



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações –
PSTO

**A Psicodinâmica do Trabalho de Profissionais de Odontologia do Centro
Ambulatorial de um Hospital Universitário**

Angela da Silva Ferreira

Orientadora: Profa. Dra. Ana Magnólia Mendes

Brasília, abril de 2013.



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações –
PSTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

A Psicodinâmica do Trabalho de Profissionais de Odontologia do Centro Ambulatorial
de um Hospital Universitário

Angela da Silva Ferreira

Orientadora: Profa. Dra. Ana Magnólia Mendes

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Social, do
Trabalho e das
Organizações, do Instituto de
Psicologia da Universidade
de Brasília como requisito ao
título de Mestre em
Psicologia

Brasília, abril de 2013.

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações –
PSTO

Dissertação defendida em 08/04/2013, aprovada pela banca examinadora constituída por:

Professora Doutora Ana Magnólia Bezerra Mendes
Presidente da Banca Examinadora
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília – UnB

Professora Doutora Valeska Maria Zanello de Loyola
Examinadora
Departamento de Psicologia Clínica – Instituto de Psicologia – UnB

Professora Doutora Maria da Graça Luderitz Hoefel
Examinadora
Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências da Saúde – UnB

Professora Doutora Lêda Gonçalves de Freitas
Suplente
Universidade Católica de Brasília – UCB

A função da universidade é única e exclusiva. Não se trata somente de difundir conhecimentos. O livro também os difunde. Não se trata, somente, de conservar a experiência humana. O livro também a conserva. Não se trata, somente, de preparar práticos ou profissionais, de ofícios ou artes. A aprendizagem direta os prepara, ou, em último caso, escolas muito mais singelas do que universidades.

Trata-se de manter uma atmosfera de saber para se preparar o homem que o serve e o desenvolve. Trata-se de conservar o saber vivo e não morto, nos livros ou no empirismo das práticas não intelectualizadas. Trata-se de formular intelectualmente a experiência humana, sempre renovada, para que a mesma se torne consciente e progressiva.

Trata-se de difundir a cultura humana, mas de fazê-lo com inspiração, enriquecendo e vitalizando o saber do passado com a sedução, a atração e o ímpeto do presente.

O saber não é um objeto que se recebe das gerações que se foram, para a nossa geração, o saber é uma atitude de espírito que se forma lentamente ao contato dos que sabem.

A universidade é, em essência, a reunião entre os que sabem e os que desejam aprender. Há toda uma iniciação a se fazer. E essa iniciação, como todas as iniciações, se faz em uma atmosfera que cultive, sobretudo, a imaginação. Cultivar a imaginação é cultivar a capacidade de dar sentido e significado às coisas. A vida humana não é o transcorrer monótono de sua rotina quotidiana, vida humana é, sobretudo, a sublime inquietação de conhecer e de fazer. É essa inquietação de compreender e de aplicar que encontrou afinal a sua casa. A casa onde se acolhe toda a nossa sede de saber e toda a nossa sede de melhorar é a universidade.

Anísio Teixeira - Educação e Universidade

AGRADECIMENTOS

Ao fecharmos um ciclo e iniciarmos uma nova etapa em nossa caminhada, é o momento de agradecer aos que se destacaram na construção desta história:

- Agradeço a Deus, meu Sumo Bem, por ter me presenteado com o dom da vida, dado-me força em cada momento de dificuldade e me carregado no colo todas as vezes que minhas pernas demonstraram cansaço para seguir em frente.
- À minha querida orientadora, Profa. Ana Magnólia, com quem aprendi a dar mais valor ao juramento que fiz, no dia de minha formatura, de colocar minha profissão a serviço do outro, principalmente, daqueles que lutam por sua saúde. Obrigada pelo carinho, pela amizade, pelo respeito, pela confiança, pelas risadas, pelas viagens, pelos vinhos, pelos “puxões de orelha”, enfim, por ter dedicado muito de seu precioso tempo para direcionar-me nas pesquisas, tanto no percurso da especialização como do mestrado.
- A minha família, que mesmo sem entender o porquê de tanto engajamento no mestrado, soube, com sensibilidade, respeitar cada ausência necessária. Dedico a vocês pai, mãe e irmã (especialmente você pela ajuda em todas as etapas) esta vitória.
- Aos meus colegas do grupo de pesquisa do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB pela constante torcida e por provarem que o estabelecimento de um verdadeiro coletivo de trabalho se apoia na solidariedade, na confiança e na cooperação. Especiais agradecimentos aos queridos Márcio, Solene e Verônica, que comigo iniciaram este percurso e com os quais compartilhei os momentos mais felizes e também os mais dramáticos. Agradeço também a dois mestres maravilhosos que provaram ser verdadeiros doutores em companheirismo: Emílio e Liliam. Muito obrigada por tudo!
- Aos grandes psicólogos, psiquiatras, profissionais de saúde e mestres de minha vida: Denise Fleith, Regina Pedrosa, Glaucia Diniz, Mário César, Carla Antloga, Lia, Luciana, Luiza, Niva, Suely, Cris, Rose, Gilca, Meirilane, Marcelo... muitíssimo obrigada pelas lições, pela força e pela confiança sempre depositadas em mim e no meu trabalho.
- Aos colegas da Coordenadoria de Qualidade de Vida, da Diretoria de Saúde e do Decanato de Gestão de Pessoas que me dedicaram compreensão, carinho e apoio para que eu pudesse finalizar esta tarefa com a promessa de retornar ao trabalho com mais ideias e com mais vontade de mudar a realidade dos servidores da UnB.
- Aos meus estimados amigos (Bel, Carol, Dridris, Fê Duarte, Fiul, Getsemany, Grazy, Josi, Ju Seild, Ju Legentil, Lili, Luanão, Nana, Paty, Poly, Pri, Tati, Vivi) que continuamente me oferecem apoio, colo, ajuda, diversão, alegria, conselhos... Obrigada queridos, afinal, sonho que se sonha sozinho não tem graça.
- Às professoras Valeska Maria Zanello de Loyola, Maria da Graça Luderitz Hoefel e Lêda Gonçalves de Freitas por, gentilmente, aceitarem participar da banca de defesa e oferecerem contribuições valiosas para este estudo.
- Por fim, agradeço aos trabalhadores que participaram desse estudo e confiaram suas angústias a mim. Creio que juntos começamos um processo de reconstrução de suas histórias e de seus coletivos que impactaram não só em mobilização em vocês, mas, principalmente, mobilização em mim. Obrigada pelas contribuições!

“É preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê”
(Los Hermanos)

RESUMO

A busca por produtividade e cumprimento de prazos constitui-se como fonte de desestabilização dos coletivos de trabalho, tornando o processo de constituição da subjetividade cada vez mais fragmentado. Na perspectiva da psicodinâmica, o trabalho configura-se como elemento central na promoção do desenvolvimento psíquico e da constituição da identidade dos sujeitos. Entende-se a organização do trabalho como dimensão fundamental para compreensão do contexto de trabalho e para o estabelecimento da confiança, da cooperação e do espaço público de discussão. Dessa forma, a análise da organização do trabalho torna-se fundamental, tendo em vista que sem a cooperação e o envolvimento dos trabalhadores, o adoecimento psíquico torna-se um risco. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a psicodinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia do centro ambulatorial de um hospital universitário, por meio da clínica do trabalho. Apresentam-se como objetivos específicos: (1) caracterizar a organização do trabalho atendo-se ao prescrito x real, visível x invisível, a dinâmica do trabalho e aos processos subjetivos envolvidos; (2) identificar as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas por esta categoria profissional e, (3) analisar a mobilização subjetiva em suas quatro dimensões fundamentais: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento. Participaram da pesquisa 09 profissionais: 05 cirurgiões-dentistas (dentre eles o gestor do setor), 02 auxiliares em saúde bucal, 01 técnico em saúde bucal e 01 auxiliar administrativo. Foram realizados 09 encontros, no local de trabalho dos participantes, duas vezes por semana, em um período de 02 meses, com duração de cerca de 1h30. Os dados foram analisados a luz da Análise Psicodinâmica do Trabalho, técnica que tem como base a organização do discurso do coletivo de trabalhadores, atendo-se a qualidade e ao significado da fala. Verifica-se que não há clareza sobre os papéis desempenhados por cada profissional da equipe, o que sugere a necessidade de uma redistribuição das atividades, com esclarecimento sobre as atribuições de cada membro. A quantidade reduzida de profissionais no ambulatório, aquém da situação ideal de trabalho, propicia vivências de sobrecarga. Necessita-se de um processo de comunicação mais claro entre os membros da equipe e entre a equipe e os demais centros que compõem a divisão. Apesar de existirem reuniões periódicas de trabalho, o grupo acredita que não há espaço de discussão e deliberação entre o coletivo de trabalhadores, o que prejudica o estabelecimento da cooperação entre eles. O coletivo apresenta como defesas a negação, a racionalização, o isolamento e o individualismo. Contudo, o grupo acredita na possibilidade de mudança e apresentou alternativas para superar as dificuldades encontradas hoje no contexto de trabalho. Não foi possível analisar as vivências de prazer e sofrimento dos demais profissionais da equipe por trabalharem em turno distinto ao da realização da pesquisa. Como contribuição, verifica-se que existem poucos estudos relacionados à organização do trabalho dos profissionais de odontologia, à luz da psicodinâmica do trabalho. Além disso, poucos estudos em psicodinâmica do trabalho incluem a participação do gestor na realização da clínica do trabalho.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho, Profissionais de Odontologia, Clínica do Trabalho

ABSTRACT

The search for productivity and meeting deadlines constitutes a source of destabilization of collective bargaining, making the process of constitution of subjectivity increasingly fragmented. In the psychodynamic perspective, the work appears as a central element in promoting the development and psychic constitution of the identity of the subjects. The organization of work is a fundamental dimension to the understanding of the context of work and to establish trust, cooperation and public space for discussion. Thus, the analysis of work organization becomes crucial, considering that without the cooperation and involvement of workers, mental illness becomes a risk. This study aimed to analyze the psychodynamics of dental professionals working in outpatient center at a university hospital, using clinic of work. The specific objectives are: (1) characterizing the organization of work considering the prescribed x real, invisible x visible dimensions, the work dynamics and subjective processes involved, (2) identifying the experiences of pleasure and suffering and the defensive strategies used by this profession, and (3) analyzing the subjective mobilization on its four key dimensions: practical intelligence, space for discussion, cooperation and recognition. There were 09 professionals as participants in the survey: 05 dentists (among them the manager of the sector), 02 auxiliary in oral health, 01 technical in oral health and 01 administrative assistant. Nine meetings were performed at the workplace of the participants, twice a week, over a period of 02 months, and with duration of about 1:30. The data were analyzed in the light of the psychodynamics of work analysis technique, which is based on the organization of the discourse of the collective of workers, considering the quality and meaning of speech. The results show that the roles performed by each professional in the team are not evident, which suggests the need for a redistribution of activities, with clarification of the responsibilities of each member. The reduced amount of professionals in outpatient, below the ideal working situation, provides overload of work. A clearer communication process between team members and between the team and the other centers that make up the division is necessary. Although there are regular work meetings, the group believes that there is no space for discussion and deliberation among the collective of workers, which undermines the establishment of cooperation between them. The collective presents defenses as denial, rationalization, isolation and the individualism. However, the group believes in the possibility of change and presented alternatives to overcome the difficulties experienced in the workplace. It was not possible to analyze the experiences of pleasure and suffering of the remaining team members as they work in a different shift, incompatible with the meetings of the survey. As a contribution, there are few studies related to work organization of dental professionals, in the light of psychodynamics of work. Moreover, few studies in psychodynamics of work include the participation of the manager in the realization of the clinic of work.

Key-words: Psychodynamics of Work, Dentistry Professionals, Clinic of Work.

SUMÁRIO

Introdução	09
Capítulo 1 – O mundo do trabalho e suas faces	14
1.1. O trabalho e o trabalhar na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho	14
1.2. Trabalhar na área de saúde: de que profissional falamos?	16
1.2.1. Quem é e o que faz o profissional de odontologia?	18
1.2.2. Aspectos da literatura a respeito da saúde do profissional de odontologia	24
Capítulo 2 – Psicodinâmica do trabalho: aspectos históricos, pressupostos teóricos, conceitos e práticas	29
2.1. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: o papel das estratégias defensivas e da organização do trabalho	29
2.2. Reconhecimento como via promotora da transformação do sofrimento em prazer	34
2.3. Da teoria a prática: A mobilização subjetiva enquanto potência emancipadora na Psicodinâmica do Trabalho	38
2.4. E quando quem cuida adoece? Prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de saúde	41
2.5. Práticas contemporâneas brasileiras em Clínica do Trabalho	47
Capítulo 3 – Método	51
3.1. Problema de Pesquisa	51
3.2. Campo de Investigação e Participantes	52
3.3. A Clínica Dejouriana: princípios e etapas	52
3.3.1. Clínica do Trabalho e da Ação: um caminho para a apreensão da subjetividade dos trabalhadores	54
3.4. Análise dos Dados	58
Capítulo 4 – Resultados	60
4.1. Pré pesquisa.....	60
4.2. A pesquisa propriamente dita	62
4.3. Validação e Refutação	64
4.4. Análise da Psicodinâmica do Trabalho	66
4.5. Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho	75
Capítulo 5 – Discussão	79
Considerações Finais	88
Referências	92
Anexo A	104

INTRODUÇÃO

Transformações estruturais, tecnológicas e econômicas advindas do processo de globalização engendraram aceleradas e profundas mudanças nos contextos institucionais, marcando e redefinindo novos modelos de gestão do trabalho. Estes novos modelos, que tiveram como foco o cumprimento de prazos e metas – além da busca massificada por produtividade – constituem-se como fonte de desestabilização dos coletivos de trabalho.

As novas formas de organização do trabalho não permitem o estabelecimento de espaços de cooperação entre os trabalhadores, por estarem imersos em contextos em que há uma prevalência do individualismo perante a solidariedade. Isso faz com que os trabalhadores operem no âmbito de uma cultura de competição permanente, o que gera desconfiança, denúncias e, conseqüentemente, a intensificação da solidão afetiva (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994; Dejours, 2008a, 2008b).

Segundo Antunes e Alves (2004), a precarização dos contextos de trabalho torna necessária a análise das novas formas de organização de trabalho e de gestão empregadas na atualidade, a fim de verificar como as relações entre os sujeitos se constituem diante desses novos cenários organizacionais. Percebe-se, num primeiro olhar, que o processo de constituição da subjetividade torna-se cada vez mais fragmentado deixando o trabalhador mais vulnerável (Ferreira & Mendes, 2003; Facas, 2009).

Dejours acredita que a compreensão singular desse cenário implica a análise da organização do trabalho, que diz respeito a todas as dimensões técnicas, ambientais, de gestão e éticas que compõem o contexto de trabalho. Para ele, esta dimensão é fundamental para o estabelecimento das vivências de cooperação e para a possibilidade de vivências de reconhecimento. Além disso, a organização do trabalho configura-se como dimensão fundamental para compreensão do contexto de trabalho e o reconhecimento como dimensão transversal e substancial para o estabelecimento da confiança, da cooperação e do espaço público de discussão (Dejours, 2007a, 2008b).

Neste sentido, Dejours propõe, em meados da década de 80, investigar a saúde no trabalho. Busca superar a relação dualística de causa e efeito ao procurar compreender de forma ampla a relação que é construída pelo trabalhador com o seu trabalho por meio do sentido atribuído por ele ao seu fazer. Assim, surge a Psicodinâmica do Trabalho – PDT enquanto abordagem teórico-metodológica que tem como foco de análise a compreensão de como o sujeito atua em seu trabalho, como ele sente, como ele pensa. Portanto, tem como objeto a dimensão sócio-psíquica do trabalho e não do indivíduo (Dejours, 1992).

A Psicodinâmica compreende o trabalhador como um sujeito histórico, ativo e participante na construção de seu processo de subjetividade. Para esta abordagem, todo trabalho envolve um “fazer” desse sujeito, propício a gerar uma experiência de fracasso e, assim, ser produtor de sofrimento. Do ponto de vista dessa abordagem, é necessário entender este sofrimento a partir da escuta dos indivíduos.

Merlo e Mendes (2009), buscando refletir sobre o uso dessa teoria no Brasil e o papel que esta vem desempenhando para a compreensão das relações entre a saúde mental e o trabalho, analisaram 79 publicações, entre o período de 1996 e 2009, e constaram que apesar de suas categorias teóricas serem amplamente utilizadas por pesquisadores brasileiros, ainda há um grande desconhecimento da potencialidade que esse instrumento oferece enquanto método e possível prática. Destaca-se que, no Brasil, o uso da PDT é datado do final da década de 80, ocasião em que chega ao país o primeiro livro traduzido da obra dejouriana *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (Mendes, 2007).

Levantamento complementar de estudos em Psicodinâmica do Trabalho, no período de 2009-2012, revela uma série de investigações realizadas com profissionais da área de saúde, com maior ênfase nas categorias de profissionais da enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) e de agentes comunitários de saúde integrantes do Programa Saúde da Família – PSF.

Dentre os profissionais de saúde analisados pela PDT na última década, verificam-se quão escassos são os estudos com profissionais de odontologia. Diferencia-se desses estudos a investigação realizada por Gomes *et al.* (2010) que buscaram

investigar a relação entre satisfação e sofrimento do cirurgião-dentista com o seu trabalho. Destacam-se, neste estudo, como fatores que promovem o sofrimento dos cirurgiões-dentistas: a excessiva carga horária de trabalho e os baixos salários; o desgaste físico; a relação conflituosa entre autonomia e mercado; a valorização do trabalho privado e liberal em detrimento do serviço público.

A fim de melhor compreender a organização do trabalho dessa categoria profissional, pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados Scielo Brasil (*Scientific Electronic Library Online*), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), no período de 1997 a 2012, tendo como foco de investigação o trabalho realizado pelos profissionais de odontologia, resultou em 40 artigos disponíveis em sua íntegra na internet.

Dentre os principais temas investigados nos estudos, as questões relacionadas à legislação (de modo mais enfático) e à relação profissional-paciente estiveram presentes em 23 artigos. A maioria dos artigos apresenta como participantes dos estudos apenas o cirurgião-dentista, o que talvez possa ser explicado devido ao fato dos autores serem, em sua maioria, professores de odontologia e/ou cirurgiões-dentistas. Foram encontrados apenas seis artigos de autoria de profissionais da psicologia, tendo como foco majoritário a análise do comportamento de crianças, acompanhantes e dentistas no contexto da odontopediatria. Com relação à saúde desses profissionais, os estudos encontrados apresentaram como foco de análise os riscos do desenvolvimento de lesões por esforços repetitivos e doenças osteomusculares (LER/Dort) aos quais a categoria está exposta.

Informações constantes no site do Conselho Federal de Odontologia¹ mostram que existem cerca de 400.000 profissionais de odontologia atuando no Brasil, sendo desses 251.981 Cirurgiões-Dentistas; 15.173 Técnicos em Saúde Bucal; 20.205 Técnicos em Prótese Dentária; 94.111 Auxiliares em Saúde Bucal e; 4.749 Auxiliares de Prótese Dentária.

¹ Fonte: Site do Conselho Federal de Odontologia – CFO, Disponível em < <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/downloads/>> Acesso em: 18 de janeiro de 2013.

Tendo em vista o cenário que se apresenta de pertinência à investigação dos aspectos relacionados à saúde dessa categoria profissional e, o fato da demanda pelo estudo ter sido apresentada pelo chefe do centro ambulatorial de um hospital universitário (que procurou o Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília, LPCT/UnB, a fim de solicitar realização de intervenção que pudesse melhorar o contexto das relações interpessoais na equipe), a presente investigação teve como objetivo geral analisar a psicodinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia do centro ambulatorial de um hospital universitário, por meio da metodologia dejouriana.

Apresentam-se como objetivos específicos: (1) caracterizar a organização do trabalho atendo-se aos seus elementos estruturantes (prescrito *versus* real, visível *versus* invisível, dinâmica do trabalho e processos subjetivos envolvidos); (2) identificar as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas por esta categoria profissional e, (3) analisar a mobilização subjetiva em suas quatro dimensões fundamentais: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento.

A investigação utiliza-se da Psicodinâmica do Trabalho como fundamentação teórico-metodológica e, por esta, enquanto disciplina, orientar-se na aliança entre pesquisa e ação. A presente pesquisa norteia-se pelo método dejouriano (Dejours, 1992, 2011a) que busca compreender a dinâmica das relações estabelecidas no coletivo de trabalhadores por meio da escuta do pesquisador e do discurso apresentado pelos trabalhadores. Através do estabelecimento do espaço coletivo de discussão, o método proposto permite descrever em detalhes os processos subjetivos individuais e as estratégias coletivas mobilizadoras desenvolvidas pelo encontro com as pressões do trabalho.

A escolha desse método é motivada pelos dados que são apresentados pela literatura brasileira. Na pesquisa bibliográfica, realizada em PDT nos últimos 05 anos, foram encontradas dezesseis investigações que buscaram aplicar o método da clínica do trabalho proposta por Dejours.

Diversas categorias profissionais foram objeto de investigação dessas pesquisas: guardas municipais (Baierle & Merlo, 2008; Castro & Merlo, 2011), trabalhadores

integrantes do Programa Saúde da Família-PSF (Lancman, Ghirard, Castro & Tuacek, 2009), bancários adoecidos por LER/Dort (Santos Júnior, Mendes & Araujo, 2009), profissionais de enfermagem (Traesel & Merlo, 2009, 2011), conselheiros tutelares (Castro, Toledo & Andery, 2010), educadores e cuidadores sociais (Bottega & Merlo, 2010; Lima, 2012), profissionais de T&D de uma organização pública (Gomes, Lima & Mendes, 2011), taquígrafos (Mendes, Alves & França, 2011), mulheres trabalhadoras (Martins & Mendes, 2012), oficiais de justiça (Merlo, Dornelles, Bottega & Trentini, 2012) e servidores públicos de uma agência reguladora (Silva & Mendes, 2012).

