assume que o significado de que seu sofrimento não foi em vão e que, ao mesmo tempo em que serviu à

organização do trabalho, o fez diferente daquilo do que era antes do reconhecimento, e isso pode se traduzir afetivamente por “sentimentos de alívio, de prazer, às vezes de leveza d’alma ou até de elevação”.^{14:34} Esses mecanismos de reconhecimento (juízo de utilidade e de beleza) são fundamentais e esperados “por quem mobiliza sua subjetividade no trabalho”, pois tem relação com a formação da identidade. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode, depois, ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade.^{14:34}

A construção da identidade diz respeito ao “processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual/(ais) prevalece/(m) sobre outras fontes de significado”.^{22:22-23} As identidades podem ser múltiplas, tanto para um indivíduo como para um ator coletivo, e essas identidades convivem em tensão permanente e em contradição, tanto no plano da autorrepresentação como na ação social. “Identidades constituem fontes de significado para os próprios atores, por eles originadas e construídas por meio de um processo de individuação”.^{22: 22-23}

Utilizando essas reflexões, foram tomados alguns aspectos para a análise do potencial das equipes interdisciplinares para a construção de novas subjetividades entre os profissionais de saúde e também para a análise destas como projetos de resistência ao modelo hegemônico de atenção e de trabalho em saúde.

Na análise das equipes interdisciplinares, parece-nos que é forte a identidade dos/as integrantes da pesquisa com o projeto pelo qual se propuseram a trabalhar e os efeitos dessa experiência nas vivências subjetivas ou na constituição das subjetividades. Nessas equipes, a existência e defesa de um projeto de trabalho comum, compartilhado pelos/as trabalhadores/as das equipes, produz efeitos sobre a construção da identidade individual e coletiva e sobre os desejos de reconhecimento dos/as integrantes do estudo.

Nesse sentido, não surpreende que a fala desses/as profissionais manifestem um forte componente de realização e valorização pessoal e profissional, quando se referem às relações interpessoais nas equipes e aos espaços internos conquistados de autonomia e participação:

É extremamente gratificante trabalhar em uma instituição em que eu percebo um pouco mais de autonomia de serviço como enfermeiro. [...] Trabalhar com uma equipe [...] que busca um objetivo único. (e2/ECP)

Eu tenho autonomia no meu trabalho. E isso é muito importante. Acho que as pessoas com quem eu trabalho confiam naquilo que eu faço. [...] Como pessoa, a gente se dá muito bem [...], trabalha junto, tem a questão técnica, mas tem um envolvimento também e eu sinto que eu faço parte, eu faço falta ali dentro. (nt/ECP)

Eu me sinto uma pessoa privilegiada por ser enfermeira, por estar aqui dentro fazendo do jeito que eu acho que

pode ser feito, do jeito que eu acredito. Do jeito que é o meu jeito. [...] Isso me valoriza. Eu tenho a possibilidade de me colocar, eu tenho onde eu sou ouvida. (e1/ECP)

Sinto-me respeitado até por ser o mais velho do grupo, mas não pelo mais velho. Eu acho que eles me respeitam pela minha proposta de trabalho. Eu já fui um pouco mais de idealismo e sensibilizei-as pra isso. [...] Eu me sinto muito gratificado. No serviço público, foi um dos lugares que eu fui mais respeitado. Sinto-me gente mesmo. [...] Muito respeitado como pessoa. Fora do nosso grupo eu sou mais um neste meio, porque a universidade está dando muito valor a quem aparece mais. E amigos que eu adquiri. Muito mais que colegas de trabalho. Amigos são importantes dentro de uma instituição que está ficando cada vez mais individualista. (m5/EG)

Muitas das situações abordadas pelos/a trabalhadores/as sobre a satisfação e a necessidade de reconhecimento institucional dos/as colegas e dos usuários não se distinguem das demandas de valorização encontradas por diversos autores que têm tratado deste tema na enfermagem e na saúde, e que não dizem respeito à vivência de projetos interdisciplinares. Também nesses estudos^{2,23,24} constata-se o forte sentimento de reconhecimento que envolve a instituição, os/as colegas e, especialmente, aqueles que o usufruem – os usuários dos serviços. Talvez a diferença esteja na forma como essa subjetividade se manifesta, na clareza de objetivos e na consciência de coletividade, ultrapassando a questão individual de cada profissão.