Destacam-se, entre estes estudos, as investigações realizadas por Garcia (2011) com servidores públicos das varas criminais do Tribunal de Justiça do Amazonas e por Medeiros (2012), com servidores da Unidade de Operações Aéreas do Detran-DF. As autoras tiveram muito cuidado ao desenvolver o método da clínica do trabalho, seguindo de forma pontual todos os procedimentos detalhados por Dejours e apresentando, em ambos os estudos, o avanço teórico-metodológico da aplicabilidade desse método.

O estudo aqui apresentado diferencia-se das demais pesquisas realizadas em Psicodinâmica do Trabalho no contexto brasileiro, por analisar um coletivo de trabalho pouco explorado (profissionais de odontologia).

Dessa forma, o contexto mostra-se inovador ao apresentar diferenciadas contribuições ao estudo da clínica do trabalho. Almeja-se descrever o trabalho em termos de sua importância como elemento fundamental para constituição de identidade e saúde para os trabalhadores.

Cumprir também o caminho percorrido pelo coletivo de pesquisa da presente investigação e as contribuições, em termos metodológicos, que essa trajetória poderá apresentar aos demais pesquisadores brasileiros no que tange aos limites e às possibilidades do uso da clínica do trabalho como instrumento potencializador das ações de saúde nos diversos contextos organizacionais.

CAPÍTULO 1 – O MUNDO DO TRABALHO E SUAS FACES

1.1. O trabalho e o trabalhar na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho compreende o trabalhador como um sujeito histórico, ativo e participante na construção de seu processo de subjetividade. Para esta abordagem, todo trabalho envolve um “fazer” desse sujeito, que está propício a viver uma experiência de fracasso e, assim, ser produtor de sofrimento. Do seu ponto de vista, é necessário entender este sofrimento a partir do discurso e da escuta dos indivíduos (Dejours, 1992, 2007a, 2011a; Dejours, Abdoucheli, & Jayet, 1994; Mendes, 2007; Heloani & Lancman, 2004).

Assumir o referencial da Psicodinâmica do Trabalho significa assumir a centralidade do trabalho. Se o trabalho é central, ele é constitutivo da identidade do sujeito (Dejours, 2007a). Trabalho, do ponto de vista fenomenológico, é o ato do fazer. O fazer é algo que pertence a alguém, depende de um sujeito para a ação acontecer e, na psicodinâmica, este fazer pertence ao trabalhador. Dessa forma, esta abordagem busca compreender profundamente o fazer do trabalhador que, *a priori*, não é conhecido.

Para isso, a pesquisa em psicodinâmica deve estar atenta à dinâmica do trabalhador, em seu contexto de trabalho, a fim de analisar a atividade que é produzida mesmo com as contradições entre o trabalho prescrito e o trabalho real. A observação, neste contexto, é fundamental para conhecer o trabalhador e seu fazer com o objetivo de reconhecer e avaliar essa dinâmica. Neste sentido, o trabalho configura-se como elemento central na promoção do desenvolvimento psíquico e da constituição da identidade dos sujeitos; é atividade social, que necessita do outro e do viver junto. Portanto, “é uma oportunidade de se completar como sujeito” (Mendes & Araújo, 2012, p. 32).

Concebe-se a organização do trabalho como uma dimensão fundamental na teoria dejouriana para compreender as relações dinâmicas que envolvem o trabalhador na situação de trabalho. Dejours (2011b) afirma que a organização não só é objeto de

idealização como também de identificação do indivíduo, que precisa da organização enquanto fonte de identidade.

O trabalho é ainda um mediador essencial na construção da identidade psicológica porque traz pertencimento e fortalece o desenvolvimento da identidade do trabalhador. Com isso, o trabalho pode desempenhar um papel de primeiro plano na realização de si. Para Dejours, o trabalho pode ser a via promotora da constituição do sujeito no campo social (Martins, 2009). Assim, trabalhar é uma condição psíquica e uma condição social.

Para Ferreira e Mendes (2003) o trabalho seria a “atividade humana ontológica finalística por meio do qual os trabalhadores forjam estratégias de mediação individuais e coletivas vis-à-vis num contexto de produção de bens e serviços” (p. 38).

Assunção e Brito (2011) definem trabalho como a mobilização do sujeito em sua totalidade – ou seja, envolvendo seu corpo, inteligência, emoções e capacidade de se relacionar – de modo a atender às exigências da produção deparando-se, em muitos casos, com circunstâncias adversas frente às limitações da estrutura técnico-organizacional que lhe é apresentada.

Bendassolli e Soboll (2011) compreendem o trabalho com a atividade material e simbólica por meio da qual o sujeito se afirma na relação consigo e com os demais trabalhadores, sendo assim constitutiva do “laço social e da vida subjetiva” (p.17).

Mendes, Araújo e Merlo (2011) reforçam a necessidade de se realizar o resgate inicial referente à compreensão epistemológica do trabalho como elemento dialético capaz de ser estruturante ao sujeito e, ao mesmo tempo, alienante. Assim, a organização do trabalho aparece como dimensão central de análise para se compreender os processos de subjetivação, as patologias e a saúde vinculados ao ambiente de trabalho e às estratégias empregadas pelos trabalhadores para darem conta do real do trabalho.

Ao resgatar-se a concepção inicial do conceito para a Psicodinâmica do Trabalho, verifica-se que este é compreendido nesta abordagem como fator de equilíbrio e de sofrimento:

O bem-estar psíquico não provém da ausência de funcionamento, mas, ao contrário, de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorece esse livre funcionamento, ele será fator de equilíbrio; se ele se opõe, será fator de sofrimento (Dejours, 1993, p. 103).

Neste sentido, o reconhecimento pode ser compreendido como fator estruturante e fundamental para a saúde:

[...] em sua maioria, **os que trabalham se esforçam** por fazer o melhor, pondo nisso muita **energia, paixão e investimento pessoal**. É justo que essa contribuição seja reconhecida. Quando ela não é, **quando passa despercebida** em meio à indiferença geral ou é negada pelos outros, **isso acarreta um sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental**, [...] devido à desestabilização do referencial em que se apoia a identidade (Dejours, 2007b, p. 34, *grifos nossos*).

É o sentido conferido ao reconhecimento pelo trabalhador que propicia a ele a realização de si, por meio da construção de sua identidade, a qual, para Dejours, constitui “a armadura para a saúde mental” (p. 34). O reconhecimento é uma fonte de saúde por ser construtor de identidade para os sujeitos.

Por fim, Mendes e Araujo (2012) afirmam que trabalhar nada mais é do que:

[...] a mobilização subjetiva frente ao real do trabalho, que envolve a atividade laborativa concreta, pois é a partir da organização do trabalho prescrita e efetiva que se potencializa a atividade psíquica, representada na elaboração e perlaboração (p. 25).

1.2. Trabalhar na área de saúde: de que profissional falamos?

A relação saúde-trabalho constitui há anos o objeto de pesquisa da psicodinâmica e de outras teorias críticas relacionadas ao trabalho. O interesse por esta temática pode ser justificado em função dos diversos impactos que as organizações do trabalho e os modelos de gestão contemporâneos têm exercido sobre a saúde dos trabalhadores.

Verifica-se, de modo especial, que os trabalhadores da área de saúde estão particularmente sujeitos ao estresse ocupacional devido à natureza do trabalho nessa área e às suas condições nas instituições. Esse fato fez com que o Ministério da Saúde

publicasse, em 2003, a Política Nacional de Humanização (“Humaniza SUS”) e propusesse ações transformadoras das práticas de saúde e gestão dos processos de trabalho que começam pela compreensão de como é o ambiente de trabalho no ponto de vista dos trabalhadores (Rios, 2008).

Cumprido ressaltar que a Constituição Federal de 1988, ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta um novo conceito de saúde, incorporando a Saúde do Trabalhador como uma de suas ações prioritárias. Além disso, incluiu o chamado “controle social”, que corresponde ao direito de participação da sociedade civil organizada na discussão e construção das políticas públicas de saúde (Hoefel & Severo, 2011).

Entretanto, verifica-se que, apesar da legislação vigente no Brasil apresentar avanços conceituais, ainda são percebidas algumas dificuldades para a sua concretização, principalmente no que tange à promoção pelo SUS de atenção integral à saúde dos trabalhadores. Dentre as principais dificuldades, encontra-se o despreparo de profissionais da saúde para lidar com as novas formas de adoecimento promovidas pelas atuais organizações de trabalho. Dias, Rigotto, Augusto, Cancio & Hoefel (2009) afirmam que “o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o ‘trabalho’ ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental” (p. 2064).

No que se refere ao trabalho na área de saúde, este se caracteriza por uma relação de serviço na qual o engajamento na atividade está inerentemente associado ao paradoxo “entre a missão de cuidar e a ausência de meios, especialmente quando são consideradas as novas exigências, os critérios de gestão e a realidade de funcionamento dos serviços” (Assunção & Brito, 2011, p.17).

Para Molinier (2008) a dimensão do “cuidar” é fundadora do ato de trabalhar no setor de saúde, seja nas áreas de acolhimento, apoio ou mesmo na instalação dos serviços. Segundo a autora, esta dimensão torna-se tão ambígua no contexto de trabalho que aos chefes cabe a difícil tarefa de buscar conciliar a preocupação com a eficácia do trabalho e o bem-estar das equipes, tarefa que se mostra paradoxal na função de chefia.

No que tange à saúde psíquica dos trabalhadores da saúde, a literatura aponta a necessidade de serem aplicados maiores investimentos e desenvolvidas ações preventivas que privilegiem o cuidado com a saúde mental desses profissionais que integrariam, por sua vez, uma política pública voltada ao trabalhador da saúde (Oliveira & Chaves-Maia, 2008; Silva & Costa, 2008).

Tais ações seriam positivas em virtude principalmente de grande parte desses profissionais atuarem na porta principal do SUS pois, visivelmente, a disponibilidade física e mental para o trabalho de prestação de cuidados faz diferença na atuação desses trabalhadores (Albuquerque, Melo & Araújo Neto, 2012; Malik, 2012).

Paparelli, Sato e Oliveira (2011) afirmam que as condições atuais a que os trabalhadores estão expostos contribuem significativamente para o aumento dos afastamentos do trabalho e das aposentadorias por invalidez de muitos trabalhadores do setor formal e tornam-se um grande desafio para os profissionais da área de saúde. Os profissionais são convidados a abandonar a perspectiva de que os problemas de saúde relacionados ao trabalho sejam atribuídos apenas a características individuais dos trabalhadores para refletirem sobre as diversas possibilidades de adoecimento decorrentes da própria organização do trabalho.

Diante desse cenário, segue-se nesta seção a apresentação do trabalho desenvolvido pelo profissional de odontologia: os documentos legais que definem quem é este profissional, suas competências no âmbito da realidade brasileira e, a revisão de literatura pertinente à temática de atuação desse profissional. Em seguida, são apresentadas as pesquisas existentes sobre a saúde dessa categoria profissional que versam, principalmente, sobre quatro aspectos: satisfação profissional, análise comportamental no contexto da odontopediatria, biossegurança e bioética, desenvolvimento de LER/Dort.

1.2.1. Quem é e o que faz o profissional de odontologia?

O processo de profissionalização da odontologia como profissão autônoma e individualizada da prática médica é bastante recente. As primeiras organizações

odontológicas profissionais em âmbito mundial surgiram em meados do século XIX nos Estados Unidos, mas na maioria dos países da Europa Ocidental, esta profissionalização ocorreu apenas na primeira metade do século XX. Na Itália, por exemplo, a separação da Medicina só ocorreu efetivamente em 1985. Esta indiferenciação entre as práticas médica e odontológica influenciou fortemente a imagem associada a esta última, compreendida como uma atividade mais “cosmética” do que “terapêutica”, mais artesanal e, portanto, de “baixa estima social” (Carvalho, 2006, p. 56).

Consequentemente, a especificação das atividades concernentes ao profissional de odontologia, no âmbito da legislação brasileira, também é muito recente. Em meados de 2005, publica-se a Resolução N.º 63 do Conselho Federal de Odontologia – CFO, que aprova a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Perante este documento são reconhecidos como profissionais de odontologia: os Cirurgiões-Dentistas (CDs), os Técnicos em Prótese Dentária (TPDs), os Técnicos em Saúde Bucal (TSBs), os Auxiliares em Saúde Bucal (ASBs) e os Auxiliares de Prótese Dentária (APDs).

Tal documento apresenta de forma detalhada as competências concernentes a cada um desses profissionais, sendo que, ao cirurgião-dentista são delegadas atividades privativas, enquanto aos técnicos e auxiliares são delegadas competências que dependem de supervisão “com a presença física” do cirurgião-dentista. Segundo a presente Resolução, a supervisão ao técnico em saúde bucal deve ocorrer respeitando-se a proporção máxima de 1 (um) CD para 5 (cinco) TSBs. O documento ressalta ainda que o técnico em saúde bucal poderá supervisionar as atividades desenvolvidas pelos auxiliares em saúde bucal, enquanto ao técnico em prótese dentária é facultada a supervisão das atividades realizadas pelos auxiliares de prótese dentária.

Dentre as diversas especialidades pertinentes ao exercício odontológico, encontram-se listadas como oficiais as seguintes:

- a) Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais;
- b) Dentística;
- c) Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial;
- d) Endodontia;
- e) Estomatologia;
- f) Radiologia Odontológica e Imaginologia;

- g) Implantodontia;
- h) Odontologia Legal;
- i) Odontologia do Trabalho;
- j) Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais;
- k) Odontogeriatrics;
- l) Odontopediatria;
- m) Ortodontia;
- n) Ortopedia Funcional dos Maxilares;
- o) Patologia Bucal;
- p) Periodontia;
- q) Prótese Buco-Maxilo-Facial;
- r) Prótese Dentária; e,
- s) Saúde Coletiva e da Família.

A literatura apresenta uma série de aspectos relacionados à legislação brasileira relativa ao exercício dos profissionais de odontologia e suas implicações diante da prática diária dessa atividade.

A publicação da Resolução N.º 63/2005 do CFO enumera as atividades que o cirurgião-dentista pode delegar a sua equipe auxiliar. Mas a maioria delas está relacionada apenas ao auxílio de atos praticados na clínica geral, promoção e prevenção da saúde e, desempenho de funções administrativas do consultório odontológico (Silva, Monini, Valladares Neto, Franceschini Jr., & Daruge Jr., 2009).

No que tange ao trabalho dos técnicos, verifica-se que eles ainda são subutilizados nos serviços, já que um número relativamente reduzido realiza grande parte das atividades para as quais se encontram legalmente habilitados, enquanto os auxiliares, extrapolam nas atividades desempenhadas. Tal fato revela o desconhecimento ou o descumprimento da legislação vigente por parte dos profissionais de odontologia (Queluz, 2005; Silva, Musse, Melani & Oliveira, 2009).

Com relação à legislação inerente apenas aos técnicos e auxiliares, a publicação da Lei n.º 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar de saúde bucal (ASB) no país, constitui-se um marco regulatório

importante que trouxe impactos positivos com relação à cooperação interprofissional e à supervisão. Além de se configurar como uma conquista para estes profissionais, marca também a ampliação do acesso aos serviços odontológicos já que o TSB é incluído integralmente nas ações de atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF (Frazão & Narvai, 2011).

Entretanto, o fato da legislação de regulamentação do trabalho dos técnicos e auxiliares ainda ser recente traz desafios na interpretação das competências de cada profissional e, conseqüentemente, na divisão do trabalho odontológico (Zanetti, Oliveira & Mendonça, 2012).

Apesar das dificuldades relacionadas à compreensão do trabalho realizado pelos técnicos em saúde bucal (TSBs), os cirurgiões-dentistas (CDs), de modo geral, reconhecem a importância do trabalho desses profissionais e valorizam a construção de uma relação de parceria e cooperação. Entretanto, os CDs acreditam que a falta de informação prejudica esta relação. Há também o receio dos CDs quanto à possibilidade de os TSBs tornarem-se dentistas práticos e tomarem seu espaço no mercado de trabalho, além de preocupações com relação à responsabilização legal dos CDs na supervisão das atividades desenvolvidas pelos TSBs (Esposti, Oliveira, Santos Neto & Zandonade, 2012).

Ainda sobre o perfil dos técnicos, estudo de caso realizado com profissionais egressos do curso oferecido por uma universidade mineira aponta a feminilização da profissão (Mott *et al.*, 2008), baixa percepção salarial, desvio de função (já que poucos entrevistados relataram atuar na área de formação) e predominância de inserção desse profissional na esfera pública, principalmente no PSF (Bonan *et al.*, 2009).

Faccin, Sebold e Carcereri (2010) reforçam a participação dos profissionais de saúde bucal no PSF a fim de que as ações realizadas pela equipe de saúde tenham como foco de atenção o caráter multiprofissional e integrado com base na troca de conhecimentos e na construção coletiva de intervenções.

Com relação ao uso dos serviços odontológicos no Brasil, Pinheiro e Torres (2006) observaram que existem desigualdades entre as unidades da federação e entre

indivíduos. Percebeu-se uma menor utilização desses serviços entre as unidades da federação mais pobres, com menor estrutura, com menor oferta de serviços odontológicos, médicos e serviços de saúde de maior complexidade.

De modo geral, percebe-se que a especificação legal das competências dos profissionais de odontologia tornou possível a inserção dessa categoria em ações de saúde pública, incluindo repasses de verbas a estados e municípios brasileiros exclusivamente com a finalidade de incluir as ações de odontologia no Programa Saúde da Família – PSF o qual, por meio da Portaria N.º 1.444, de 28 de março de 2000, inclui obrigatoriamente nas ações o profissional de odontologia. Cumpre ressaltar que o PSF surge como uma estratégia alternativa que tem como objetivo pensar o processo saúde-doença compreendendo o ser humano em suas dimensões biológica, psicológica, social e também cultural.

A inclusão dos profissionais de odontologia nesta estratégia busca ampliar os serviços de atenção básica ao reconhecer a saúde bucal como um direito dos cidadãos. Cria também uma nova concepção da prática odontológica, reorientando o trabalho desses profissionais, que são convidados a se adequarem melhor a política de humanização proposta pelo PSF com valorização das práticas de acolhimento que possam ir além da triagem (Pinheiro & Oliveira, 2011), a fim de que o tratamento como um todo possa ser beneficiado por uma relação mais humanizada e colaborativa entre paciente e terapeuta (Junges *et al.*, 2012).

Entretanto, verifica-se o despreparo desses profissionais para lidar com a dimensão subjetiva inerente à prática de saúde. Teixeira (2006) critica a formação do cirurgião-dentista ao afirmar que ela ainda prioriza o tecnicismo e o biologismo. A autora afirma que esses profissionais devem ser tecnicamente capazes, biologicamente orientados e psicologicamente sensíveis para, desse modo, analisar os fatores psicossociais presentes na relação profissional-paciente.

Finkler, Verdi, Caetano e Ramos (2010) consideram que o ensino da odontologia precisa de profundas transformações, pois, tradicionalmente apresenta-se de modo fragmentado, desarticulado e tecnicista, enfatizando as responsabilidades profissionais apenas sob os aspectos jurídico e técnico em detrimento dos humanos. Impõem-se assim

o desafio de formar cirurgiões-dentistas socialmente mais sensíveis e eticamente competentes.

Hadadd *et al.* (2010) acreditam que a formação de recursos humanos para o SUS deve ser vista como prioritária pelas entidades governamentais a fim de que as políticas públicas de saúde possam ser integralmente implementadas e que, por meio da qualificada formação acadêmica desses recursos humanos, possa ser garantida a qualidade da atenção à saúde prestada a população.

Aerts, Abegg e Cesa (2004) ao falarem sobre o papel do cirurgião-dentista no SUS, afirmam que os profissionais deveriam ser reorientados e capacitados a exercer uma prática que fortaleça as ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

Martins, Moimaz, Gabin, Garbin e Lima (2009) chamam a atenção para a falta de conhecimento dos princípios do SUS apresentada por profissionais integrados ao próprio sistema, o que revela falhas na formação desses profissionais para atuação na esfera pública e até mesmo desinteresse. Além disso, verifica-se que os cirurgiões-dentistas não reconhecem o SUS como referencial para a atenção odontológica e sua adesão a ele normalmente é condicionada, apenas, na contingência da associação entre conhecimento do SUS e crença pessoal em sua viabilidade (Camargo, Nakama & Cordoni Júnior; 2011). Antes mesmo de a legislação brasileira tornar obrigatória a participação do profissional de odontologia nas ações do SUS, Cordón (1997) chamava atenção para a necessidade dos profissionais de odontologia que integrassem as equipes de saúde bucal estarem integrados às equipes de saúde do SUS ao se pensar em uma agenda que englobasse a saúde bucal como tema a ser trabalhado socialmente.

A busca pela autonomia profissional traz consequências para a forma como os dentistas se portam com relação ao cuidado dispensado aos pacientes e aos demais colegas de profissão. Segundo Ceccim *et al.* (2008) predomina no imaginário da profissão a ideia absurda de que o trabalho com populações carentes, ou seja, no âmbito do serviço público, serve como aprendizagem e prática profissional, as quais são bem valorizadas posteriormente por estes profissionais no âmbito de seus consultórios particulares:

[...] no imaginário vigente, aprende-se com os pobres, oferta-se ambiência no consultório privado, adquire-se prestígio e mérito em serviços-escola e acumula-se nobreza técnica ao estabelecer atuação em ambientes de alta tecnicidade. Trabalha-se no serviço público para auferir renda segura e na assistência privada para auferir renda de ascensão (p. 1577).