Expressões da subjetividade no enfrentamento da dor e da finitude humana

O trabalho da Equipe de Cuidados Paliativos, pelas características especiais dos sujeitos por eles cuidados, possibilitou emergir sentimentos, expectativas e frustrações ao depararem com a morte ou com a sua possibilidade concreta, assim como com a dor física e emocional de seres humanos gravemente enfermos. A convivência contínua dos profissionais do serviço de cuidados paliativos com o doente terminal e com a morte, embora em muitos casos os/as integrantes do estudo tentassem minimizar os efeitos do trabalho sobre sua vida, em suas falas, obtidas nas entrevistas e captadas nos diálogos verificados na observação sistemática, foram identificadas expressões de sofrimento, de frustração e de impotência.

As características do trabalho interdisciplinar, que propicia o planejamento conjunto das ações terapêuticas com práticas participativas, articulação de saberes e espaços para diálogo e colaboração, permitiram que os integrantes da equipe expressassem seus sentimentos de modo a enfrentar o que se coloca em um trabalho especial e necessário que envolve o cuidar de necessidades decorrentes da própria condição humana, ou seja, o viver a doença, o sofrimento, a impotência e a certeza da morte.

Depois de uns dez anos de você ficar vendo gente sofrendo e morrendo ali na tua frente, aquilo te cobra

um pouquinho. É inegável. Aquilo te corrói. Você não é mais a mesma pessoa que você entrou. (m2/ECP)

Mais ainda que nas falas, na observação sistemática foram percebidas muitas situações que mobilizavam dor, frustração e impotência nos/as profissionais. Um exemplo que caracteriza bem a situação acontece ao final de cada mês, quando, concluídas as estatísticas, os profissionais contabilizam e comentam o número de óbitos que ocorrem a cada dia. Nesse período, é frequente encontrar trabalhadores/as conversando sobre o assunto: como foi um mês difícil, quais doentes faleceram, como está a situação da família, como aconteceu o óbito.

Outro exemplo aconteceu em reunião com a equipe, quando os/as profissionais discutiam a situação de um doente com câncer avançado de esôfago, com obstrução gástrica, sem alimentação oral e sem possibilidade de passar sonda nasoesofágica para alimentação. Os/as profissionais expuseram as possibilidades e concluíram que não havia nada a fazer:

O enfermeiro X relata que a doente solicita comida, que tem fome e pergunta o que fazer. O médico Y diz: 'Não tem nem que levar comida, porque é muito triste ficar vendo o alimento'. A nutricionista questiona: 'É o que a gente diz? Porque uma coisa é o nosso entendimento, mas o que dizer a ela?' O médico responde: 'Tem que dizer a ela que tem uma obstrução e que não vai mais passar comida.' 'E daí?', pergunta a nutricionista. 'Vamos ter que fazer o que é possível para que ela se sinta melhor', diz o médico. (Nota de campo, 2006)

Em meio a esse diálogo, percebe-se a desolação da equipe, o sentimento de impotência presente em cada um.

Também em situações de extrema deformidade física, quando o doente necessita de curativos e outros cuidados, são frequentes os comentários sobre aquilo que se passa durante a atividade, as dificuldades do/a doente, da família e dos/as próprios/as profissionais. Nesse sentido, observa-se que os/as profissionais realizam o cuidado em pares, como que a se protegerem da situação de sofrimento vivenciada frente ao doente.