Diante desse cenário, mostra-se pertinente compreender os aspectos relacionados à saúde dos profissionais de odontologia e as estratégias adotadas por estes profissionais para superar as adversidades apresentadas pelo contexto institucional de atuação a fim de compreender o impacto que as mudanças recentes na legislação brasileira trouxe à forma de atuação dessa categoria no âmbito da saúde.

1.2.2. Aspectos da literatura a respeito da saúde do profissional de odontologia

Verifica-se, no levantamento bibliográfico realizado, que pouco tem sido informado a respeito da saúde do profissional de odontologia. Os escassos estudos encontrados na literatura brasileira trazem contribuições que poderiam ser classificadas em quatro temas principais: 1) Imagem e satisfação paciente/terapeuta; 2) Análise do comportamento de crianças, acompanhantes e dentistas no contexto da odontopediatria; 3) Aspectos de bioética e biossegurança e, 4) Análise dos riscos do desenvolvimento de lesões por esforços repetitivos e doenças osteomusculares (LER/Dort).

No que tange à imagem do profissional de odontologia, Cruz, Cota, Paixão e Pordeus (1997) afirmam que as representações sociais negativas associadas ao profissional e à prática odontológica podem ser justificadas devido à rudimentaridade e a primitividade percebidas nesta profissão ao longo da história. Quando a imagem do profissional é associada aos instrumentais do exercício profissional, ele é visto como um carrasco e a ida ao dentista como um castigo. Já as associações positivas são elaboradas somente quando o dentista é reconhecido como um profissional de saúde.

Sobre o nível de satisfação de pacientes em tratamento ortodôntico, Carneiro, Moresca e Petrelli (2010) verificaram que comumente são fatores associados à satisfação: titulação, recomendação do profissional, motivação, classificação técnica, interação profissional/paciente e relacionamento pessoal com o paciente.

No que se refere à satisfação profissional de cirurgiões-dentistas, Nicolielo e Bastos (2002) verificaram que os profissionais recém-formados normalmente apresentam uma baixa satisfação, principalmente quanto ao não atendimento das expectativas com relação aos honorários recebidos e ao desenvolvimento da atividade prioritariamente em consultórios particulares e/ou cooperativas em detrimento da rede pública de saúde (Bastos, Aquilante, Almeida, Lauris & Bijella, 2003). Contribuem para esses sentimentos a associação entre baixa remuneração, jornada de trabalho prolongada, más condições de trabalho e, a percepção de desvalorização e desprestígio que levam a um desencantamento com a profissão.

Freitas (2007) encontrou resultados semelhantes relativos à discrepância percebida entre a profissão que os cirurgiões-dentistas idealizavam (de caráter liberal e com possibilidades de independência profissional e boa renda) para a realidade que encontram na atuação. Novamente, verifica-se que a maioria dos profissionais associa-se mais ao trabalho autônomo e privado do que ao assalariado e público.

No campo da Psicologia, as investigações sobre esta categoria profissional basicamente realizam a análise comportamental dos pacientes e/ou dos acompanhantes, principalmente no contexto do atendimento odontopediátrico.

Dentre os resultados apresentados, constata-se que odontopediatra utiliza-se da instrução e distração, enquanto estratégias de manejo de comportamentos colaborativos, assim como, de contenção física e punição verbal para o controle de eventos não-colaborativos (Rolim, Moraes, César & Costa Júnior, 2004). A colaboração das crianças pode ser considerada condição estabelecedora para os comportamentos do profissional já que, a mudança de contexto apresentou influência na emissão de respostas inadequadas por parte dos dentistas e de comportamentos opostos em crianças, comportamentos que se apresentaram com maior frequência no atendimento de emergência, comparado ao atendimento ambulatorial (Moraes, Sanchez, Possobon & Costa Júnior, 2004; Fiorante & Marinho-Casanova, 2009).

Sobre o comportamento de pais e acompanhantes de crianças, os resultados sugerem que o cirurgião-dentista pode adotar estratégias que reduzam a ansiedade desse grupo, a fim de torná-los “agentes estimuladores” de comportamentos colaborativos da

criança com o tratamento (Tomita, Costa Júnior & Moraes, 2007). Os estudos apontam ainda a necessidade de tornar mais eficiente a formação dos profissionais de odontologia incluindo aspectos teóricos e práticos sobre a relação profissional-paciente e estratégias de manejo de comportamentos (Possobon, Carrascoza, Moraes & Costa Júnior, 2007).

Ao realizar pesquisa, que teve como objeto de análise a afetividade na odontologia para bebês, Barreto (2003) constatou a constante indiferenciação profissional-paciente, o que poderia justificar, em parte, o fato dos profissionais não enxergarem o sofrimento causado por eles aos pacientes.

Com relação aos procedimentos de bioética e de biossegurança, estudo realizado por Bugarin Júnior e Garrafa (2007) apontou que a maioria dos profissionais entrevistados utilizam biomateriais desconhecendo riscos e efeitos adversos. Além disso, verificou-se que o consentimento informado ainda não está incorporado à prática profissional, permanecendo a relação profissional-paciente em odontologia excessivamente vertical, o que também foi corroborado pelo estudo de Soares e Barbosa (2007).

A literatura apresenta uma elevada ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes tanto com estudantes de odontologia, quanto com profissionais. Em grande parte, isso está relacionado à inadequada manipulação dos instrumentos e ao descarte deles, o que oferece riscos à saúde desses profissionais e chama atenção para a necessidade do desenvolvimento de medidas profiláticas mais eficazes (Orestes-Cardoso, Farias, Pereira, Orestes-Cardoso & Cunha Jr., 2009; Silva, Paula, Almeida & Villar, 2009).

Cumprе ressaltar, no que tange à legislação brasileira referente à biossegurança, que, em 2005, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou e editou a Norma Regulamentadora N.º 32, com a finalidade de estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Tal norma expõe os riscos biológicos, químicos e físicos que devem ser considerados no trabalho dos profissionais de saúde e as medidas

preventivas e profiláticas a serem adotadas, além das obrigações de empregadores e empregados, dentre elas, a obrigatoriedade da comunicação dos acidentes de trabalho.

Em 2011, o Anexo II é incorporado a esta NR com o objetivo de estabelecer diretrizes para a elaboração e implementação de um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos, visando à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Por fim, a constante execução de movimentos repetitivos pelos cirurgiões-dentistas na realização dos procedimentos odontológicos, bem como o uso de aparelhos não ergonômicos, a postura de trabalho inadequada, o uso de força excessiva nos procedimentos, o repouso insuficiente, a falta de condicionamento físico, a pressão psicológica por resultados e as metas de produtividade, entre outros, chama a atenção para os riscos de desenvolvimento de lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares (LER/Dorts) relacionados ao trabalho destes profissionais, sugerindo assim que medidas profiláticas sejam tomadas (Regis Filho, Michels & Sell, 2009). Nos últimos anos, a quantidade de profissionais acometidos por estas patologias tem aumentado. As formas mais comuns de apresentação clínica nesta classe são as tendinites, tenossinovites, síndrome do túnel do carpo, miosites e bursites (Medeiros & Segatto, 2012).

Conforme pode ser visualizado pela apresentação dos dados encontrados no levantamento bibliográfico realizado, é necessária uma maior caracterização da organização do trabalho dos profissionais de odontologia. Também urge a realização de avaliações detalhadas dos aspectos dessa organização que impactam nos processos de saúde-adoecimento dessa categoria profissional.

O presente estudo sugere a utilização da Psicodinâmica do Trabalho como abordagem teórico-metodológica de ação e intervenção para caracterização da organização do trabalho dos profissionais de odontologia. Dessa forma, objetiva-se no próximo capítulo apresentar a descrição dessa abordagem, com seus conceitos e marcos

teóricos, a fim de justificar sua utilização para alcançar os objetivos propostos na investigação aqui apresentada.

Serão apresentados ainda os principais resultados encontrados na literatura concernentes aos impactos da organização do trabalho em profissionais de saúde. Inicialmente são apresentadas as pesquisas em psicodinâmica do trabalho realizadas no período de 2002-2012, suas contribuições para a compreensão das vivências de prazer e de sofrimento associadas aos trabalhadores da área de saúde e os impactos dessas vivências no desenvolvimento de patologias.

Por fim, apresentam-se os principais achados da literatura, nos últimos cinco anos, em PDT relacionados à aplicação da clínica do trabalho como possibilidade de resgate no trabalhador da capacidade de pensar e de agir sobre a organização do trabalho precarizada e adoecedora.

CAPÍTULO 2 – PSICODINÂMICA DO TRABALHO: ASPECTOS HISTÓRICOS, PRESSUPOSTOS TEÓRICOS, CONCEITOS E PRÁTICAS

2.1. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: o papel das estratégias defensivas e da organização do trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho enquanto abordagem teórico-metodológica surge em meados da década de 80, a partir da evolução dos estudos centrados inicialmente na Psicopatologia do Trabalho realizados por seu fundador, Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, com formação em psicossomática e diretor científico do Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação no Conservatório Nacional de Artes e Ofícios (CNAM) de Paris. No âmbito da trajetória dessa abordagem, percebem-se três fases distintas (Mendes, 2007):

1. Início dos anos 90: o foco dos estudos volta-se para a compreensão do sofrimento no trabalho e a forma como os trabalhadores lidam com este sofrimento ainda sob a perspectiva da Psicopatologia do Trabalho. Associa-se a esta fase a publicação no Brasil da obra *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho* (Dejours, 1992);

2. Meados da década de 90: os estudos centram-se na compreensão do trabalho, na construção da identidade do trabalhador e na dinâmica do reconhecimento implicada neste contexto. Aqui, efetivamente, há um marco histórico nos estudos desenvolvidos por Dejours com a transposição dos estudos em Psicopatologia do Trabalho para a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho. As obras *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994) e *O fator humano* (Dejours, 2005) são marcantes neste período;

3. Final dos anos 90 até os dias de hoje: o objetivo principal desses estudos concentra-se nos processos de subjetivação dos trabalhadores com relação às vivências de prazer-sofrimento advindos das novas organizações do trabalho. São obras marcantes do início desse período *A banalização da injustiça social*

(Dejours, 2007b) e *Avaliação do trabalho submetida à prova do real: críticas aos fundamentos da avaliação* (Dejours, 2008b).

Com a transposição da Psicopatologia para a Psicodinâmica do Trabalho, as estratégias de defesa passam a ser o foco dos estudos de Dejours. Para este autor, as estratégias de defesa são mecanismos que os trabalhadores utilizam ao buscar superar o sofrimento no trabalho. Elas constituem-se como uma forma dos trabalhadores agirem para subverter as pressões patogênicas. Seu objetivo fundamental consiste em fazer com que estes resistam psiquicamente às pressões do trabalho. Via de regra, elas não modificam a realidade, mas sim a percepção dos trabalhadores sobre esta realidade (Dejours, 1999, 2011b; Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

Quando elas são eficazes e favoráveis simultaneamente à produção e à saúde do trabalhador, transformam o sofrimento em criativo. Entretanto, quando estas estratégias não são suficientes para subverter o sofrimento, podem transformar o sofrimento em patogênico. O sofrimento, nesta perspectiva, seria o espaço de luta entre o “bem-estar” e a “doença mental” (Dejours, 1996).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam que, diferentemente dos mecanismos de defesa apresentados por Freud, as estratégias de defesa não são internalizadas, mas sim criadas para lidar com uma situação específica:

A diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim, de condições externas (pp. 128-129).

As estratégias de defesa podem ser individuais e coletivas. As individuais visam à adaptação do trabalhador ao trabalho e podem ser de racionalização ou de negação da realidade de trabalho que é fonte de sofrimento e adoecimento. Elas são próprias de ambientes de trabalho com aspectos tayloristas, onde há uma divisão clara entre quem planeja e quem executa.

A racionalização é um tipo de estratégia defensiva de proteção, em que o trabalhador invoca justificativas socialmente valorizadas e/ou apresenta comportamento

de apatia, resignação, indiferença e conformidade diante das vivências negativas com o trabalho. Representa a minimização do medo, da angústia e da insegurança (Facas, 2009; Mendes & Araujo, 2012).

Quanto à negação, ela consiste em um tipo de estratégia defensiva de adaptação que tem em suas bases a submissão aos desejos da organização do trabalho e a negação do sofrimento. Essa negação se caracteriza pela naturalização de tal vivência e por comportamentos de isolamento, desconfiança e exarcebação do individualismo (Ferreira & Mendes, 2003; Dejours, 2011c; Mendes 2007, Mendes & Araujo, 2012).

As estratégias coletivas, por sua vez, funcionam como “regras”. O grupo de trabalhadores, de forma intencional ou não, cria regras de funcionamento e de convivência que reforçam as defesas, e assim, são fundamentais para a estruturação do coletivo de trabalho. Entre elas encontra-se a virilidade caracterizada pela exaltação da coragem frente à negação do perigo e da vulnerabilidade.

Segundo Lima (2012), a virilidade seria um exemplo de estratégia defensiva sexuada, pois a mesma é típica de contextos masculinos. Em seu estudo, ela confirma a construção de estratégias defensivas típicas de mulheres, as quais também foram identificadas em estudos realizados com outras categorias profissionais do cuidado.

O emprego do humor e de figuras de linguagem, tais como as metáforas também pode ser classificado como estratégia de defesa, ou, a depender do contexto, como forma de nomeação do sofrimento. Conforme Zanello (2007), a transferência, no contexto analítico, pode configurar-se como uma metáfora e, dessa forma, tem papel fundamental na apresentação do “inominado” e do “vir-a-ser na palavra”, trazendo à tona a possibilidade do paciente “experimentar seu vivido antes de ser nomeado” (p. 134).

As estratégias de defesa constituem formas dos trabalhadores reagirem ao contexto que lhes traz sofrimento e adoecimento. Na ausência do reconhecimento, os trabalhadores engajam-se em estratégias defensivas para evitar o adoecimento psíquico. Entretanto, quando estas não são bem empregadas, podem levar os trabalhadores à

alienação. Quando a alienação aparece, dificilmente se muda o contexto, pois a alienação faz com que os trabalhadores deixem de lutar.

Contudo, a estratégia de defesa compreendida como caminho para a felicidade pode tornar-se uma ideologia defensiva na medida em que se torna um programa de ação do coletivo de trabalhadores. A estratégia de defesa coletiva age no campo da percepção da realidade, enquanto a ideologia defensiva age no campo do imaginário, do simbólico, o que se aproxima do domínio da alienação e se opõe à elaboração (e perlaboração) do sofrimento vivenciado e, conseqüentemente, à transformação da organização do trabalho. Ela transforma-se em valor e funciona como uma forma de expressão do desejo. Por isso a ideologia defensiva é perigosa, pois ela tem por objetivo “mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave” (Dejours, 1992, p. 35).

A elaboração e perlaboração correspondem ao processo de reintegração propiciado ao sujeito por meio da fala, capaz de ressignificá-lo enquanto indivíduo e de dar sentido a sua história de trabalho:

À medida que o trabalhador fala, rememora os acontecimentos traduzidos no seu mal-estar, comunica-se com o vivido e tem a possibilidade de reconstruir um significado, que antes era traduzido em lembranças com manifestações sintomáticas, paralisadas na ação (Mendes & Araújo, 2012, p. 47).

Para compreender o construto trabalho, à luz da Psicodinâmica, é necessário compreender o conceito de organização do trabalho, o qual é central nesta abordagem. A organização do trabalho pode ser compreendida como as representações sobre a divisão hierárquica, técnica e social do trabalho; metas, qualidade e quantidade de produção esperada; regras formais; ritmos, prazos e tipos de prescrição; controles envolvendo supervisão, fiscalização e disciplina e, natureza, conteúdo e características relativos às tarefas desempenhadas pelos trabalhadores (Ferreira & Mendes, 2003).

Em sua primeira conceituação, Dejours (1992) descreve a organização do trabalho como a divisão do trabalho, bem como dos conteúdos da sua tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder e das responsabilidades. Posteriormente, o autor apresenta a organização do trabalho como sendo a divisão das tarefas e a divisão dos homens, que definiria diretamente as relações

que os trabalhadores estabelecem entre si no próprio local de trabalho (Dejours, 1993). Por fim, o conceito adotado na atualidade sugere que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e também sociais dos trabalhadores com as organizações (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994; Mendes, 1995).

Para Dejours (2011b), há discrepâncias entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real a que os trabalhadores estão submetidos. E é exatamente o preenchimento dessa lacuna que gera o trabalho. Trabalhar para este autor é preencher o espaço entre o prescrito e o real; “é antes de tudo fazer a experiência do real” (Dejours, 2007a).

É necessariamente por conta dessa experiência que o trabalhador vivencia o fracasso, já que esta é a forma do sujeito perceber a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Dessa forma, para esse autor, toda experiência de trabalho gera sofrimento que exige um alívio, uma transformação por parte do sujeito, para que este possa superá-lo, ou seja, esta discrepância entre o prescrito e o real é vivenciada de forma afetiva pelo sujeito. (Dejours, 2007b).

As discrepâncias entre o prescrito e o real, além de serem geradoras de sofrimento, impactam profundamente na avaliação a qual a produção dos trabalhadores é submetida. Cumpre-se ressaltar que esta avaliação versa basicamente sobre a efetiva realização, ou não, do trabalho que estava prescrito, mas não leva em consideração o trabalho real executado pelos trabalhadores e muito menos a subjetividade implicada nessa execução.

Para Deranty (2010), Dejours não apresenta críticas à prescrição, mas afirma que seria mais saudável o trabalhador participar da construção dessa prescrição. Este autor também fala da ambiguidade normativa do reconhecimento como base para o adoecimento: a falsa promessa. Pela promessa do reconhecimento, em função da centralidade do trabalho, o sujeito pode se engajar numa falsa promessa do discurso organizacional que aprisiona. Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho surgiria, no contexto das modernas organizações do trabalho, como uma teoria de transformação social e política.

2.2. Reconhecimento como via promotora da transformação do sofrimento em prazer

Na perspectiva dejouriana, as vivências de prazer-sofrimento desvelam-se dinamicamente, numa relação dialética onde, para se ter prazer, essencialmente precisa-se do sofrimento já que é a transformação desse sofrimento, por meio da via do reconhecimento, que gera o prazer. É a experiência da dinâmica do reconhecimento que possibilita que as vivências subjetivas no trabalho adquiram sentido e favoreça assim o desenvolvimento da identidade dos trabalhadores (Dejours, 2007a).

Para ocorrer a efetiva superação do sofrimento, este precisa ser transformado. O sofrimento, na teoria dejouriana, exerce um papel central na compreensão do engajamento empregado no trabalho, por ser a mola propulsora que move o sujeito que trabalha. Diante do fracasso apresentado pelo real do trabalho, o trabalhador busca soluções originais para dar conta desse real:

O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real; ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo, visando transformar este sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real. Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo, impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo (Dejours, 2004, p. 28).

Ferreira (2011) se reporta ao conceito de real na perspectiva dejouriana resgatando que o real é aquilo que sempre escapa a representação, é o inesperado. O autor apresenta o sofrimento como a própria interdição da palavra que, por sua vez, causaria um bloqueio à mobilização no trabalho. Assim, resgatando a expressão cunhada por Joel Birman, o autor designa o sofrimento como “o grau zero da subjetivação”:

Identificamos aqui um aspecto que remete à experiência primordial de contato com o campo do real que, no limite, aproximamos da experiência do desamparo, entendido como condição psíquica originária. No desamparo o ‘psiquismo estaria permeado pela angústia do real, evidência pática maior da pulsão de morte’ (p. 87).

Garcia (2011) apresenta contribuições acerca da importância da análise do real a fim de compreender a psicodinâmica envolvida nas situações de trabalho:

A compreensão psicodinâmica das situações de trabalho em seus diversos campos de existência não pode ser realizada amplamente sem a análise do trabalho prescrito e do real, bem como sem entender a organização do trabalho, pois ela se confronta com a vida mental dos trabalhadores, com suas aspirações, motivações e desejos (p. 18).

Para Freud (1930/1996) os homens têm em suas vidas o grande objetivo de obter felicidade a qual pode ser adquirida: 1) pela ausência de sofrimento e de desprazer; ou 2) pela experiência de intensos sentimentos de prazer. Neste sentido, seria o princípio de prazer o agente que, desde cedo, domina o funcionamento do aparelho psíquico. Para este autor, o sofrimento “nada mais é do que sensação, só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos medos pelos quais nosso organismo está regulado” (p. 85).

Assim, um dos meios de se obter prazer seria a sublimação e, umas das possibilidades de vivenciar o prazer erótico/sublimado, seria o trabalho. Mendes (2008) afirma que o estudo da sublimação é importante e necessário para compreender a dinâmica de mobilização psíquica que impulsiona os sujeitos na busca constante pela manutenção da sua integridade psíquica que, no trabalho, é encontrada por meio da via do reconhecimento:

[...] conclui-se que o prazer, vivenciado de modo direto pela sublimação ou indireto pela resignificação do sofrimento, é fundamental para estruturação do sujeito-trabalhador, à medida que permite a atuação dos processos sublimatórios responsáveis pela gratificação das pulsões, dimensão central para construção da subjetividade e da saúde (p 18-19).