Uma situação extremamente complexa e mobilizadora da equipe aconteceu quando da internação e cuidado de um/a trabalhador/a da instituição com câncer avançado. Diversas vezes, nessa situação, presenciamos os/as profissionais cobrando-se como não haviam percebido o que acontecia com o/a colega e se questionando como a situação havia chegado àquele ponto sem ninguém perceber, quando trabalhavam cotidianamente com essa doença. Nesse sentido, havia nas palavras não ditas um quê de culpa por não terem “suspeitado” da doença em tempo de tratá-la. Esse também é um momento em que se evidencia a “constatação” da vulnerabilidade da própria equipe.

Toda a etapa de observação foi marcada por situações dessa natureza, que deixavam à mostra que a vivência da morte e das condições em que os/as doentes se

encontravam ao final da doença não era tão “tranquila” como os/as profissionais afirmavam muitas vezes. Na expressão dos/as trabalhadores, esses sentimentos aparecem, como nos depoimentos a seguir:

Às vezes xingar, chorar, ficar fora daqui. Dizer: ‘Olha eu não quero mais. Eu preciso de folga. Eu preciso ficar vários dias fora daqui. Eu preciso!’ Porque vários dos óbitos vivenciados foram de pacientes que estavam há muito tempo conosco aqui. E isso nos desgastou. E a gente pensa que no mês seguinte vai mudar, mas no mês seguinte é que a gente leva o baque. (e3/ECP)

O que mais me entristece é o sofrimento do paciente, o óbito precoce. Por mais que eu não queira, eu fico mal. [...] Ainda mexe muito comigo. Preciso trabalhar isso melhor. Afora isso, eu não posso reclamar de nada, porque eu vim de um lugar que era um horror em termos de profissionais, de valorização, de reconhecimento, de trabalho. [...] Você vê coisas que você não imagina que tem. [...] Não acredita que tem. E tem! Você vê coisa neste corredor aqui! (to/ECP)

Sobre esse aspecto, há entre os/as integrantes da equipe a preocupação com os enfrentamentos feitos pelos/as profissionais, os quais percebem e conhecem os mecanismos de defesa de cada um/a e constroem coletivamente estratégias para a sustentação dessa vivência imposta pelo trabalho. As mortes de usuários são discutidas a cada reunião de equipe, bem como abre-se espaço para que cada um/a relate ao grupo o evento e suas percepções sobre ele. Os sentimentos são explorados, as dúvidas e possibilidades de cada situação são esclarecidas, num esforço claro de acolhimento das dores e tristezas, individuais e coletivas, mobilizados por cada finalização de uma vida.

Esse aspecto presente nas relações profissionais é fundamental para a manutenção da saúde mental dos/as profissionais, bem como uma estratégia que lhes permite prosseguir o trabalho. O envolvimento no processo de cuidado de doentes terminais demanda espaço para expor as angústias pessoais, os dilemas ético-profissionais que se relacionam às condutas tomadas em cada caso.²⁵ Nesse sentido, poder falar e ser escutado, além de atender a essas demandas, provavelmente, é fruto da construção de identidade de “pertença”.²²

Alguns profissionais manifestaram a preocupação com integrantes da equipe que têm participação mais limitada nas discussões, mas que têm forte influência na prática assistencial, realizando muitas das ações cotidianas de cuidado, como é o caso dos/as técnicos/as de enfermagem:

O que a gente precisaria aprimorar é a comunicação com os técnicos de enfermagem. Saber o que eles sentem, com uma prescrição de sedação. Às vezes está lá escondidinho e aparece quando você pergunta: por que tu estás mais triste agora? ‘Ah, doutora é que eu fiquei tão em dúvida, será que aquela paciente poderia ser sedada’. São os dilemas éticos. (m1/ECP)

A convivência com a condição da doença e da morte representa um desgaste para familiares e profissionais que convivem com doentes terminais, como é a situação dos doentes com câncer avançado, em que a dor, o agravamento e a degradação das condições gerais do doente afetam a todos/as os/as que estão em contato com a pessoa doente.²⁶