Para Dejours (2007a), a dinâmica do reconhecimento constitui-se efetivamente como uma reivindicação de retribuição dos trabalhadores perante o engajamento que estes depositam para que a organização do trabalho se efetive. Entretanto, os trabalhadores não buscam essa retribuição em formas materiais, como salários, gratificações, prêmios. Dejours afirma que a retribuição simbólica constitui-se como a mais valiosa e, no trabalho, toma a forma específica do reconhecimento.

O autor chama a atenção de que o reconhecimento não deve ser compreendido como uma reivindicação secundária dos trabalhadores, já que é decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho e, conseqüentemente, na qualidade e na perenidade da cooperação:

O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d'alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego (Dejours, 2007b, p. 34).

O reconhecimento é visto, nesta abordagem, como uma dimensão capaz de mobilizar os trabalhadores à ação, tornando-os indivíduos autônomos e capazes de ressignificar o sofrimento vivenciado no ambiente de trabalho.

Para compreender a psicodinâmica do reconhecimento, é necessário estar atento a três dimensões fundamentais que justificam a importância desse conceito na teoria dejouriana: confiança, cooperação e espaço público de discussão. Dentre essas dimensões, a constituição de um espaço público de discussão é fundamental para que se possa compreender a subjetividade implicada na relação dos trabalhadores com o seu trabalho.

Para Dejours (2008b; 2011b), a falta de reconhecimento no trabalho, além de trazer o sofrimento inevitável ao trabalhador, conforme assinalado acima, pode levar a instauração da doença por meio da descompensação que essa falta pode proporcionar ao indivíduo.

Devido ao reconhecimento desempenhar um papel fundamental no destino do sofrimento no trabalho e na possibilidade de transformar este sofrimento em prazer, sua análise passa necessariamente por dois enfoques:

1. Reconhecimento no sentido de constatação, ou seja, reconhecimento da realidade que representa a contribuição individual, específica à organização do trabalho.
2. Reconhecimento no sentido de gratidão pela contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho.

O reconhecimento passa pela reconstrução rigorosa dos julgamentos. E esses julgamentos dizem respeito, estritamente, ao trabalho realizado, sobre o fazer (a atividade) e não sobre o ser e se constituem em dois tipos:

De utilidade – proferido essencialmente pelo outro na linha vertical, ou seja, pelos superiores hierárquicos e os subordinados, eventualmente pelos clientes. É um julgamento sobre a utilidade social, econômica ou técnica do trabalho relacionado à contribuição individual, específica à organização do trabalho. Traduz-se, eventualmente, por meio de bônus, promoções, aumentos salariais, adiantamentos. Este julgamento é de suma importância na busca da identidade do sujeito em sua aspiração de levar sua contribuição à empresa e à sociedade. É da esfera exclusiva da eficiência, ou seja, instrumental (racionalidade prática).

De beleza/estética – proferido essencialmente na linha horizontal, pelos pares, colegas, pelos membros da equipe, ou da comunidade. Muito mais severo e exigente. Subdividido em julgamento da conformidade do trabalho com as regras da arte (confere a individualidade) e o julgamento da singularidade (confere originalidade). Diz respeito ao reconhecimento do esmero do trabalho do sujeito, em conformidade com as regras da arte. É por esse reconhecimento que o sujeito penetra e encontra seu espaço em um coletivo ou em uma comunidade. Consiste também em um reconhecimento das qualidades dos sujeitos que os distinguem dos outros, contribuição singular vinculada à criatividade e à originalidade (racionalidade subjetiva).

Ferreira (2007) conceitua o reconhecimento a partir da abordagem teórico-metodológica da Psicodinâmica do Trabalho, como “a dinâmica viabilizada pela mobilização subjetiva constituída pela retribuição simbólica que as pessoas recebem por sua contribuição e envolvimento com os objetivos do coletivo da organização do trabalho” (p. 81).

Mendes (2008) afirma que, para a Psicodinâmica, o reconhecimento seria fundamental para a compreensão da centralidade do trabalho e que, dessa forma, ele é a via de resignificação, mas não transformação do sofrimento, já que esta última dependeria de uma participação ativa dos trabalhadores:

Essa transformação passa, além da emancipação do sujeito, pela ação dos trabalhadores na organização do trabalho, por meio fundamentalmente da cooperação e da política, que envolvem as dinâmicas intersubjetivas (p. 23).

Entretanto, as bases para que essa transformação aconteça estão bastante comprometidas. Segundo Dejours (2008b), nas condições atuais a que os trabalhadores estão submetidos, a confiança, o convívio e a solidariedade encontram-se desestruturados pelas novas formas de organização do trabalho, gestão e administração, comprometendo as condições para o estabelecimento do reconhecimento.

Para que ocorra efetivamente uma transformação na organização do trabalho, é necessária a criação de um espaço público de deliberação, o que pode ocorrer efetivamente por meio da clínica do trabalho:

Se o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de elaborar essa experiência ao falar, de simbolizar o pensamento e de chegar a uma interpretação, ele tem a possibilidade de negociar, de buscar um novo sentido partilhado, de transformar e de fazer a organização do trabalho evoluir (Heloani & Lancman, 2004, p. 86).

2.3. Da teoria à prática: A mobilização subjetiva enquanto potência emancipadora na Psicodinâmica do Trabalho

Conforme apresentado anteriormente, a Psicodinâmica do Trabalho possui como objetivo principal de investigação a compreensão de como o sujeito se engaja e se mobiliza para dar conta do real do trabalho. Dessa forma, esta abordagem teórico-metodológica não busca investigar a causalidade dos fenômenos, mas sim o significado e a dinâmica desses fenômenos.

Cumprе ressaltar que o sujeito da psicodinâmica é o sujeito da exitação, do inconsciente, do sofrimento, da confrontação com ele mesmo; é aquele que luta pela saúde mental; que “ao se confrontar com o real, choca-se e resiste ao que sua história singular mobiliza e potencializa” (Mendes & Araujo, 2012, p. 23).

A forma como este sujeito se engaja no trabalho e transforma o sofrimento patogênico em criativo é denominada pela psicodinâmica de mobilização subjetiva. Ela constitui-se como a estratégia de ressignificação do sofrimento e resgate/emancipação do sujeito e, também, como o artifício de resistência utilizado pelos trabalhadores diante dos contextos de assujeitamentos (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994; Dejours, 2007b;

Freitas, 2011). É ela que vai articular o social ao psíquico, tendo como finalidade a saúde mental; a busca para que o sujeito não enlouqueça:

A mobilização subjetiva é vivenciada de modo singular, não pode ser prescrita. Permite a transformação do sofrimento por meio da construção do sentido do trabalho. A utilização dessas capacidades é influenciada pela dinâmica contribuição-retribuição, decorrente do reconhecimento. Por detrás da mobilização subjetiva, está a busca da construção de sentido. A mobilização subjetiva possibilita a constituição da sabedoria criativa, necessária para enfrentar as restrições do pré-escrito e fazer a experiência do real do trabalho (Ferreira, 2011, p. 50).

As estratégias de mobilização subjetiva se caracterizam pelos modos de pensar, sentir e agir individual e coletivo dos trabalhadores e fundamentam-se na inteligência prática, no espaço público de discussão e na cooperação (Mendes & Araujo, 2012; Merlo & Mendes, 2009).

O trabalho, por ser central na constituição do sujeito, provoca a mobilização subjetiva, manifestada por meio da inteligência prática. O reconhecimento aparece como a dimensão transversal na compreensão dessa mobilização.

Segundo Dejours (1996), diante da saída dos sujeitos da fase infantil com uma identidade inacabada, incompleta e instável, o trabalho, por meio da dinâmica do reconhecimento, seria a chance posterior para o sujeito efetivamente desenvolver sua identidade, como também, melhorar a sua resistência psíquica face aos desafios da vida.

A ambiguidade apresentada pela confrontação do teatro da infância e o teatro do trabalho mobilizariam a imaginação e a criatividade dos indivíduos; ambiguidade esta denominada pelo autor *ressonância simbólica*. A ressonância simbólica seria uma condição da reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção capaz de beneficiar o trabalho da força extraordinária que confere a mobilização dos processos psíquicos nascidos do inconsciente, que se atualizariam, posteriormente, como inteligência astuciosa. Para o autor, três condições seriam necessárias para o estabelecimento da ressonância simbólica: a escolha profissional, a atividade de concepção na tarefa e o caráter coletivo do trabalho em situação real.

Compreende-se a inteligência prática como o saber fazer do trabalho (só se sabe fazendo). Ela corresponde a como o sujeito engaja a sua subjetividade pra responder ao

prescrito e ao real. Ela tem como finalidade obter o máximo de resultado com um dispêndio mínimo de energia. Assim, configura-se como uma forma de transgressão, que viola o trabalho prescrito, para atender aos objetivos da produção. Ela apresenta-se por meio do corpo; do afeto, da cognição e da intuição manifestadas neste corpo. Neste sentido, é inominável (Dejours, 2011d; Mendes & Araujo, 2012; Freitas, 2011).

Baierle e Merlo (2008) reafirmam a importância da transgressão enquanto potência mobilizadora da inteligência prática para que os trabalhadores possam explorar a dinâmica criativa e não a operacional dessa transgressão, a fim de evitarem o funcionamento do tipo “operação-padrão”.

Diferentemente de um espaço de convivência estratégica, o espaço público de discussão configura-se no espaço constituído pelos próprios trabalhadores onde se pode falar abertamente o que se pensa, onde são construídas e compartilhadas as regras de ofício por meio do estabelecimento da cooperação e da confiança. Ele leva em conta a existência do real do trabalho, do imprevisível (Dejours, 1996; Mendes, 1995; Mendes & Araujo, 2012).

É por meio desse espaço que é possível dar voz à palavra interdita pelo sofrimento; que se desenrolam os processos de reconhecimento capazes de conferir ao trabalhador pertencimento à equipe, ao coletivo e à profissão. É a circulação da palavra que permite o espaço de discussão transformar-se em espaço de deliberação. Quando a palavra é negada, quando não há espaço para o compartilhamento, o coletivo se estrutura em torno da estratégia do silêncio e do segredo. Para Dejours (1999), é preciso que haja autenticidade por parte dos trabalhadores na circulação da palavra. Segundo o autor, o que vai garantir que a palavra proferida seja autêntica é a legitimidade da demanda. Esta seria a condição para a vivência do “milagre da palavra”:

Falar e ser ouvido parece ser o modo mais poderoso de pensar e, portanto, de refletir sobre a própria experiência, desde que se esteja comprometido em uma relação dialógica, intersubjetiva, na qual se acredita que o outro esteja de fato tentando compreender. É ao explicar a outrem o meu sofrimento, a minha relação com o trabalho, que eu, perplexo, me ouço dizer coisas que eu não sabia que sabia, até tê-las dito. É esse o milagre da palavra: fazer nascer coisas que não existiam antes de terem sido ditas (p. 176).

A dimensão da cooperação, por sua vez, está ligada a competência técnica, ao saber fazer, e não a relação interpessoal. É diferente do coleguismo, da rede social de apoio. A solidariedade vai além. Por exemplo, quando há um erro não se aponta quem foi o responsável. Os erros são assumidos como do grupo, do coletivo. Para que a cooperação exista é necessário que o trabalho tenha visibilidade. É preciso conhecer o trabalho porque é preciso conhecer antes o trabalho para reconhecer. A confiança e a solidariedade são fundamentais para o estabelecimento da cooperação.

A construção das regras de ofício constitui-se como uma forma efetiva de cooperação, pois nessa construção, reside o poder de reconstituir a confiança nas relações de trabalho. Por meio da construção das regras de ofício, os trabalhadores apresentarão no coletivo suas insuficiências, imperícias e fracassos podendo assim resgatar o sentimento de coletividade (Dejours & Gernet, 2011). Entretanto, o mundo do trabalho vivencia a crise da solidariedade, a experiência do desamparo e a solidão afetiva (Dejours, Abdoucheli & Jayet, 1994).

A mobilização subjetiva enquanto potência fundamental de ressignificação do sofrimento só é possível no coletivo. Ela necessita do outro (Dejours, 2009). Ela é uma categoria eminentemente coletiva porque os mecanismos que operam necessitam dessa intersubjetividade, desse olhar do outro:

[...] é no coletivo que se encontra a potência política para a mobilização subjetiva, é aí que o psíquico e o social se encontram como dimensões inseparáveis (Mendes & Araújo, 2012, p. 14).

É exatamente esse o grande desafio para a psicodinâmica: até que ponto é possível potencializar a mobilização subjetiva em alguns contextos e, assim, permitir a ressignificação do sofrimento e a emancipação dos trabalhadores?

2.4. E quando quem cuida adoce? Prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de saúde

Nos últimos 10 anos, as investigações realizadas tendo como referencial teórico (e em alguns casos também metodológico) a Psicodinâmica do Trabalho, delineada por

Christophe Dejours, apresentaram valiosas contribuições à análise da saúde mental dos trabalhadores da área da saúde. Cumpre ressaltar a importância de analisar a saúde desses profissionais tendo em vista que o desenvolvimento de patologias pode exercer grande impacto na forma como o cuidado e o acolhimento são oferecidos por estes profissionais aos pacientes sob seus cuidados.

Levantamento bibliográfico complementar ao realizado por Merlo e Mendes (2009) concernente aos estudos em Psicodinâmica do Trabalho com profissionais da área de saúde, desenvolvidos no período de 2002 a 2012, apresentou vinte e quatro artigos completos – disponíveis nas bases de dados Scielo Brasil (*Scientific Electronic Library Online*), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) – sendo que, em três desses artigos, são apresentados resultados de investigações que utilizaram o método proposto por Dejours (1992, 2011a): a clínica do trabalho. Acrescenta-se a este levantamento duas dissertações de mestrado realizadas no âmbito das atividades desenvolvidas pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília (LPCT/UnB), que tiveram como participantes das pesquisas profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A grande maioria dos estudos apresentados (18) trazem contribuições relativas à organização do trabalho, vivências de prazer e sofrimento e defesas apresentadas pelos profissionais de enfermagem (compreendendo aqui os auxiliares, técnicos e enfermeiros), com especial ênfase aos profissionais dessa categoria que atuam em áreas consideradas críticas como pronto-socorro e UTIs – adulto e neonatal.

Dentre os principais resultados encontrados, são descritos como fatores relacionados ao sofrimento psíquico inerente a esta categoria: a falta de condições materiais para prestação de assistência com qualidade e de recursos humanos (Lemos, Cruz & Botomé, 2002); as cobranças, os ritmos e a pressão impostos pela organização do trabalho, de moldes ainda taylorista, que privilegiam o aspecto técnico da relação com o paciente, em detrimento do relacional (Simoni & Santos, 2003); a intensificação do trabalho gerando sobrecarga; crise ética entre os valores pessoais e as questões profissionais; rigidez institucional e sofrimento pela morte do paciente, o que gera a compaixão a qual manifesta a dificuldade desses profissionais em enfrentar o próprio

sofrimento, ao reconhecer o sofrimento do outro (Molinier, 2008; Monteiro, 2012). No que tange ao custo humano relacionado ao trabalho desses profissionais, verifica-se a prevalência de alto custo cognitivo nas atividades e moderados custos físico e afetivo (Campos & David, 2010).

As principais estratégias de defesa identificadas por estes profissionais são: a negação, a sublimação e a banalização do sofrimento, da assistência e até das informações prestadas aos pacientes e seus familiares; a atitude de vitimização diante dos problemas; o individualismo; o bloqueio de seus sentimentos e emoções e a naturalização da dor e do sofrimento (Lemos *et al.*, 2002; Traesel & Merlo, 2009; Gomes, Masson, Brito & Athayde, 2011).

No que se refere à construção da identidade, ela basicamente está permeada pela representação que os próprios profissionais possuem sobre a importância do seu trabalho e do saber-fazer adquirido na realização dessa atividade (Fernandes, Ferreira, Albergaria & Conceição, 2002; Sznelwar & Uchida, 2004). O reconhecimento conferido por colegas de trabalho, pacientes e sociedade é apresentado como o aspecto central do prazer vivenciado no trabalho, sendo o reconhecimento do paciente o mais esperado (Garcia, Dellaroza, Haddad & Pachemshy, 2012). Simoni e Santos (2003) afirmam que a ênfase na dimensão relacional do trabalho dessa categoria tem repercussões, não apenas para a qualidade da assistência prestada aos pacientes e familiares, como também para a sua saúde mental.

São propostas como alternativas para a ressignificação do sofrimento enfrentando diariamente: a potencialização de espaços públicos e coletivos de discussão, criação e reconhecimento como forma de proporcionar equilíbrio psíquico aos profissionais e comprometê-los com a melhoria da saúde ocupacional e da organização do trabalho. Sugerem-se também a criação de maiores espaços de convivência rumo à construção coletiva de emancipação profissional e de novos sentidos para o trabalho na enfermagem (Beck, Stekel, Gonzales & Donaduzzi, 2006; Gutierrez & Ciampone, 2006; Gomes, Lunardi Filho & Erdmann, 2006; Machado & Merlo, 2008; Rego, 2009; Traesel & Merlo, 2011).

Por fim, é sugerida também a realização periódica de diagnósticos do ambiente de trabalho a fim de propor intervenções nas formas de organização do processo de trabalho, bem como em outras situações que forem necessárias, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida no ambiente laboral dessa categoria profissional (Martins, Robazzi & Bobroff, 2010).

Uma segunda categoria profissional tem se destacado nas pesquisas em Psicodinâmica do Trabalho: profissionais de saúde integrantes do Programa Saúde da Família – PSF. Foram encontrados dois estudos envolvendo os mais diversos profissionais que participam dessa estratégia (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares administrativos) e dois estudos com foco específico nos agentes comunitários de saúde.

As manifestações de sofrimento mais apresentadas pelas equipes do PSF são: desânimo; angústia; conflito na equipe; falta de rede de apoio; acúmulo de atividades; atribuição dos problemas do usuário a si mesmo; desvalorização profissional e não reconhecimento dos esforços realizados; sobrecarga de trabalho; sentimentos de impotência frente às situações de precariedade e a dificuldade de dar conta da demanda; convívio intenso com situações de violência doméstica e social; medo do risco de exposição; sensação de integridade moral e física ameaçadas e, temor de represália. Apesar de o trabalho requerer a atuação em equipe, percebe-se que estes profissionais ainda utilizam-se do individualismo nas relações, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias coletivas que busquem superar as adversidades do contexto de trabalho. Apesar disso, estes profissionais buscam construir redes de solidariedade e de proteção com a população visando à diminuição da vulnerabilidade a que estão expostos (Lancmann *et al.*, 2009; Ribeiro & Martins, 2011).

O sofrimento dos agentes comunitários de saúde manifesta-se principalmente diante das dificuldades impostas pela própria organização do trabalho, tendo em vista os modos de produção implícitos no trabalho desses profissionais ainda serem parte de um processo muito novo na política de saúde. Verifica-se uma precarização da profissão, desde o processo de escolha profissional à formação, o que implica em queixas relacionadas à impotência e o não reconhecimento profissional. Assim, são propostas como alternativas para transformação do sofrimento a efetiva profissionalização e

valorização desse trabalhador (Martines & Chaves, 2007; Rosa, Bonfanti & Carvalho, 2012).

Os estudos realizados com profissionais integrantes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos, nutricionistas e assistentes sociais) revelam que, possivelmente, devido à natureza recente de criação desses centros, as condições de trabalho ainda são precárias e insatisfatórias (prédios com instalações improvisadas) e, a organização do trabalho é conturbada (ausência de protocolos de atendimento, por exemplo). Neste cenário, as principais estratégias de defesa utilizadas são o apego aos ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o suporte da equipe e, o reconhecimento do trabalho realizado, por meio dos julgamentos de utilidade vindos de fora do CAPS. Verifica-se ainda que o trabalho em equipe é capaz de potencializar a criatividade e a satisfação pelo trabalho desenvolvido ao possibilitar a ressignificação dos problemas socioprofissionais (Santos Júnior, 2009; Atháýde & Hennington, 2012).

Silva e Merlo (2007) realizaram ainda estudo com psicólogos integrantes de empresas privadas e descreveram como principais fontes de sofrimento: a carga excessiva de trabalho, os possíveis conflitos entre os valores da empresa e os pessoais, os cerceamentos da organização, a falta de reconhecimento e sua percepção de que pertencem a uma categoria profissional desprovida de força. Cumpre ressaltar que, apesar de serem profissionais de psicologia, os entrevistados basicamente atuavam com ações voltadas ao desenvolvimento de pessoas nas empresas e não em ações de saúde.

Cumpre ressaltar que, dentre os estudos em psicodinâmica do trabalho apresentados nesta seção, a maioria das categorias profissionais reconhecidas como de trabalhadores da área de saúde não são abrangidas, à exceção, como já afirmado, dos trabalhadores da área de enfermagem e integrantes do PSF.

Dessa forma, destaca-se neste cenário a pesquisa realizada por Gomes *et al.* (2010) que teve como objetivo investigar a relação entre satisfação e sofrimento do cirurgião-dentista com o seu trabalho. Inicialmente, os autores resgatam os aspectos atuais do trabalho na área de saúde com foco principal no paradoxo relacionado à

coexistência de um trabalho fragmentado, ainda com características oriundas do modo capitalista de produção e, por outro lado, um trabalho com características artesanais.

Os autores também destacam o papel do SUS na mudança de paradigma apresentada aos trabalhadores da saúde que são convidados a abandonar o modelo médico-assistencial para assumirem a realização de práticas cotidianas com base nas dimensões do cuidado e do acolhimento. Assim, tanto os cirurgiões-dentistas como os demais profissionais de saúde são impulsionados a repensar suas práticas de cuidado em saúde.

De modo especial, tal tarefa apresenta-se como um desafio para o profissional de odontologia, em virtude das deficiências apresentadas em sua formação em função dessa profissão ainda ser amplamente encarada como uma atividade mercantil e prioritariamente liberal. Para os autores, tais características exercem um forte impacto nos aspectos relacionados à satisfação do cirurgião-dentista, como também no sofrimento vivenciado nesta profissão.

Os resultados apontam como fatores de satisfação no trabalho do cirurgião-dentista a satisfação do paciente com a assistência recebida e a satisfação com a profissão, no que tange à “habilidade artística” do profissional.

Como aspectos relacionados às vivências de sofrimento, os entrevistados relataram: o sentimento de secundarização da profissão (especialmente relacionado à centralidade da figura do médico e ao não reconhecimento da saúde bucal como dimensão importante na atenção à saúde básica); a excessiva carga horária de trabalho e os baixos salários; o desgaste físico e emocional; a relação conflituosa entre autonomia e mercado; desunião da categoria; a valorização do trabalho privado e liberal em detrimento do serviço público (em virtude da odontologia pública ainda ser considerada como de qualidade inferior, por parte dos usuários e também dos próprios profissionais). Entretanto, os autores acreditam que a odontologia pública tem percorrido o caminho do reconhecimento de sua excelência pela concepção e construção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e pela incorporação de profissionais de odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.5. Práticas contemporâneas brasileiras em Clínica do Trabalho

Conforme apresentado anteriormente, o método dejouriano de ação e intervenção (Dejours, 1992, 2011a) tem sido aplicado em diversas categorias profissionais. Dentre as enquetes levantadas, verifica-se, em alguns casos, o uso de adaptações nas pesquisas brasileiras no que tange a aplicação do método. Apresentam-se a seguir os principais resultados encontrados nestas enquetes. Ressalta-se que os resultados concernentes às investigações realizadas com os trabalhadores integrantes do PSF (Lancman *et al.*, 2009) e os profissionais de enfermagem (Traesel & Merlo, 2009, 2011), foram apresentados na seção que versa exclusivamente sobre o prazer e sofrimento dos profissionais da área de saúde.

Os estudos realizados com guardas municipais (Baierle & Merlo, 2008; Castro & Merlo, 2011) demonstraram que as extensas jornadas de trabalho geram desgaste e adoecimento entre os trabalhadores, apesar destes trabalhadores negarem a existência do sofrimento. O medo coexiste com o que os autores denominam de estratégia da virilidade, considerada por Castro e Merlo (2011) como “estratégia coletiva construída para enfrentar o medo” (p. 479).

Estudo realizado por Santos Junior, Mendes e Araujo (2009) com bancários adoecidos por LER/Dort, demonstrou que a organização do trabalho bancário dificulta o estabelecimento das vivências de cooperação e solidariedade por não permitir a circulação da palavra. A negação e racionalização do sofrimento aparecem como as principais estratégias empregadas pelos bancários.

No que tange ao adoecimento, os participantes relataram que a negação do sofrimento por parte dos colegas de trabalho e de familiares contribui para o afastamento do trabalho, bem como para o “anestesiamento” de seu sofrimento. Na pesquisa realizada por Martins e Mendes (2012), com mulheres trabalhadoras, as participantes também relataram a sensação de desamparo vivenciada por elas ao procurarem apoio na perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

Castro, Toledo e Andery (2010) afirmam que as dificuldades geradas pela organização do trabalho, bem como suas exigências, geram o que nomearam de

“desmobilização subjetiva” (p. 669) ou ainda “desestabilização psíquica” (p. 269), conforme apontado por Bottega e Merlo (2010). Os autores e Lima (2012) chamam atenção ainda para o fato do contexto de atuação de conselheiros tutelares, educadores e cuidadores sociais gerar sentimentos ambíguos nos trabalhadores que, por vezes, tem dificuldades de separar o que é pessoal e o que é profissional (tal qual os profissionais da área de enfermagem: Traesel & Merlo, 2009, 2011).

Os trabalhadores relatam o sentimento de impotência diante das dificuldades apresentadas pelo público atendido, o que mobiliza sentimentos que extrapolam a ação profissional. As principais estratégias de defesa utilizadas foram: a banalização e a racionalização do sofrimento; a anestesia e a ambivalência com relação aos sentimentos e; o silenciamento.

No que tange aos estudos realizados com servidores públicos distritais (Unidade de Operações Aéreas do Detran-DF), estaduais (oficiais de justiça e servidores do Poder Judiciário do Amazonas) e federais (profissionais de T&D, taquígrafos, servidores de uma agência reguladora), as queixas relacionadas a organização do trabalho versam principalmente sobre: o ritmo intenso de trabalho, gerando sobrecarga; ruídos na comunicação entre os membros; falta de reconhecimento das chefias; constantes mudanças na gestão; negação do sofrimento por parte dos colegas e, trabalho solitário.

Entre as principais estratégias de defesa apresentadas encontram-se: auto-aceleração, isolamento e cinismo (Gomes, Lima & Mendes, 2011); racionalização, negação e compensação (Mendes, Alves & França, 2011); silêncio (Merlo, Dornelles, Bottega & Trentini, 2012); individualismo e alienação (Silva & Mendes, 2012); racionalização, fofocas, ameaças aos chefes ou colegas de trabalho e isolamento (Garcia, 2011) e; confiança, humor, negação e projeção (Medeiros, 2012).

Enquanto método, a clínica do trabalho possibilitou aos trabalhadores o regaste da capacidade de pensar e de agir sobre o seu trabalho, permitindo-lhes, ainda, enfrentar a alienação social (Santos Junior, Mendes & Araujo, 2009; Martins & Mendes, 2012). Por meio da realização da clínica, os pesquisadores tiveram acesso a inteligência prática compartilhada pelos coletivos para dar conta da precariedade da organização do trabalho.

Além disso, o espaço de fala e de escuta proporcionou aos trabalhadores uma maior reflexão sobre a organização do trabalho; a reelaboração das estratégias defensivas utilizadas; o desenvolvimento de ações cooperativas e, a construção de novas regras do coletivo (Baierle & Merlo, 2008; Bottega & Merlo, 2010; Castro, Toledo & Andery, 2010; Castro & Merlo, 2011; Mendes, Alves & França, 2011; Silva & Mendes, 2012).

Os estudos demonstram que o estabelecimento da cooperação e dos vínculos de confiança é fundamental na atuação de algumas categorias profissionais, em especial, nas operações tidas como perigosas (Baierle & Merlo, 2008; Castro & Merlo, 2011; Lima, 2012; Medeiros, 2012).

A participação da gestora na pesquisa realizada por Silva e Mendes (2012) nas sessões coletivas mostrou que o espaço da clínica configurou-se como uma possibilidade do coletivo conferir reconhecimento ao trabalho da coordenadora da área, bem como ao seu sofrimento nesta função. Verificou-se que a postura aberta da gestora e sua presença no grupo contribuíram para o sucesso do trabalho.

Por fim, a experiência da clínica do trabalho mostrou-se positiva, servindo como modelo para a pesquisa e atuação profissional em Psicodinâmica do Trabalho e, ainda, a possibilidade de seu uso enquanto prática promotora de saúde (Santos Junior, Mendes & Araujo, 2009; Garcia, 2011; Silva & Mendes, 2012).

Lancman, Sznelwar, Uchida, Alonso & Juns (2008) afirmam que a realização da clínica do trabalho com profissionais da área de saúde pode trazer à tona aspectos relacionados à dinâmica envolvida neste contexto relativa a relações estabelecidas (entre os pares, demais profissionais integrantes de outras equipes, usuários e demais níveis hierárquicos que integram a rede assistencial); a maneira como o trabalho é concebido; ao conteúdo, à organização e à gestão desse trabalho.

De modo geral, tais estudos reafirmam o avanço teórico-metodológico da aplicabilidade da clínica do trabalho enquanto método de ação e intervenção.

Diferenciam-se dos demais estudos em Psicodinâmica do Trabalho, ao apresentarem contribuições fundamentais no que se refere ao uso de estratégias de

mobilização pelos trabalhadores em busca da superação das adversidades apresentadas pela organização do trabalho, o que lhes possibilita a ressignificação de seu sofrimento.

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

3.1. Problema de Pesquisa

Dentre as categorias de trabalho analisadas à luz dos pressupostos teórico-metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho e de outras abordagens da área de saúde verificou-se, em uma primeira análise, que existem poucos estudos relacionados à organização do trabalho e às vivências de prazer e sofrimento apresentadas pelos profissionais de odontologia.

O estudo proposto busca aliar a pesquisa empírica à ação. Com a presente intervenção, espera-se que os sujeitos-participantes possam assumir o protagonismo na relação de trabalho, propiciando o compromisso e o estímulo à ação; o compartilhamento das vivências, permitindo elaborações possíveis neste contexto; o estabelecimento da equidade para que a capacidade crítica e de auto-avaliação reflitam a proximidade com a realidade.

Em face da demanda pelo estudo em questão ter sido proveniente do chefe do centro ambulatorial de um hospital universitário, que procurou o Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília e apresentou a queixa inicial da necessidade da melhoria das relações interpessoais entre os membros de sua equipe, esta pesquisa teve por objetivo geral analisar a psicodinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia do centro ambulatorial de um hospital universitário, por meio da clínica do trabalho.

Buscou ainda caracterizar a organização do trabalho de acordo com seus elementos estruturantes; identificar as vivências de prazer e sofrimento e as estratégias defensivas utilizadas por esta categoria profissional e; analisar a mobilização subjetiva em suas quatro dimensões fundamentais: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento.

3.2. Campo da Investigação e Participantes

A presente pesquisa foi desenvolvida com profissionais de odontologia pertencentes ao centro ambulatorial de um hospital universitário da região Centro-Oeste. O centro ambulatorial em questão foi criado na década de 80 juntamente com o curso de Odontologia da universidade a qual o hospital universitário é vinculado. Ele integra, juntamente com outros quatro centros (Centro de Radiologia, Centro Cirúrgico, Centro Clínico de Ensino Odontológico e Centro de Cirurgia Bucomaxilofacial), a Divisão de Odontologia do hospital em questão.

O ambulatório funcionava de maneira provisória em um prédio do hospital até dezembro de 2010, ocasião em que as instalações definitivas da Divisão foram entregues. Atualmente, o espaço conta com 54 consultórios e possui uma média diária de 70 atendimentos. Os usuários do serviço são encaminhados pelo próprio hospital e pela secretaria de saúde estadual, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, também são atendidos, ocasionalmente, trabalhadores da universidade em questão.

Compõem o centro ambulatorial 19 profissionais: 12 cirurgiões-dentistas (CD), 05 auxiliares em saúde bucal (ASB), 01 técnico em saúde bucal (TSB), 01 auxiliar administrativo. Participaram do estudo 09 membros que atuam majoritariamente no período vespertino: 05 cirurgiões-dentistas (dentre estes, o gestor do setor), 02 auxiliares em saúde bucal, 01 técnico em saúde bucal e 01 auxiliar administrativo.

No que tange ao gênero, apenas o chefe da equipe era do sexo masculino. As demais participantes todas eram do sexo feminino. Destaca-se ainda a dupla atividade do chefe da equipe, já que, além de atuar como cirurgião-dentista no centro ambulatorial, o mesmo também atua como docente do curso de Odontologia na universidade a qual este centro está vinculado.

3.3. A Clínica Dejournaliana: princípios e etapas

O estudo teve como pressuposto teórico-metodológico a Psicodinâmica do Trabalho que possui como método de ação e intervenção a clínica do trabalho, que

permite descrever em detalhes os processos subjetivos individuais e as estratégias coletivas mobilizadoras, compreendo a escuta como meio privilegiado de apreender a subjetividade dos indivíduos e desvelar os conteúdos latentes (Dejours, 2009).

O pesquisador assume a função de clínico do trabalho e, para isso deve ter a experiência da escuta qualificada do sofrimento. Com essa perspectiva, utiliza-se de variadas técnicas clínicas, como a observação, associação livre, deflexão e estimulação (Mendes, 2007; Mendes & Araujo, 2012).

Ao pesquisador cabe, além de articular e ilustrar os comentários dos trabalhadores, favorecer a mobilização coletiva para que estes trabalhadores possam definir que estratégias devem ser utilizadas para transformar seu sofrimento em prazer no trabalho.

O lugar do suposto saber do analista vai ser substituído na clínica do trabalho pelo coletivo. É por meio desse coletivo que vai acontecer a transferência, pois sem a transferência não há construção de laços afetivos. A construção de laços afetivos depende ainda da cooperação e do estabelecimento do coletivo de trabalho, o qual permitirá a mobilização subjetiva.

O objetivo da pesquisa em clínica do trabalho é, por meio da escuta do sofrimento, levar o trabalhador a recuperar sua capacidade de pensar e de agir, propiciando assim a sua emancipação enquanto sujeito.

A clínica em psicodinâmica é realizada por meio de sessões coletivas com os trabalhadores. O método busca a mobilização do coletivo de trabalho para que este possa encontrar novas formas de cooperação na constituição dos membros desse coletivo enquanto sujeitos, a fim de possibilitar mudanças na organização do trabalho. Devido a ser uma ação sobre a organização do trabalho, e que tem como objetivo a mobilização dos trabalhadores, é imperativo na clínica do trabalho resguardar a ética dos envolvidos (Mendes, 2007).

Ela configura-se como a abertura do espaço público de discussão para que o sofrimento seja ressignificado e mediado, por meio de sua elaboração e perelaboração.

Para colocá-la em prática, precisamos compreender o trabalho e as formas psíquicas que mobilizam este trabalho:

A clínica busca resgatar o desamparo e a culpa como elementos fundamentais para o trabalhar, como parte do sofrimento necessário para mobilizar o sujeito diante do real, ou seja, atua na revelação das defesas e na construção de novas formas de confrontar o fracasso diante do real mais distante das patogenias. Sair do narcisismo, da perversão e tornar-se um sujeito sofrente é condição necessária para a inquietação, a desestabilização e a mobilização para construir, de modo coletivo, novas regras para produzir e viver junto (Medes & Araújo, 2012, p. 35).

Buscou-se, nesta investigação, realizar a clínica do trabalho, proposta por Dejours (1992, 2011a), considerando as contribuições da Psicanálise e as pesquisas desenvolvidas pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB.

3.3.1. Clínica do Trabalho e da Ação: um caminho para a apreensão da subjetividade dos trabalhadores

No que concerne aos estudos realizados por Dejours, a “clínica do trabalho”, assim nomeada por ele, constitui-se num método de investigação poderoso, pois apresenta a teoria vinculada ao seu método.

A clínica do trabalho configura-se como a aplicação pura da Psicodinâmica do Trabalho, o que a diferencia de outras técnicas de intervenção. Ao compreender que a organização do trabalho é permeada pelas relações de trabalho e suas interações, a clínica do trabalho entende que a escuta é o meio privilegiado de apreender a subjetividade dos indivíduos e desvelar os conteúdos latentes:

Apreender e compreender as relações de trabalho exige mais do que a simples observação, mas, sobretudo, exige uma escuta voltada a quem executa o trabalho, pois este implica relações subjetivas menos evidentes que precisam ser desveladas (Heloani & Lancman, 2004, p. 82).

A clínica do trabalho delineada por Dejours (1992, 2011a) envolve necessariamente três etapas: pré-pesquisa, pesquisa, validação e refutação.

A Pré-pesquisa

A primeira fase da clínica do trabalho definida por Dejours envolve o que ele denomina de “Pré-pesquisa”, a qual consiste na preparação da pesquisa efetivamente dita, após a análise da demanda que, para o autor, precisa necessariamente ser prerrogativa dos trabalhadores. O pressuposto subjacente a esta etapa concerne ao voluntariado dos trabalhadores e à concordância da instituição para a intervenção proposta.

Como segundo ponto, a preparação da pesquisa envolve a definição dos pesquisadores e dos trabalhadores envolvidos. Também se ressalta que a participação dos dirigentes da instituição é fundamental para que as condições para a realização da pesquisa sejam proporcionadas. Resumidamente, seria o que ele denomina de “organização real do trabalho” de pesquisa.

A Pesquisa propriamente dita

Na constituição da pesquisa propriamente dita procura-se criar um espaço coletivo de discussão que favoreça a verbalização dos trabalhadores envolvidos. Para que a clínica do trabalho ocorra é necessário que alguns procedimentos sejam adotados pelos pesquisadores. Um dos pressupostos fundamentais em psicodinâmica do trabalho é que a pesquisa seja realizada no próprio ambiente de trabalho no qual os trabalhadores estão inseridos, em um espaço físico de tamanho apropriado para o grupo e que garanta a privacidade dos participantes.

Devem-se esclarecer ao grupo os objetivos da ação e as condições para sua realização. Neste momento, todas as dúvidas referentes à execução da pesquisa devem ser dirimidas para que os trabalhadores compreendam o papel dos pesquisadores. Por sua vez, esta etapa se subdivide em:

(a) análise da demanda: necessariamente, a pesquisa precisa partir de uma demanda. Neste contexto, as possibilidades de mudanças também constituem uma prerrogativa dos trabalhadores. Verificar-se-á, neste momento, a percepção

dos trabalhadores sobre a demanda: quem a formula, o que é solicitado nela e a quem a mesma é dirigida. A análise da demanda envolve um processo de negociação com os envolvidos que busca definir o problema e compreender de quem é a solicitação (dos trabalhadores, da instituição e/ou dos pesquisadores interessados em determinada temática). Normalmente, antes da prática clínica antecedem-se várias sessões de análise da demanda. Para Mendes e Araujo (2012), a demanda equivale à solicitação, ao pedido de ajuda e, em última instância, à queixa. Dessa forma, nunca será plenamente satisfeita, uma vez que se articula ao desejo.

(b) análise do material da pesquisa: o material de pesquisa constitui-se basicamente dos comentários, ou mesmo da ausência de comentários no discurso do coletivo de trabalhadores. Para Dejours, os comentários são a “matéria-prima” utilizada para a apreensão da subjetividade dos trabalhadores, por meio da qual se procuram as contradições vinculadas ao contexto de trabalho.

(c) observação clínica: constitui-se da descrição apresentada pelos pesquisadores dos fatos intersubjetivos concernentes à execução da pesquisa. É o relato feito após cada encontro, a partir de memórias do pesquisador, gravações e anotações. Supõe como os pesquisadores articulam e ilustram os comentários dos trabalhadores e, consiste em evidenciar e explicitar a trajetória do pensamento dos pesquisadores que conduzem os grupos. Essa observação clínica pode ser submetida aos trabalhadores e também a pesquisadores externos ao grupo de trabalho a fim de ampliar o leque de interpretações sobre os dados.

(d) interpretação: é o que dá forma ao que é trazido pelos trabalhadores, como uma vivência de seu trabalho, possibilitando, igualmente, a compreensão aos pesquisadores externos à instituição. Os pesquisadores formularão e identificarão os elementos subjetivos surgidos durante os encontros, buscando dar um sentido a estes. A interpretação do clínico do trabalho deve centrar-se nos comentários do coletivo, preservando o indivíduo. A escuta aparece como dispositivo fundamental para desvelar o sofrimento a fim de que o trabalhador, ao ressignificá-lo, possa verdadeiramente assumir o protagonismo e a direção da sua vivência de trabalho, buscando assim a sua emancipação:

A interpretação ideal seria aquela que desmonta um sistema defensivo e autoriza simultaneamente a reconstrução de um outro sistema ou um deslocamento deste, de maneira a enfatizar um elo entre sofrimento e trabalho (Mendes & Araújo, 2012, p. 51).

Validação e Refutação

Conforme pressupõe Dejours (2011a) cada encontro possui um momento de validação e refutação dos temas emergentes e interpretações do mesmo. Esta etapa é fundamental na plena realização da clínica do trabalho e consiste em dois momentos.

O primeiro momento da validação das interpretações ocorre durante o próprio prosseguimento da pesquisa:

[...] as elaborações, interpretações, hipóteses, temas e comentários são feitos à medida que a discussão se desenrola, sendo então rejeitados ou retomados, eventualmente até aprofundados com novo material de análise (Dejours, 2011a, p. 147).

Após o primeiro encontro, os seguintes serão iniciados por meio da restituição das falas resultantes do encontro anterior. Para tanto, será lido, em voz alta a todos os membros, o relatório de restituição, o qual é produzido pelos pesquisadores ao final de cada encontro da clínica do trabalho.

Este relatório – denominado por Dejours como um relatório “vivo”, comentado e subjetivo – constitui-se em um documento inicial, inacabado, que será aprimorado a cada encontro. O conteúdo desse documento em construção será, ao longo da discussão, refutado ou reformulado por meio das concordâncias e discordâncias que possam ser geradas pelos sujeitos-participantes.

Num segundo momento, ocorre uma validação final do material adquirido ao longo das sessões através de uma discussão final entre os pesquisadores, os trabalhadores que participaram da pesquisa e, até mesmo, os que não participaram. Para Heloani & Lancman (2004), este segundo momento seria na verdade uma validação ampliada da pesquisa, por envolver aí o conjunto dos trabalhadores que não participaram diretamente da pesquisa, como também a própria direção da instituição.

Já a refutação é a discussão realizada no âmbito teórico e metodológico por meio de contrapesquisas apresentadas na comunidade acadêmica que possam produzir outras interpretações e até mesmo outros resultados (Mendes, Araujo & Merlo, 2011).

Como instrumento de intervenção, a clínica do trabalho se constitui em um espaço coletivo da fala e da escuta do sofrimento dos trabalhadores, que os oportunizam a pensar o trabalho, elaborar o seu pensamento e evoluir para uma interpretação coletiva, dando um novo sentido ao seu fazer. A clínica do trabalho, portanto, gera um movimento no coletivo dos trabalhadores, possibilitando a criação de estratégias individuais e coletivas para confrontar as situações provocadoras do sofrimento e restabelecer a saúde do trabalhador.