A formação do/as profissionais de saúde enfatiza, demasiadamente, a cura, o investimento em procedimentos que prolongam a vida, muitas vezes indefinidamente, mesmo quando é possível questionar a própria existência e o sentido da vida em determinadas condições, considerando que a vida não pertence apenas à esfera física. A realidade da morte faz com que os/as profissionais de saúde e, principalmente, o profissional médico se defronte “com sua impotência, pois, por mais recursos tecnológicos que ele disponha, a morte sempre será vencedora”.^{26:19}

A perspectiva da filosofia de cuidados paliativos, como vem sendo difundida em diversos países e mais recentemente, a partir da década de 1970, no Brasil, enfatiza a vida com qualidade e a atuação profissional voltada para “estar ao lado”, dando melhores condições de vida ao doente, facilitando o processo vivido pelos familiares e doentes, “e continuando junto, quando a morte inevitável, vier”.^{26:19}

O processo de enfrentamento de uma doença terminal exige dos/as profissionais profunda capacidade de comunicação diante da evolução da doença, dos conflitos que envolvem o doente e a família e das situações que envolvem a vida do doente e que são agravadas pelo sofrimento provocado pela doença e pela aproximação com a morte. Envolve, também, dilemas éticos fundamentais, que passam pela definição de qual é o momento em que não há mais nada a fazer, quando a morte se sobrepõe à vida. Dilemas sobre as escolhas de procedimentos que são realizados no sentido de aliviar a dor e o sofrimento e aqueles que provocam o prolongamento da vida à custa de dor e sofrimento. Dilemas sobre a definição da assistência necessária e a desassistência que pode sobrevir dessas escolhas, sobre o uso de medicamentos que auxiliam a diminuição da dor e do sofrimento, mas podem abreviar a vida.²⁶

Considerando a complexidade da abordagem com doentes terminais nos serviços de saúde, as habilidades desenvolvidas pela articulação interdisciplinar podem contribuir para o enfrentamento dessas situações; pelo apoio dos profissionais entre si; pela participação na tomada de decisão; pelo acolhimento do outro,^{3,25} com reflexos positivos para os/as trabalhadores/as que podem expressar sua subjetividade e trocar na relação com os outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar as experiências motivadoras, os fatores que valorizam e desvalorizam o trabalhador nas instituições, bem como os modos de resistência que esses desenvolvem para a superação das dificuldades,

constitui o aspecto central que se discutiu ao tratar do trabalho interdisciplinar e da expressão da subjetividade. Nesse sentido, apesar dos limites e dificuldades que se colocam quando se pensa em mudanças no trabalho em saúde, é preciso valorizar as experiências capazes de restituir a confiança das pessoas nelas mesmas, no grupo, nas instituições de saúde e na construção de uma sociedade mais solidária.

Na apreensão que se fez em relação aos sujeitos integrantes das equipes interdisciplinares estudadas e suas subjetividades, está presente a noção de alguém implicado na situação, produzindo e se autoproduzindo na vivência do trabalho. Sob esse aspecto, a atuação em equipes interdisciplinares aponta para maior satisfação dos trabalhadores no exercício do trabalho, especialmente por se sentirem “reconhecidos” pelos usuários e pelos demais trabalhadores da equipe. A relação interdisciplinar parece contribuir positivamente para a constituição de subjetividades, manifestando-se na relação construída com o outro ou com os outros, em uma realidade concreta.

O sentimento de pouco ou não reconhecimento em relação à hierarquia das instituições mostra-se presente entre os/as trabalhadores/as das equipes interdisciplinares estudadas, e isso traz reflexos negativos para a constituição da subjetividade. Percebe-se que, entre si, os trabalhadores desenvolvem mecanismos para a superação dessa condição, porém isso não invalida a necessidade de as hierarquias

institucionais estarem mais atentas à questão, pois o desejo de reconhecimento não constitui uma reivindicação secundária daqueles que trabalham. Ao contrário, “mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho”.^{13:34} É preciso considerar, também, que os sentimentos de satisfação e reconhecimento no trabalho têm reflexos para trabalhadores, usuários, instituição e para o próprio sistema de saúde, podendo resultar em mudanças significativas na atenção à saúde.