Ademais, a clínica do trabalho pode se constituir em um caminho que leve o trabalhador a questionar minimamente a organização do trabalho e propor mudanças que possam transformá-la. Assim, para que ocorra efetivamente uma transformação na organização do trabalho é necessária a criação de um espaço público de deliberação, o que ocorre efetivamente no método da clínica do trabalho.

Por meio da clínica do trabalho, além do restabelecimento do coletivo de trabalhadores, esse instrumento configura-se como um meio fundamental para a constituição de um espaço público de discussão o qual, instalado, possibilita que se possa compreender a subjetividade envolvida na relação dos trabalhadores com o seu trabalho.

3.4. Análise dos Dados

Conforme preconiza Dejours (1992, 2011a), o discurso configura-se como o principal material de análise na investigação realizada através da Psicodinâmica do Trabalho. O material da interpretação consiste em uma observação comentada. Dessa forma, as informações colhidas em cada um dos encontros foram tratadas a luz da Análise Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 2011a, Mendes & Araujo, 2012).

Busca-se, por meio da apreensão da fala dos trabalhadores, revelar as mediações das relações intersubjetivas existentes no encontro do trabalhador com a organização do trabalho e as consequências decorrentes dela.

Por meio dessa análise, as estratégias individuais e coletivas construídas pelos trabalhadores e as vivências de prazer-sofrimento emergentes da situação de trabalho desses trabalhadores são colocadas em evidência.

O material de análise consiste basicamente no discurso dos trabalhadores e nos comentários e narrativas advindos desse discurso. Ele diz respeito ao resultado das vivências subjetivas expressas pelo grupo de trabalhadores durante os encontros e é apreendido por meio da fala dos trabalhadores e do contexto no qual são ditas. Os “comentários” são a matéria-prima de apropriação da subjetividade dos sujeitos (Dejours, 2011a).

A análise do material tem como base a organização do discurso do coletivo de trabalhadores atendo-se a qualidade e ao significado do mesmo (Mendes & Araujo, 2012).

A Análise Psicodinâmica do Trabalho é desenvolvida com base nos registros das falas, obtidos por meio de anotações e/ou gravações (quanto autorizadas pelos trabalhadores). A estruturação das unidades de análise é realizada por meio da apresentação dos resultados em três eixos: Eixo I: engloba a organização do trabalho prescrito e o real do trabalho e seus elementos (tipos e conteúdo das tarefas, divisão do trabalho, normas e controles, tempo e ritmos, exigências técnicas, relações socioprofissionais, comunicação, modos de gestão, responsabilidades e riscos); Eixo II: apresenta a mobilização subjetiva em suas quatro dimensões fundamentais (inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento como forma de transformação do sofrimento patogênico em criativo) e; Eixo III: caracteriza sofrimentos, defesas e patologias emergentes do discurso dos trabalhadores (estratégias de defesas individuais e coletivas, tipos de patologias e danos físicos e psicossociais).

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

4.1. Pré-pesquisa

O primeiro passo para a construção do estudo consistiu na realização de três estratégias primordiais apresentadas na pré-pesquisa: análise da demanda; definição dos pesquisadores e trabalhadores envolvidos e; estabelecimento das ações necessárias para o conhecimento prévio da organização do trabalho. Cumpre ressaltar que a análise inicial da demanda deve seguir dois pressupostos: (a) voluntariado dos participantes e (b) concordância da instituição para realização da pesquisa.

A demanda surgiu inicialmente como um desejo da pesquisadora responsável pelo estudo em analisar a mobilização do coletivo de trabalho de profissionais inseridos em universidades. Isso devido à pesquisadora ser psicóloga integrante do corpo funcional de uma Instituição Federal de Ensino Superior - IFES.

Contudo, afirma-se a demanda do presente estudo como espontânea, pois a mesma foi apresentada pelo chefe do centro ambulatorial de odontologia de um hospital universitário que, espontaneamente, procurou o Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB a fim de oferecer a sua equipe uma intervenção que pudesse resultar em melhoria das relações interpessoais entre os membros.

Para atender aos objetivos da investigação, os membros da unidade preterida deveriam estar submetidos a uma mesma organização do trabalho, para que fosse possível empregar todas as etapas do método delineado por Dejours – a clínica do trabalho – já que está é uma condição *sine qua non* para que a clínica do trabalho possa acontecer.

A fim de iniciar os procedimentos necessários para a autorização da pesquisa, apresentar seus objetivos e esclarecer os procedimentos a serem adotados nessa investigação, foi realizado contato inicial com o chefe do centro ambulatorial de odontologia que havia procurado o Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB.

Além disso, visava-se atingir os três objetivos propostos por Dejours (2011a) durante o tempo de preparação para a pesquisa, a saber: (a) reunir informações sobre o processo de trabalho; (b) ter acesso à empresa (em seus aspectos técnicos e subjetivos) e; (c) conhecer a dinâmica da empresa em termos da organização do trabalho (organização real do trabalho).

Após a apresentação da pesquisa para o chefe do centro ambulatorial de odontologia e a obtenção da autorização da pesquisa por parte do gestor, foram realizados dois encontros com o coletivo de trabalhadores com o intuito de verificar se havia o interesse da equipe na realização da pesquisa preterida e confirmar a percepção dos trabalhadores dessa equipe sobre a demanda: quem a formula, o que é solicitado nela e a quem ela é dirigida. Após a confirmação da demanda como sendo também do coletivo (tendo em vista o voluntariado e o desejo apresentados pelos membros para a participação na enquete) foram definidos os horários e dias de realização das sessões coletivas.

Devido à equipe trabalhar em dois turnos distintos, com horário ininterrupto de atendimento de 7h às 19h, optou-se por realizar o estudo com 09 membros que atuam majoritariamente no período vespertino: 05 cirurgiões-dentistas (dentre estes, o gestor do setor), 02 auxiliares em saúde bucal, 01 técnico em saúde bucal e 01 auxiliar administrativo. Foram realizados ao todo 09 encontros no próprio local de trabalho dos participantes, duas vezes por semana, em um período de 02 meses, com duração de cerca de 1h30 a 2h00 cada encontro, totalizando cerca de 16h de gravação.

As pesquisadoras envolvidas na investigação foram: a pesquisadora responsável pelo estudo, uma estudante de graduação em Psicologia (integrante do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB), além da doutora pesquisadora vinculada à Universidade de Brasília, responsável pela orientação do projeto de mestrado, a qual acompanhou e supervisionou todas as etapas de desenvolvimento da pesquisa. Os integrantes do referido Laboratório integraram a equipe do coletivo de pesquisa, o qual se reuniu mensalmente durante a realização da enquete e teve como objetivo ampliar o leque de interpretação sobre os dados oriundos da pesquisa.

No que tange às ações necessárias para o conhecimento prévio da organização do trabalho, foram realizadas duas visitas técnicas ao local de trabalho dos participantes durante o horário de funcionamento do centro ambulatorial, além de pesquisa documental que reuniu informações sobre a criação e o funcionamento da unidade pesquisada. As visitas tiveram por objetivo conhecer os procedimentos técnicos adotados e a organização do trabalho vivenciada pelos trabalhadores.

Por ocasião do primeiro encontro com o coletivo de trabalhadores, foram instituídas as regras do coletivo de pesquisa. Neste momento, foi informado aos sujeitos-participantes que a participação no estudo era de caráter voluntário, e que eles poderiam desistir dele a qualquer momento, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou dano.

Informou-se ainda que a pesquisa não acarretaria riscos no âmbito das atividades de trabalho dos sujeitos-participantes e tão pouco perante a instituição à qual eles estão vinculados. Além disso, foi assegurado que as informações prestadas teriam caráter sigiloso, resguardando a privacidade dos envolvidos. Assegurou-se também a guarda dos dados e materiais utilizados na pesquisa, garantindo-se a confidencialidade deles e que não serão divulgados a terceiros.

Por fim, foi solicitada aos participantes a autorização para gravação dos encontros e a concordância com os procedimentos informados por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A). A gravação dos encontros fundamentou-se na necessidade de análise posterior do material da pesquisa. Finalizados estes procedimentos, procedeu-se ao início da primeira sessão coletiva.

4.2. A pesquisa propriamente dita

Com relação à elaboração e perlaboração, verificou-se que o grupo apresentou um discurso muito defensivo, atendo-se prioritariamente a elementos prescritos da organização do trabalho. Entretanto, algumas falas demonstraram a vivência desses

dispositivos no âmbito do coletivo, como, por exemplo, nos momentos em que a equipe nomeou o desejo de consolidar o trabalho iniciado na clínica:

“Nós parecíamos filhos rebeldes, rebeldes sem causa, adolescentes. Hoje talvez, alguns tenham amadurecido. Problemas vão continuar existindo, a forma de encará-los daqui pra frente vai ser um diferencial para nós.”

Cumprir destacar também que tais dispositivos podem ter sido prejudicados em função do pouco tempo de distanciamento que existiu entre um encontro e outro. Devido à necessidade dos encontros serem encerrados em dezembro para que as férias dos membros do coletivo de trabalhadores não pudessem interferir na participação deles na enquete, optou-se pela realização das sessões coletivas duas vezes por semana.

No tocante à construção de laços afetivos, verificou-se que, apesar do grupo apresentar percepções coletivas sobre elementos do trabalho, algumas frases isoladas apresentadas por membros do grupo não foram compartilhadas pelo coletivo. De toda forma, os encontros propiciaram o estabelecimento do coletivo de trabalho, por meio da constituição do espaço de fala e de escuta apresentado aos trabalhadores.

A interpretação e a observação clínica realizadas pelas pesquisadoras buscaram articular e ilustrar os comentários do coletivo de pesquisa, além de evidenciar e explicitar a trajetória do pensamento das pesquisadoras na condução desse coletivo. Como material de investigação, a clínica utiliza-se dos comentários e da falta de comentários. Às pesquisadoras coube a formulação e identificação dos elementos subjetivos surgidos durante os encontros a fim de dar sentido a estes elementos, o que contribuiu para a elaboração e perelaboração por parte dos trabalhadores que, como afirma Dejours (2011a) “passam a formular para o pesquisador coisas que nem eles próprios tinham claro antes de formulá-las discursivamente para uma pessoa de fora”.

Cabe ao pesquisador em psicodinâmica do trabalho conjugar o saber e o fazer do trabalho ao conhecimento científico, produzindo um novo conhecimento real, a partir da interpretação dos comentários do coletivo dos trabalhadores o que desencadeia o surgimento de novos temas e a possibilidade da elaboração desses temas pelo coletivo. Para Dejours (2011a) o pesquisador não pode se situar como especialista, mas sim como interlocutor.

Levando-se em consideração estes pressupostos, em especial assumir a fala como instrumento principal de apreensão da subjetividade dos trabalhadores, os encontros com os profissionais do centro ambulatorial de odontologia centraram-se, prioritariamente, no discurso dos sujeitos e nos temas recorrentes nesse discurso.

4.3. Validação e Refutação

O discurso resumido dos trabalhadores foi apresentado no início de cada encontro por meio da leitura de memoriais, construídos com base nas verbalizações dos participantes e interpretações das pesquisadoras (Mendes & Araujo, 2012). Os encontros sempre eram iniciados por meio do memorial contendo a restituição das falas resultantes do encontro anterior. Diante da leitura dos memoriais, ocorria a validação da interpretação das pesquisadoras (por meio da avaliação do memorial e da elaboração e perlaboração dos conteúdos tratados no encontro anterior).

Foi possível verificar, neste momento, o abandono de algumas defesas apresentadas pelo grupo, principalmente relacionadas à racionalização e à negação apresentadas no discurso dos trabalhadores, diante da postura do coletivo de aceitação e compartilhamento de alguns memoriais, como também do mal-estar e incômodo no coletivo provocados por outros memoriais.

Destaca-se a condução das pesquisadoras diante da leitura ao coletivo de pesquisa do segundo memorial (ocorrido em ocasião do terceiro encontro) que provocou um incômodo generalizado entre os trabalhadores. Em função da leitura do primeiro memorial, ocorrida no segundo encontro, o grupo compartilhou as interpretações e acrescentou uma questão que norteou todo o segundo encontro: a quantidade de pessoas na equipe.

A partir desse tema, foi apresentada uma série de denúncias relacionadas ao comportamento de alguns profissionais da equipe com relação aos procedimentos adotados no ambulatório. Destaca-se que tais denúncias foram apresentadas na ausência do gestor do setor que, excepcionalmente, não pôde participar desse encontro.

Dessa forma, a leitura do memorial no terceiro encontro, com a presença do gestor, provocou mal-estar e incômodo no coletivo de pesquisa que apresentou como estratégia de defesa a negação dos conteúdos relatados. Posteriormente, tais conteúdos retornaram no discurso do coletivo de pesquisa e foram assimilados pelos trabalhadores. Diante do mal-estar gerado por ocasião da leitura desse memorial, o gestor da equipe foi convocado, pelo próprio coletivo de pesquisa, a participar de todos os demais encontros, o que foi aceito por ele.

Possivelmente, o gestor foi bem aceito (e até mesmo desejado) no coletivo de pesquisa por assumir junto com os demais trabalhadores as atividades concernentes ao atendimento no ambulatório em questão. Afinal, o gestor não só gere a equipe administrativamente como também integra a equipe técnica, na função de cirurgião-dentista.

Por fim, à supervisão coube a tarefa de revisar os memoriais e levantar hipóteses relativas à dinâmica de funcionamento do coletivo de pesquisa. Ela exerceu papel primordial também na condução dos encontros e nas interpretações realizadas pelas pesquisadoras responsáveis pela condução da pesquisa.

A validação final do material adquirido ao longo das sessões foi realizada por meio da leitura do último memorial, feito com base em toda a história clínica das sessões.

Não foi possível realizar a avaliação final do trabalho proposta por Dejours (2011a) em um segundo momento posterior ao da realização da clínica, pois não foi possível agendar um novo encontro com os trabalhadores que participaram da pesquisa e os que não participaram meses após a realização da clínica do trabalho.

4.4. Análise da Psicodinâmica do Trabalho

Eixo I: Organização do Trabalho prescrito e real do trabalho

Sobre o trabalho do profissional de odontologia, o grupo apresentou as tarefas concernentes aos diferentes atores que estão inseridos neste campo profissional: cirurgião-dentista (CD), auxiliar em saúde bucal (ASB), técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar administrativo. Cabe ao CD realizar a análise do caso do paciente e aplicar os procedimentos necessários, por meio da formulação do plano terapêutico, o qual, por vezes, precisa ser iniciado com ações de atenção básica em saúde bucal, de caráter mais educativo que terapêutico. Entretanto, o Centro Ambulatorial configura-se como um Centro Especializado de Odontologia (CEO) no âmbito do Programa Brasil Sorridente, do governo federal, ou seja, na teoria não deveria atuar na atenção básica.

A atividade do CD possui uma prescrição rígida. O primeiro procedimento adotado é a realização da anamnese: exame inicial da situação geral de saúde do paciente a fim de verificar a existência de doenças infecto-contagiosas ou mesmo doenças crônicas que possam impactar em procedimentos diferenciados como, por exemplo, o diabetes, que exige um cuidado maior com o paciente devido à dificuldade de cicatrização.

As atividades de responsabilidade do ASB envolvem: separar todo o instrumental necessário às atividades dos CDs; verificar a assepsia e a correta higienização do material por parte da Central de Material Esterilizado (CME); realizar a conferência e separação de todo o material; limpar a cadeira e a cuspideira, ao final do procedimento e, auxiliar a conter pacientes, principalmente no atendimento a crianças que, segundo o grupo, “*são da pesada*”. Enquanto o dentista atua dentro da boca do paciente, em um local mais contaminado, a ASB manipula os instrumentos para auxiliar o dentista, fora do local mais contaminado.

Houve momentos em que o trabalho foi dificultado pela distância do CME ao prédio onde funciona o Centro Ambulatorial. Perdia-se muito material da odontologia (possivelmente devido ao tamanho bastante reduzido da maioria das peças utilizadas) e não havia a possibilidade de “*buscar rapidinho*” um material que faltasse durante um

procedimento. Tais deficiências foram sanadas atualmente com a instalação de uma unidade do CME no próprio prédio onde funciona o ambulatório, o que facilitou a atuação dos auxiliares. Entretanto, *“a gente não trabalha aqui com uma equipe exclusiva do CME, o que seria interessante”*.

A definição dada ao trabalho do TSB é de que cabe a ele *“todos os procedimentos que sejam reversíveis”*. Contudo, a equipe acredita que o TSB seja subutilizado, pois faz mais atividades pertinentes aos auxiliares do que as que realmente competem a função do técnico, que tem uma formação diferente.

O auxiliar administrativo, por sua vez, é o profissional responsável por realizar o contato com o paciente para marcação de consultas e de exames, além de ser o receptor dos encaminhamentos realizados pela rede (outros setores do hospital universitário e também pela secretaria de saúde estadual).

Sobre as normas, controles e rotinas empregadas no dia-a-dia dos profissionais do ambulatório, verifica-se que há uma discordância em relação ao quantitativo ideal de profissionais que deveriam existir, por turno, a fim de padronizar o atendimento de, no mínimo, 05 pacientes, por profissional (CD), por turno. Esse tema circulou por diversas vezes nas sessões realizadas com os trabalhadores e apresentou-se como a queixa principal nos primeiros encontros.

Segundo relatos da equipe, a proporção existente no ambulatório (normalmente 01 auxiliar para 2 dentistas), apesar de variada ao longo das jornadas de trabalho e dias da semana, atende às necessidades atuais do ambulatório, mas prejudica a produtividade da equipe.

Apesar de afirmarem que a padronização de atendimento não seria uma regra, mas sim uma sugestão, o grupo acredita que não há um diálogo claro sobre esta questão. Reclamam que falta autonomia aos profissionais para gerir tempo e ritmos de trabalho em função das necessidades clínicas de cada paciente. Entretanto, o grupo afirma também que a regra é necessária para o maior controle do trabalho realizado pela equipe.

A única rotina de produção diferenciada atualmente é a da endodontia (atendimento mínimo de 03 pacientes por turno), por conta de legislação específica da área sobre o tempo necessário para realização de cada procedimento nesta especialidade. Contudo, esta rotina diferenciada foi fruto de uma “tensa negociação” com a chefia, segundo relatos do grupo.

Há também um incômodo no grupo sobre a diferenciação de jornada de trabalho da equipe, já que alguns membros cumprem 30 horas e outros cumprem 40 horas.

Sobre o ritmo empregado nas atividades do ambulatório, o grupo observa um intenso trabalho por parte das ASB, principalmente em dias mais críticos, devido à necessidade delas realizarem a divisão entre o atendimento às demandas dentro do consultório e, fora dele, no processo de preparação e organização do material odontológico antes e depois da fase de esterilização pelo CME, que é realizada por uma equipe de enfermagem: *“é pouca gente para muito serviço”*.

Dependendo da bandeja ou dos procedimentos, há um modo diferente de embalar o material. Tal atividade necessita ser realizada em tempo hábil para que os procedimentos possam ser realizados no consultório. Às vezes, na pressa, materiais são embalados de maneira errada. Foi relatado o sentimento de desespero, devido à sobrecarga relacionada a esta atividade.

Diante dessa situação, o grupo afirma que torna-se necessária a diminuição da quantidade de atendimentos, em certas ocasiões; mas falta uma maior sensibilidade da gestão e de alguns colegas da equipe com relação a esta questão, pois, não há permissão formal para alterar a rotina de produção. Entretanto, o grupo busca transgredir a prescrição reorganizando o atendimento:

“A gente acaba engabelando o chefe num acordo interno assim: tem não sei quantos dentistas, é humanamente impossível! Então, marca esse, marca esse... Se a gente não manejar nos pacientes elas não vão dar conta. A gente passa realmente por cima, mas ele deve saber que a gente faz isso, porque é humanamente impossível deixar uma pessoa fazendo isso. Teve um dia que tinha uma auxiliar para cinco dentistas”.

O grupo mencionou sentimentos de aborrecimento, chateação e frustração quando profissionais alheios ao serviço odontológico, que desconhecem as necessidades terapêuticas de cada paciente, protocolos de atuação e normas técnicas exigidas na área de odontologia, assumem funções relacionadas ao controle do trabalho realizado pelos profissionais de odontologia:

“Aqui não é dado poder de fogo ao dentista. Aqui é dado poder de fogo para quem vai contar tudo ao chefe”.

No que tange às condições de trabalho no ambulatório, de modo geral, a equipe relatou incômodo com a falta constante de itens básicos para a realização dos procedimentos, tais como sugadores e degermante e a postura de que seja “dado um jeito” para o trabalho continuar:

“Antes de tudo eu vou ser dentista. Então a minha obrigação é com o juramento que eu fiz lá no dia que eu me formei. Depois vem o serviço, como é que o serviço quer” [...] “Nunca vou expor um paciente meu a um tratamento mais ou menos, a um risco só porque tem que produzir” [...] “Eu não quero saber de produção. Eu quero fazer uma coisa bem feita” [...] “Eu vou trabalhar como a banda toca: tem material, a gente trabalha; não tem material, não trabalho e não vou esquentar a cabeça. Quando tiver material, eu volto a trabalhar”.

Sobre as falhas e ruídos na comunicação, o grupo apresenta três pontos principais onde percebe que esta comunicação é dificultada: 1) Dificuldade de compreensão no que se refere às responsabilidades de cada integrante do centro, pois, por vezes, são observadas sobreposições nas atividades desempenhadas pelos membros. Em algumas situações parecem existir apropriações indevidas do poder ou mesmo da governabilidade que caberia ao chefe que trazem a sensação de coação ao grupo; 2) A disseminação de fofocas entre os membros da equipe gerando desgaste nas relações interpessoais e; 3) A percepção de que a falta de comunicação eficiente entre os membros atinge diretamente a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes que, neste contexto, deixam de ser prioridade para os profissionais.

“Podemos não nos tornar amigos, mas precisamos nos conhecer melhor. Fazer um ambiente de trabalho melhor, porque o nosso usuário percebe que não estamos em harmonia e aí melhoraria o atendimento.”

“Antes jogavam no nosso usuário um problema que não era dele: nós é que temos que resolver nossas questões. Se a gente se conhecer melhor, com nós mesmos, com nosso ambiente, cada um tem que fazer a sua parte, temos que ter um sentimento de grupo, de equipe. Aí atenderemos melhor.”

Também foi relatada pelo grupo a falta de comunicação adequada entre o chefe da equipe do ambulatório e demais chefes dos outros centros e deste com a direção da divisão. Neste sentido, os membros apresentam críticas à postura da direção da divisão de odontologia, pois acreditam que, por vezes, não é dada liberdade e autonomia aos chefes para gerirem seus setores, burocratizando demais a gestão. Esta situação gera um sentimento de desapontamento no grupo:

“Tem um pai, mas parece que o pai não é pai.”

Diante de todas as dificuldades apresentadas relativas à organização do trabalho no ambulatório, o grupo afirma ser irônico verificar que este CEO é uma referência em âmbito regional.

Eixo II: Mobilização Subjetiva

Verifica-se que a equipe não conta com um espaço público de discussão e deliberação consolidado, o que dificulta o estabelecimento da cooperação, fundamental na construção das regras de ofício, e o compartilhamento da inteligência prática empregada na realização das atividades do dia-a-dia.

Os membros do grupo sentem-se chateados, desorientados e incompreendidos quando não há colaboração. Eles acreditam que deveria existir maior cooperação entre os membros, pois, ao final do turno de trabalho, eles percebem que todos ficam sobrecarregados.

Como exemplo, foi relatada uma situação em que, um profissional estava atendendo uma paciente que veio com o dente provisório, colado com Super Bonde e, após realizar a limpeza, o provisório não encaixava mais. Este profissional se sentiu desassistido, pois, o profissional especialista na área estava presente e não ofereceu

ajuda enquanto a paciente estava chorando o que deixou o profissional responsável pelo atendimento chateado e desorientado, principalmente porque ele tinha horário a cumprir e o outro paciente que aguardava atendimento acabou indo embora:

“Na hora do aperto, você não tem pra onde correr.”

“No próprio setor tem os que deduram, tem os que colaboram, tem os que compartilham.”

Apesar disso, visualizam-se, no coletivo, transgressões ao que é prescrito pela organização do trabalho como, por exemplo, a redistribuição dos pacientes na agenda, realizando número de atendimentos inferior ao estipulado para auxiliar o trabalho das ASBs, diminuindo o custo humano envolvido nesta atividade nos dias críticos de atendimento.

São realizadas periodicamente com a equipe do ambulatório reuniões que possuem caráter técnico e não de deliberação coletiva, o que dificulta o estabelecimento de diálogo entre os membros da equipe. Tais reuniões são conduzidas pelo chefe do centro ambulatorial.

Diante da dificuldade do estabelecimento da cooperação, verifica-se no discurso do coletivo a descrença com relação às mudanças que podem ser estabelecidas, afinal, hoje se cumpre o que é necessário, o que é possível e talvez não o que é realmente desejado. O grupo sente-se frustrado perante as inúmeras exigências que lhes são apresentadas em termos de produtividade e a falta de reconhecimento do engajamento na realização diária das atividades:

“A gente é muito cobrado e não tem retorno.”

O grupo acredita que a escolha da profissão na área de saúde e no serviço público não está vinculada à retribuição financeira, mas sim à retribuição simbólica:

“Quem entra na área de saúde tem este perfil: eu quero atender, eu quero ajudar pessoas. Está dentro daquilo que, como profissionais de saúde, a gente já vem fazendo desde sempre, desde a faculdade, desde que escolheu ‘ah eu quero esta área dentro da saúde’: eu quero ajudar as pessoas eu quero fazer a diferença, eu quero tratar. Eu acho muito difícil

alguém que entre na área de saúde que fale: eu quero fazer isso porque eu quero ser rico, eu quero ter carrão. Ainda mais trabalhando no serviço público.”

Eixo III: Sofrimentos, defesas e patologias

O grupo apresentou em seu discurso uma série de estratégias defensivas. Assim, verificou-se que o sofrimento patogênico prevalece sobre o sofrimento criativo devido à utilização das defesas individuais e coletivas.

Foram apresentadas como principais estratégias de defesa pelo coletivo a negação, a racionalização e o isolamento/despersonalização quando, por vezes, os trabalhadores não realizam contato com o trabalho. Exemplificam-se tais defesas nas seguintes falas do coletivo:

“Eu já estou numa fase que eu prefiro fazer do que enfrentar porque me cansa muito enfrentar”

“O que der para ser feito eu vou fazer o que não der eu não vou me estressar. Não sofro mais com essa correria, com esse desespero. Abstraio.”

“Eu gosto de planejar meu dia. Faltou material eu abstraio: eu vou fazer tudo que eu planejei até aquele ponto em que faltar o material. Não vou mais ficar sofrendo por causa disso. Fui até onde eu dava para fazer.”

“Eu vou trabalhar como a banda toca: tem material, a gente trabalha; não tem material, não trabalho e não vou esquentar a cabeça. Quando tiver material, eu volto a trabalhar.”

“Eu vou atender. Vou amarrar o bode onde o dono quer”

“Assim, eu reconheço que a gente fazia birra [...] é a arma que o servidor público tem ... o negócio não tá do jeito que eu quero eu não faço.”

“Até que ponto esta queixa de sobrecarga não corresponde a uma responsabilização das pessoas porque eu não vejo sobrecarga da maneira como a gente trabalha. Eu vejo um

*trabalho intenso que faz parte da natureza do nosso trabalho, nós escolhemos esta profissão,
ela é assim.”*

“Eu não sou de carne e osso”

Em seu discurso, o grupo assumiu (bem como nomeou) o desenvolvimento e utilização de mecanismos e estratégias de defesa para se protegerem dos incômodos gerados pela organização do trabalho. Segundo o grupo, seriam estes mecanismos possivelmente que fazem com que as coisas funcionem de um jeito ou de outro, eliminando (ou mesmo mascarando) a sobrecarga envolvida nas atividades diárias:

“Na verdade, cada um desenvolveu uma forma pra ficar bem, cada um tá se protegendo da forma que acha conveniente porque não estamos na situação ideal.”

“Cada um desenvolveu sua técnica, seu jeito de agir.”

“Todos os mecanismos de defesa vão fazendo com que as coisas funcionem de um jeito ou de outro.”

“Talvez seja o mecanismo de defesa que está eliminando a sobrecarga, porque as pessoas tem tempo ainda.”

Apesar de utilizarem amplamente estratégias defensivas, o grupo relatou o desejo de buscarem superar o sofrimento:

“Toda hora é hora de sofrer, é normal sofrer, todos nós sofremos, mas não fazer isso de uma vida de sofrimento. Saber administrar para isso não tomar conta de você.”

Neste cenário de queixas, o grupo apresenta a sobrecarga como a patologia mais representativa de sua atividade:

“É desesperador: imagine em um restaurante, no final do período, tem aquelas trocentas mil panelas, prato pra tudo quanto é lado e você, sozinha, para lavar tudo aquilo. E embalar e nomear... Se eu estivesse no lugar delas, a primeira coisa que eu fazia era sentar no chão e chorar”

Outro tema emergente no discurso do grupo foi a questão dos acidentes de trabalho, tendo em vista a quantidade de instrumentos perfuro cortantes utilizada

constantemente pela equipe de odontologia. Os participantes afirmaram que existem estatísticas que falam sobre o alto número de acidentes de trabalho entre os profissionais de odontologia, além de problemas de coluna, situação tão banalizada que já é considerada como “normal” no contexto de trabalho:

“O acidente é uma situação normal, mas não deveria ser”.

Essa pseudonormalidade da ocorrência de acidentes traz sentimentos ambíguos aos trabalhadores do ambulatório que sentem alívio quando o acidente não ocorre e frustração quando o mesmo acontece: *“fiz algo errado”*; *“tive que tomar o coquetel”*. Além disso, o grupo relata o sentimento de impotência perante a ocorrência do acidente:

“Quando acontece o acidente, você desmonta”.

O grupo relatou ainda que há sub-notificação dos acidentes entre os estudantes, possivelmente devido ao medo de serem punidos, com reflexo direto em sua nota de estágio.

Há também, por parte do grupo, um descrédito no que se refere ao correto desempenho da equipe da Medicina do Trabalho do hospital universitário com relação ao protocolo das ações pertinentes após a ocorrência de um acidente. Segundo o grupo, a equipe responsável por acolher os trabalhadores acometidos por um acidente banalizam a ocorrência e a gravidade do mesmo. Como exemplo, uma integrante citou a consulta realizada com um médico do trabalho após receber os resultados dos primeiros exames obrigatórios após a ocorrência de um acidente onde uma criança de 05 anos mordeu seu dedo e a mordida atravessou a luva, cortando a integrante. A reação do médico ao olhar os exames foi de total descaso com a gravidade do fato: *“Nossa, mas você está melhor do eu!”*.

A equipe apresentou também o sentimento de desamparo relacionado a esta situação quando o chefe imediato do trabalhador não assume a frente com relação aos procedimentos estabelecidos pelo protocolo. Percebia-se que, na gestão anterior, quando a chefe ou acompanhava o trabalhador na Medicina do Trabalho ou ligava informando ao chefe daquele setor que um funcionário seu havia se acidentado, a recepção no serviço era outra.

Além das dificuldades com a equipe de Medicina do Trabalho, os integrantes afirmaram que a utilização do coquetel gera uma série de sintomas desagradáveis, o que justifica a reação negativa dos profissionais frente a necessidade de notificar o acidente e de realizar os procedimentos estabelecidos no protocolo. Apesar disso, o grupo acredita que a responsabilidade em seguir o protocolo pós-acidente é do trabalhador, tendo em vista o protocolo estar afixado na parede do ambulatório em local acessível a todos.

Por conta dos receios relacionados aos acidentes, o grupo afirmou a importância de realizar corretamente a anamnese. Uma integrante afirmou que, independente da anamnese, *“trato todo paciente como se ele fosse soro-positivo”*, expressando que diante dessa maneira de pensar, segue rigorosamente todos os procedimentos de segurança. Ainda sobre este tema, a equipe relatou fazer uso dos equipamentos de proteção individuais (EPIs).

4.5. Análise da Mobilização do Coletivo de Trabalho

Durante a realização da clínica, aparentemente o grupo superou as primeiras queixas apresentadas relativas ao aumento no quantitativo de profissionais; melhoria dos processos de marcação das agendas dos profissionais e; compreensão pelos demais centros da divisão do fluxo de marcação de consultas e atendimentos no centro ambulatorial.

No decorrer da clínica, novos questionamentos surgiram, tais como a apresentação pela equipe dos incômodos relativos a aspectos do ambiente de trabalho e as falhas e ruídos percebidos na comunicação.

Assim, as queixas individuais deram lugar a questionamentos coletivos. Entretanto, ainda foi possível perceber a existência de um silêncio no discurso do grupo. Silêncio que, por vezes, colocava em cheque a maturidade que foi alcançada pelo grupo, provocando questionamentos quanto à capacidade real ou não do grupo de efetivamente se mobilizar. Questionou-se também se o coletivo de trabalhadores se apropriou da clínica.

O grupo atribui as atitudes e comportamentos queixosos ao momento em que a zona de conforto foi alterada com as mudanças organizacionais pelas quais passaram: mudança de um prédio pequeno para outro maior, de uma chefia apenas para várias chefias e de um trabalho em conjunto para um trabalho em separado.

O grupo acredita que perdeu o seu referencial, pois a partir desse momento, tiveram que repensar o papel da divisão de odontologia como um todo. Ficaram “*meios órfãos: sem pai, sem mãe, sem nada*”. Assim, começaram a projetar a raiva e a frustração na figura do chefe imediato. Segundo o grupo, pareciam “rebeldes sem causa”:

“Nós parecíamos filhos rebeldes, rebeldes sem causa, adolescentes. Hoje talvez, alguns tenham amadurecido. Problemas vão continuar existindo, a forma de encará-los daqui pra frente vai ser um diferencial para nós.”

Apesar do comprometimento do espaço público de discussão, o grupo conseguiu em algumas ocasiões instituir este espaço quando coletivamente expressaram seu sofrimento com relação ao trabalho e nomearam algumas alternativas a superação desse sofrimento. Desse modo, o grupo começou a diferenciar e a reconhecer o verdadeiro espaço de fala como um espaço de deliberação. Verdadeiro porque não se trata apenas de um encontro ou reunião técnica sobre as questões de trabalho, mas sim um espaço onde a palavra pode circular livremente nomeando insatisfações e percepções sobre o trabalho.

“O primeiro passo a gente já deu: reconhecer que os problemas existem e nomeá-los. Dependendo do problema, dividi-lo em três e começar a mexer neles. Já começamos a sentir melhoras muito grandes quando começamos a elencar todos os problemas, começamos a trabalhar, saber que eles existem. Não vamos resolver tudo, mas podemos melhorar.”

“Ou a gente define rever palavras ditas, atitudes ou a gente continua na mesma e tudo ficará em quatro paredes.”

Dentre as alternativas apresentadas o grupo elencou quatro necessidades principais ao início da mudança:

1) A equipe precisa falar mais, promover mais espaços de diálogo, onde a palavra possa circular livremente e onde todos possam expressar suas insatisfações, incômodos e sofrimentos. A equipe considera que seria muito interessante que todos conversassem mais e tivessem mais clareza do que acontece e do que sentem.

2) Delegar mais claramente as responsabilidades e tarefas de cada membro do centro ambulatorial. Reproduzir uma matriz de responsabilidades mais clara e definida, a fim de que os processos não dependam apenas de uma pessoa, mas possam ser compreendidos por todos para atender o paciente com qualidade.

3) Estabelecer uma melhor comunicação com os demais centros e com a direção da divisão, a fim de buscar um contato mais próximo com esta direção. Com relação a este ponto é possível que alguém tenha que começar este movimento buscando uma maior comunicação e diálogo entre todos, mostrando o caminho possível.

4) Apresentar as demandas do centro ambulatorial de forma sistematizada para a direção da divisão, a fim de se fazer ouvido.

Contudo, questiona-se se estes propósitos vão se transformar em ações vivas, tendo em vista o grupo, às vezes, parecer se mobilizar mais para se defender do que para realizar o real do trabalho.

Durante a realização da clínica foram detalhados exaustivamente os aspectos técnicos relacionados a cada atividade, o que é prescrito para cada profissional. Entretanto, não foi possível compreender de maneira mais clara o trabalho real a ser desempenhado por cada membro da equipe a fim de que as responsabilidades não sejam sobrepostas.

Por fim, o grupo apresentou uma avaliação positiva sobre o trabalho realizado ao verificar que a verbalização dos incômodos relativos às situações de trabalho consideradas inadequadas foram fundamentais para os trabalhadores reconhecerem o sofrimento dos colegas da equipe e as responsabilidades atribuídas a cada um e ao grupo, enquanto um coletivo de trabalho.

“Quando o homem fala ele é curado.”

“Falar é uma coisa que nos liberta.”

*“A gente começa a ver que a responsabilidade é de todos nós. Nós somos um conjunto,
a gente tem que resolver, não só a chefia.”*

Por meio desse reconhecimento, foi possível também ao grupo visualizar que existem profissionais que fazem a diferença no setor, pois se doam aos pacientes e trabalham por prazer. Para o grupo, parece que o trabalho tem um sentido para estes profissionais e que eles estão satisfeitos e realizados com aquilo que fazem no ambulatório, diferentes de alguns membros que parecem não conseguir ter atitudes mais humanas que visem o cumprimento da missão do serviço: atender as pessoas com qualidade.

*“Acho que não chegamos ao final do trabalho, mas realmente chegamos à conclusão
de que precisamos nos comunicar.”*

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

As etapas seguidas na pré-pesquisa, conforme definida por Dejours (1992, 2011a) foram de fundamental importância para o estabelecimento da atmosfera de cooperação e confiança na relação pesquisadores-coletivo de pesquisa e influenciaram de modo direto a condução das sessões coletivas com os profissionais do centro ambulatorial.

A análise da demanda perdurou não apenas neste primeiro momento, mas sim durante todo o percurso de realização da clínica do trabalho onde foi possível confirmar que a solicitação era um desejo tanto dos trabalhadores, como dos pesquisadores. Possivelmente, conforme apontado por Mendes e Araujo (2012), a demanda não foi plenamente satisfeita, uma vez que se articula ao desejo e, é este desejo que vai mobilizar o coletivo de trabalho em busca da ação.

Apesar da confirmação da demanda, acredita-se que a elaboração e a reelaboração do sofrimento relacionado ao trabalho e, conseqüentemente, sua ressignificação, tenham sido prejudicados em função do pequeno período de realização da clínica. Além disso, o discurso do coletivo centrou-se por diversos momentos apenas na queixa (principalmente nas primeiras sessões), o que prejudica a atribuição de sentidos e de significados à demanda e, a reintegração, pelo coletivo, da sua história de trabalho (Mendes & Araújo, 2012).

A queixa principal sobre a qual perdurou boa parte do discurso apresentado pelo coletivo de trabalho ao longo das sessões, referiu-se à organização do trabalho dos profissionais no centro ambulatorial.

Apesar da rígida prescrição observada nas atividades desenvolvidas pelo centro ambulatorial, verifica-se que não há clareza sobre os papéis desempenhados por cada profissional da equipe, o que sugere a necessidade de uma redistribuição das atividades, com esclarecimento sobre as atribuições de cada membro. Segundo a literatura (Carvalho, 2006; Zanetti *et al.*, 2012), o recente processo de profissionalização da odontologia, por meio da regulamentação das atividades concernentes aos profissionais

de odontologia, implica em desafios à interpretação das competências de cada membro e, influencia a divisão do trabalho odontológico (Silva *et al.*, 2009).

A quantidade reduzida de profissionais no ambulatório, aquém da situação ideal de trabalho, propicia vivências de sobrecarga. Enquanto as ASBs do centro ambulatorial realizam atividades, por vezes, além daquelas previstas, o TSB é subutilizado, conforme apontado por Queluz (2005) e Silva *et al.* (2009). A falta de recursos humanos em número adequado à prestação de assistência foi relatada também como uma das principais queixas relacionadas ao trabalho na área de enfermagem (Lemos *et al.*, 2002) o que propicia, neste contexto, a intensificação da atividade de trabalho e, conseqüentemente, a vivência da sobrecarga (Simoni & Santos, 2003; Campos & David, 2010).

Parece não existir condições adequadas de trabalho no ambiente do ambulatório, seja por conta da falta de recursos materiais, da necessidade de mais profissionais na equipe ou mesmo do desejo do grupo de ter um ambiente de trabalho mais saudável. Esta situação gera o sentimento de frustração para o coletivo.

Ressalta-se que as pesquisas em clínica do trabalho, realizadas no contexto de órgãos públicos, relevaram como grande dificuldade dessas instituições a precariedade das condições materiais e estruturais oferecidas pela organização do trabalho. O ritmo intenso de trabalho aparece como possível causador de sobrecarga nestes contextos (Garcia, 2011; Gomes *et al.*, 2011; Mendes *et al.*, 2011; Medeiros, 2012; Merlo *et al.*, 2012; Silva & Mendes, 2012).

Também foi relatado o sentimento de desamparo com relação a outras equipes de trabalho da divisão a qual o centro ambulatorial pertence. Há dificuldades de comunicação entre os membros da equipe e entre a equipe e os demais centros que compõem a divisão, o que sugere a necessidade do estabelecimento de um processo de comunicação mais claro. Dejours *et al.* (1994) denunciam que a prevalência do individualismo nas novas formas de organização do trabalho tem gerado contextos de desconfiança que propiciam e intensificam o que denomina-se de “solidão afetiva” (Dejours, 2008a, 2008b).

Neste cenário, o coletivo utiliza-se de variadas estratégias defensivas tais como o humor e a ironia (como, por exemplo, o fato da unidade ser considerada referência em âmbito regional, apesar do “caos” da organização do trabalho). Contudo, ressalte-se que, segundo Gomes *et al.* (2010) o reconhecimento da excelência da odontologia como prática de saúde tem sido visualizado a partir da construção e do funcionamento na rede pública dos Centros de Especialidades Odontológicas (os chamados CEOs).

Atualmente, a unidade em análise nesta pesquisa realmente é percebida como um CEO de referência em âmbito estadual. De todo modo, o descrédito da equipe sobre esta percepção torna-se real diante das dificuldades enfrentadas na organização diária do trabalho o que, por vezes, conforme apontado por Nicolieto e Bastos (2002) e Bastos *et al.* (2003), gera um “desencantamento com a profissão”.

A racionalização é utilizada quando o coletivo apresenta justificativas variadas para minimizar o medo, a angústia e a insegurança relacionados ao trabalho no centro ambulatorial (Facas, 2009, Mendes & Araujo, 2012). Já a negação surge por meio das manifestações de isolamento, individualismo e, até mesmo, desconfiança por parte dos pares (Ferreira & Mendes, 2003; Dejours 2011c)

O individualismo pode ser fruto da formação do profissional de odontologia que é preparado para trabalhar de maneira técnica e individual em seu consultório relacionando-se, apenas, com seu paciente. O grupo reconheceu estas questões como dificuldades a serem superadas de forma coletiva por seus integrantes.