A contribuição deste estudo reside no fato de que a produção do conhecimento interdisciplinar em saúde pouco tem destacado, na prática concreta, os resultados desse modo de organização do trabalho na vivência dos/as trabalhadores/as e suas subjetividades. Compreender como se estabelece o processo de trabalho com base na atuação em equipes interdisciplinares pode auxiliar os/as trabalhadores/as a repensar seu repertório de atuação com resultados significativos para a satisfação no trabalho e para um trabalho assistencial de melhor qualidade.

Na atualidade, imensas são as dificuldades que limitam a prática cooperativa entre os profissionais e a experimentação de novas formas de organização do trabalho em saúde. No entanto, as dificuldades não impedem ou inviabilizam a concretização de mudanças na prática e estudos que apontem as potencialidades, e limites dessas mudanças podem contribuir para a ampliação do conhecimento sobre esse processo e para repensar a prática.

REFERÊNCIAS

1. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo: AnnaBlume; 2008.
2. Matos E. Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. 140f.
3. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm*. 2009 abril-jun; 18(2): 338-46.
4. Guimarães VN. Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial: estudo comparativo de casos na indústria mecânica de Santa Catarina [tese]. Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis; 1995. 473f.
5. Chanlat JF. Modo de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: Davel E, Vasconcelos J, organizadores. “Recursos” humanos e subjetividade. 3ª ed. Petrópolis. Vozes; 2000. p.118-28.
6. Ramminger T, Nardi HC. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface (Botucatu)*. 2008 June; 12(25): 339-46. [Cited 2009 Dec 19] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200009&Ing=en.
7. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-49.
8. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A; 1997.
9. Rose N. Como se deve fazer a história do eu? *Educação & Realidade*. 2001 jan./jul; 26(1):33-57.
10. Codo W. Qualidade, participação e saúde mental: muitos impasses e algumas saídas para o trabalho no final do século. In: Davel E, Vasconcelos J, organizadores. “Recursos” humanos e subjetividade. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000 p. 129 – 57.
11. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001 Feb; 35(1): 103-9. [Citado 2006 fev. 24]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&Ing=en.
12. Marx K. O capital: crítica da economia política. 10ª ed. São Paulo: Difel; 1989.
13. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola djouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. 145p.
14. Dejours C. A Banalização da injustiça social. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999. 158 p.
15. Graça L. A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Textos sobre saúde e trabalho. Portugal; 2004. [Citado 2009 dez. 17]. Disponível em www.ensp.unl.pt/lgraca/textos27.html.

16. Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso MCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(1): 85-91. [Citado 2009 dez. 16]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf.
17. Saupe R, Cutolo RLA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para a prática interdisciplinar. Interface Comun Saúde Educ. 2005 set./dez; 9(18): 521-36. [Citado 2009 dez. 17]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf.
18. Souza DRP, Souza MBB. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 1(1): 117-23. [Citado 2009 dez. 20]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf.
19. Brito JMM, Vianna PCM, Santos FX, Silva TC, Costa ASSM. A reforma psiquiátrica e a assistência prestada por profissionais em um serviço substitutivo de saúde mental. REME Rev Min Enferm. 2008 out./dez; 12(4): 494-500.
20. Fernandes MTO, Soares SM, Silva LB. Limitações e possibilidades no desenvolvimento do trabalho com grupos na estratégia de saúde da família. REME Rev Min Enferm. 2008 jul./set; 12(3): 355-41.
21. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. 2ª ed. Porto, Portugal: Afrontamento; 1993. 295 p.
22. Castells M. O poder da identidade. 5ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006. 530 p.
23. Gelbcke F. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador [tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2002. 270f.
24. Leite E, Ferreira LC. Relatório diagnóstico e mobilização dos enfermeiros: programa vivendo e trabalhando melhor. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial; 1996.
25. Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: FASESP; 2004. 224 p.
26. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001. 295p.

Data de submissão: 11/5/2009

Data de aprovação: 10/3/2010