“Pra gente da odontologia é mais difícil porque é um curso voltado para o individual, você, seu consultório e seu paciente, nada de relacionamento interpessoal, de relacionamento com outras chefias, com outras pessoas, a gente não trabalha com estas questões administrativas, de relacionamento interpessoal. É um curso muito técnico. É uma dificuldade nossa.”

Vários autores apresentam na literatura críticas a priorização do tecnicismo e do biologismo na formação do profissional de odontologia em detrimento dos aspectos relacionados à subjetividade inerente à prática diária. Apresenta-se como desafio, formar profissionais eticamente mais qualificados e humanamente mais sensíveis (Teixeira, 2006; Finkler *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2010). É necessário que este desafio

seja visto como prioridade dentro do SUS, para que estes profissionais possam fortalecer as ações comunitárias e a reorientação dos serviços de saúde bucal pautados no caráter multiprofissional e integrado de realização da atividade (Aerts *et al.*, 2004; Martins *et al.*, 2009; Hadadd *et al.*, 2010).

De toda forma, o individualismo pode também ser resultado do que Freitas (2007) nomeou de discrepância percebida entre a profissão que os profissionais de odontologia idealizavam e a realidade encontrada na prática de atuação.

Foram observados também momentos onde o grupo apresentava como estratégia de defesa o silêncio. O silêncio era acompanhado de comportamentos não verbais no coletivo tais como troca de olhares, suspiros e movimentos de concordância com a cabeça. Por vezes, o grupo parecia ter dificuldades de digerir as restituições que eram feitas aos seus comentários, o que colocou em dúvida a capacidade desse coletivo em se apropriar da clínica do trabalho.

O uso de metáforas era utilizado como forma de nomeação do sofrimento e, normalmente eram acompanhadas de risos, talvez devido à dificuldade do próprio coletivo em assumir o discurso por traz de suas verbalizações. As metáforas do pai e do professor circularam constantemente no grupo, sempre dirigidas a figura do gestor.

O pai era evocado quando o grupo manifestava queixas relativas à falta de autonomia para com o serviço e ao desapontamento com a figura do gestor; queixas estas nomeadas pelo grupo como “birra”. Segundo o grupo, por vezes, esta birra, assume o lugar da negligência, onde, para contrariar o outro, até mesmo o paciente é deixado de lado ou mesmo prejudicado. A equipe se questionou sobre este tipo de atitude que, por vezes, beira a perversão:

“Até aonde vai a maldade das pessoas, para pirraçar outra. Tá vendo como é a cabeça do ser humano, ele é perverso, quando alguma coisa não vai acontecer do jeito que ele queria.”

No que tange a utilização da “birra” como estratégia para chamar atenção do chefe imediato, ela aparece como uma forma de neurotização da relação de trabalho. O trabalhador infantilizado em suas queixas procura na instituição a mãe que eles querem

que cuide deles. No caso em análise, o coletivo nomeou um pai por se sentirem “órfãos de mãe” (ao se referirem a chefe anterior).

A figura do professor era evocada sempre que o coletivo manifestasse apreço ao trabalho desenvolvido pelo gestor. Uma das integrantes verbalizou que o coletivo nomeia-o como “professor” porque “*sempre estão aprendendo com ele*”.

Além dessas metáforas, o grupo por vezes se reportava ao funcionamento de máquinas para falar sobre o inesperado no real do trabalho, principalmente, na ocorrência de acidentes com instrumentos perfuro cortantes. O “*desmontar*” sugere que o corpo humano mostra sua limitação frente ao sofrimento causado pelo real. Apesar da banalização diante dos episódios de acidentes de trabalho, os sentimentos evocados diante do real são ambíguos oscilando entre alívio, frustração, impotência e desamparo. Desmonta-se não só o trabalhador, como também suas defesas.

É importante chamar atenção aos aspectos apontados pelo coletivo relativos à percepção dos acidentes com materiais perfuro cortantes. A literatura aponta a alta incidência desse tipo de acidente do trabalho na categoria profissional analisada e, em especial, nos estudantes de odontologia, e reforça a necessidade do desenvolvimento de medidas profiláticas mais eficazes (Orestes-Cardoso *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2009)

Cumprе ressaltar o papel do órgão responsável pela saúde e segurança dos trabalhadores na sub-notificação dos acidentes relatados pela equipe de trabalho. Sugere-se uma participação mais eficaz desse órgão na difusão de políticas de prevenção aos riscos apresentados na atividade diária dos profissionais de odontologia, por meio não apenas da divulgação dos procedimentos protocolares, como também, da sensibilização dos profissionais de saúde sobre a gravidade da ocorrência do acidente de trabalho, tal qual apresentado pela NR n.º 32 do MTE. Esta sensibilização diminuiria a banalização relacionada a este aspecto do trabalho.

Diante do relato do coletivo sobre a incidência de dores na coluna entre os profissionais, ressalta-se a necessidade de uma avaliação mais clara dos riscos de desenvolvimento de LER/Dort a que os profissionais podem estar expostos, já que esta

é uma patologia que, segundo a literatura, acomete profissionais da área odontológica (Regis Filho *et al.*, 2009; Medeiros & Segatto, 2012).

Há um movimento do grupo, enquanto coletivo mobilizado, para evitar o trabalho, para não fazer contato com o real desse trabalho. O trabalho não ressoa nos trabalhadores e dessa forma parece que lhes falta um sentido para este trabalhar. Assim, o grupo prende-se na estratégia defensiva de realizar apenas os procedimentos burocráticos o que pode ser uma forma de negar o sofrimento, conforme evidenciado pelo ato falho no discurso de uma trabalhadora que afirma não ser “*de carne e osso*”.

Negar o próprio sofrimento é uma forma de negar a existência do sofrimento no outro, afinal, o encontro com o real mobiliza e potencializa elementos singulares da história do sujeito (Moliner, 2008; Mendes & Araujo, 2012; Monteiro, 2012). Barreto (2003) afirmou que a base para a negação do sofrimento do outro no contexto da odontopediatria está intimamente relacionada à indiferenciação profissional-paciente.

Tal defesa tem levado os membros a terem comportamentos negligentes no ambiente de trabalho, fato explorado por Lima (2012) em seu estudo com cuidadores sociais, os quais apresentam estratégia semelhante para negar o contato com o real e justificar o que a autora nomeou de “cuidados burocráticos” e “pequenas violências”. Na equipe em análise, as “pequenas violências” podem ser exemplificadas no relato de contenção de pacientes infantis no tratamento odontopediátrico, o que é justificado pela equipe como o “cuidado burocrático” padrão.

Não somente a equipe aponta esta conduta como padrão, mas também a literatura de odontopediatria, onde foi verificado que o controle de eventos não colaborativos por parte da criança é feito por meio do emprego de punições verbais e contenção física (Rolim *et al.*, 2004). Além disso, a não colaboração das crianças no tratamento pode ser considerada condição estabelecedora para a apresentação de respostas inadequadas por parte dos profissionais (Morais *et al.*, 2004; Fiorante & Marinho-Casanova, 2009).

Tais estudos demonstraram a necessidade de uma formação mais eficiente dos profissionais de odontologia no que tange à inclusão de aspectos teóricos e práticos

sobre a relação profissional-paciente e as estratégias de manejo de comportamento mais adequadas (Possobon *et al.*, 2007). Atualmente, verifica-se que a atuação profissional na odontologia ainda é excessivamente verticalizada (Bugarin e Garrafa, 2007; Soares e Barbosa, 2007).

Cumprе ressaltar que as defesas negam o sofrimento e por isso podem ser alienantes, pois, ao invés de transformar/ressignificar o sofrimento patogênico, o uso de estratégias defensivas é empregado como forma de adaptação do coletivo ao real do trabalho (Dejours, 1996). O uso exacerbado das estratégias dificulta a manifestação da mobilização subjetiva (Ferreira, 2011).

Há definição de regras defensivas (estratégias de defesa coletivas), mas não há construção de regras de ofício pelo coletivo. Falta ao coletivo a constituição da confiança, da lealdade e da solidariedade para efetiva manifestação da cooperação. Gomes *et al.* (2010), apontam a desunião da categoria como um fator que gera sofrimento ao profissional de odontologia. Segundo Dejours e Gernet (2011), a cooperação depende dos pares estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança.

Apesar de existirem reuniões periódicas de trabalho, o grupo acredita que não há espaço de discussão e deliberação entre o coletivo de trabalhadores o que prejudica o estabelecimento da cooperação entre eles. Talvez, devido à fragilidade dos laços de confiança e solidariedade construídos, falta a este coletivo, o que Dejours (1999) denominou de “palavra autêntica”. As reuniões tem caráter estritamente técnico e não, deliberativo. Não favorecem a circulação da palavra autêntica, nem possibilitam o “milagre da palavra”, por inibirem as possibilidades de elaboração e perlaboração.

Diante da dificuldade do estabelecimento do espaço de discussão, o coletivo faz uso da transgressão com relação à prescrição da organização do atendimento. O grupo criou como regra de funcionamento a reorganização das agendas de atendimentos a fim de minimizar o sofrimento das auxiliares.

Esta regra de convivência (ou seria conveniência?) é estabelecida com base na confiança creditada aos pares. Entretanto, por vezes esta confiança mostra-se frágil

quando seu elo é abandonado por algum dos membros (que venha a denunciar a burla ao prescrito). Dessa forma, não se pode afirmar que esta estratégia seja a manifestação da inteligência prática, pois esta, necessariamente, precisa ser compartilhada no espaço público de discussão (Dejours, 1996, 2011d; Mendes, 1995, 2008; Heloani & Lancman, 2004).

Neste cenário, a rígida organização do trabalho não permite a manifestação da ressonância simbólica, nem do espaço público de discussão, o que prejudica a transformação do sofrimento patogênico em criativo. Segundo Gomes *et al.* (2010), o trabalho do profissional de odontologia ainda é caracterizado pela fragmentação dos processos oriunda, possivelmente, dos moldes capitalistas de produção baseados no aspecto técnico da atividade em detrimento do aspecto relacional, o que gera dificuldades na formação de um coletivo de trabalho. Uma gestão coletiva da organização do trabalho permitiria esta transformação e também o engajamento dos trabalhadores.

Por depender do uso da inteligência prática (que por natureza é transgressora) e do espaço público de discussão, a mobilização do coletivo fica prejudicada principalmente em função da falta da percepção pelos trabalhadores do reconhecimento da sua competência pelos pares e pelos membros hierárquicos. Cumpre ressaltar que a ressignificação do sofrimento só é possível no coletivo (Dejours, 2007a, 2008b, 2009; Ferreira, 2011).

Contudo, de modo geral, verifica-se que a observação clínica, a interpretação e a restituição dos comentários do coletivo, realizadas pelas pesquisadoras na presente enquête, foram essenciais para a desconstrução de alguns dos sistemas defensivos (individuais e coletivos) empregados pelos profissionais do centro ambulatorial para negar o sofrimento relacionado ao trabalho. Para Dutra (2004), a qualidade da escuta e do acolhimento oferecidos a uma demanda apresentada tornam-se o diferencial da escuta clínica.

A utilização da clínica do trabalho mostrou-se pertinente ao longo das sessões como possibilidade de resgate do coletivo de trabalho e de sua capacidade de pensar e de agir sobre o real (Santos Junior, Mendes & Araujo, 2009; Martins & Mendes, 2012).

O espaço de fala e de escuta proporcionado pela realização da clínica permitiu aos trabalhadores a reflexão sobre a organização do trabalho no centro ambulatorial levando-os a uma interpretação coletiva do sofrimento tal como apontada por Baierle e Merlo (2008), Bottega e Merlo (2010), Mendes, Alves e França (2011).

Foi possível ainda perceber o desenvolvimento de ações cooperativas entre os membros durante a realização da clínica do trabalho, conforme apontado por Silva e Mendes (2012).

Os questionamentos do grupo sobre as estratégias defensivas adotadas por eles mostra a maturidade construída ao longo da clínica, afinal, reconhecer as dificuldades e os problemas enfrentados no dia a dia de trabalho consiste num primeiro passo para buscar novas atitudes. Entretanto, superar estes problemas depende de uma ação conjunta, de trabalhar de forma integrada e cooperativa buscando uma ação no coletivo.

Destaca-se ainda a participação do gestor na realização da clínica. O grupo comentou sobre a coragem do chefe em abrir a possibilidade desse tipo de diálogo, pois as pessoas falaram nos encontros sobre suas angústias. Percebe-se que o grupo não se calou na presença da chefia durante os encontros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente enquete teve como objetivo geral analisar a psicodinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia do centro ambulatorial de um hospital universitário, por meio do método de ação e intervenção proposto por Christophe Dejours: a clínica do trabalho. Justificou-se face ao quantitativo de profissionais dessa categoria atuantes no país, aos poucos estudos relacionados às características de sua organização do trabalho e seus impactos na saúde desses profissionais e, à demanda apresentada espontaneamente ao Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da UnB.

A análise psicodinâmica revelou a rigidez da organização do trabalho do profissional de odontologia no que tange à quantidade de prescrições apresentadas à atividade pelas legislações regulamentadoras dessa profissão.

Revelou ainda que tais prescrições exercem um impacto profundo na percepção que os trabalhadores têm do real do trabalho, o qual só é acessado quando as estratégias defensivas fracassam e, assim, as vivências de sofrimento, os sentimentos e as fragilidades emergem a partir do trabalho real.

Foram identificadas como estratégias de defesa individual utilizadas pelos trabalhadores a negação e a racionalização do sofrimento, como manifestações por vezes coletivas do grupo; o isolamento e o individualismo, como reforço da negação e; o silêncio como forma não verbal de comunicação.

Destaca-se que o discurso de negação e de banalização do sofrimento e da realidade sofrente é expresso de forma humorada, e às vezes irônica, pelo uso de metáforas que, talvez por força do real, revelam os “desejos”, aquilo que se sente, se pensa. A utilização de metáforas como forma de nomeação do sofrimento por parte dos trabalhadores merece uma discussão mais aprofundada, principalmente, nos aspectos clínicos e psicanalíticos dessa utilização. Sugere-se este estudo para uma futura agenda de pesquisa.

O grupo relata a ambiguidade de sentimentos que envolvem a atividade diária de trabalho e a vivência da patologia da sobrecarga, principalmente relacionada ao ritmo intenso de trabalho realizado pelas auxiliares em saúde bucal e a quantidade reduzida de profissionais no ambulatório, aquém da situação ideal de trabalho.

Percebe-se que a negação do real do trabalho dificulta a manifestação da mobilização subjetiva, bem como de suas dimensões fundamentais: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento.

Apesar de existirem reuniões periódicas de trabalho, o grupo acredita que não há espaço de discussão e deliberação entre o coletivo de trabalhadores, o que prejudica o estabelecimento da cooperação entre eles. Para que existam vínculos sociais maduros, a dimensão da cooperação é fundamental.

Os laços de cooperação, solidariedade e confiança mostram-se frágeis diante da interdição da circulação da palavra, seja pela falta de um espaço público de discussão e deliberação, seja pela não autenticidade da palavra verbalizada. Assim, a dinâmica do reconhecimento encontra-se prejudicada.

A pesquisa pôde apresentar contribuições ao estudo da clínica do trabalho ao trazer à tona aspectos relacionados à dinâmica do trabalho dos profissionais de odontologia relativa a relações estabelecidas; a maneira como o trabalho é concebido; ao conteúdo, à organização e à gestão desse trabalho.

Verifica-se que existem poucos estudos relacionados à organização do trabalho e às vivências de prazer e sofrimento dos profissionais de odontologia. Dessa forma, sugere-se que estudos futuros em psicodinâmica envolvam estes e outros coletivos da área de saúde.

Destaca-se nesta enquete a participação do gestor na realização da clínica do trabalho, algo ainda pouco visualizado nos estudos em psicodinâmica do trabalho. Apesar do desafio apresentado nesta enquete em conduzir a clínica do trabalho com os trabalhadores na presença de seu chefe imediato, a experiência mostrou como positiva a participação do gestor e a averiguação das perspectivas dele sobre o trabalho realizado.

Contudo, sua participação também pode ter sido decisiva na dificuldade de construção de laços afetivos, como também na apresentação constante de estratégias defensivas de negação e de racionalização por parte dos trabalhadores.

Recomenda-se que sejam desenvolvidos outros estudos buscando compreender a dinâmica envolvida na atividade do gestor, a caracterização de suas vivências de prazer e sofrimento e também os impactos de sua participação na realização da clínica do trabalho.

Pôde ainda reafirmar as dificuldades e benefícios da aplicabilidade do método com o intuito de descrever o trabalho em termos de sua importância como elemento fundamental para constituição de identidade e saúde para os trabalhadores.

Neste sentido, considera-se que a realização da clínica por si só estabeleceu um espaço propício para a visibilidade do saber-fazer no trabalho e para nomear e socializar o sofrimento, o que favoreceu, em certa medida, o fortalecimento do coletivo de trabalho estudado.

Percebe-se que a clínica do trabalho assume uma função política ao deslocar o sujeito para o espaço das relações sociais sublimadas. Ela assume a condição de ação política pra prevenção e promoção da saúde. Em si, ela não é política, mas pode ter uma potência política:

Esta é a função política da clínica, deslocar o sujeito das relações primárias de investimento pulsional para as relações sociais, sublimadas (Mendes & Araújo, 2012, p. 31).

Como limitações do estudo, destaca-se que não foi possível analisar a organização do trabalho dos demais profissionais da equipe por trabalharem em turno distinto ao da realização da pesquisa e, tão pouco, as consequências dessa organização do trabalho para a mobilização do coletivo de trabalhadores. Sugere-se, dessa forma, a realização de nova pesquisa com os demais profissionais integrantes da equipe do centro ambulatorial em questão a fim de caracterizar de forma mais detalhada esta organização do trabalho.

Outra limitação refere-se à formação clínica. Percebe-se que há necessidade de um maior percurso na prática da escuta clínica propriamente dita tanto para a condução dos encontros, como para a observação clínica e interpretação dos dados coletados. A pesquisadora responsável possuía o domínio técnico da Psicodinâmica e da Clínica do Trabalho por ser detentora do título de Especialista nesta área. Entretanto, apesar de ser psicóloga, ela estava afastada da prática clínica há dois anos. Dessa forma, acredita-se que houve limitações no que tange à completa condução da clínica e à interpretação de seus dados.

Por fim, verifica-se a necessidade de continuidade do trabalho na equipe investigada para que as pessoas possam nomear suas insatisfações e se conhecer melhor a fim de que tornem o ambiente de trabalho mais saudável e harmônico. Assim, os problemas do setor poderão ser resolvidos pelos membros do serviço preservando-se o usuário e melhorando a qualidade do atendimento.

REFERÊNCIAS

- Aerts, D., Abegg, C., & Cesa, K. (2004). O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 9(1), 131-138.
- Albuquerque, F. J. B., Melo, C. de F., & Araujo Neto, J. L. (2012). Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 25(3), 542-549.
- Antunes, R., & Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educação & Sociedade*, Campinas, 25(85), 335-351.
- Assunção, A. A., & Brito, J. (Orgs.) (2011). *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Athaýde, V., & Hennington, E. A. (2012). A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(3), 983-1001.
- Baierle, T. C., & Merlo, A. R. C. (2008). Saúde mental e subjetividade no trabalho de uma guarda municipal: estudo em psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, 11(1), 69-81.
- Barreto, R. A. (2003). Sobre a afetividade na odontologia para bebês. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 23(1), 30-37.
- Bastos, J. R. de M., Aquilante, A. G., Almeida, B. S., Lauris, J. R. P., & Bijella, V. T. (2003). Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na faculdade de odontologia de Bauru - USP entre os anos de 1996 e 2000. *Journal of Applied Oral Science*, Bauru, 11(4), 283-289.
- Beck, C. L. C., Stekel, L. M. C., Gonzales, R. M. B., & Donaduzzi, J. C. (2006). O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 10(2), 221-227.
- Bendassolli, P. F., & Soboll, L. A. P. (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In Soboll, L. A. P., & Bendassolli, P. F.

- (Orgs.) (2011). *Clínicas do trabalho: fundamentos, abordagens e aplicações*. São Paulo: Atlas.
- Bonan, P. R. F., Almeida, L. Y., Carvalho, F. M. C., Brito Jr., M., Silva, M. S., & Martelli, D. R. B. (2009). Perfil de técnicos em higiene dental quanto à prática profissional, à educação permanente e ao trabalho em serviço público. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, 24(2), 180-185.
- Bottega, C. G., & Merlo, A. R. C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho dos educadores sociais com adolescentes em situação de rua. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, 13(2), 259-275.
- Bugarin Júnior, J. G., & Garrafa, V. (2007). Bioética e biossegurança: uso de biomateriais na prática odontológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 41(2), 223-228.
- Camargo, S. X., Nakama, L., & Cordoni Júnior, L. (2011). O Sistema Único de Saúde como paradigma nas representações sociais dos cirurgiões-dentistas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 15(38), 883-900.
- Campos, J. F., & David, H. M. S. L. (2010). Custo Humano no Trabalho: avaliação de enfermeiros em terapia intensiva à luz da Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 24 (1) (2) (3), 23-32.
- Carneiro, C. B., Moresca, R., & Petrelli, N. E. (2010). Avaliação do nível de satisfação de pacientes em tratamento ortodôntico em relação à atuação do ortodontista. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, 15(6), 1-12.
- Carvalho, C. L. (2006). A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, 13(1), 55-76.
- Castro, N. T., Toledo, A. H. F., & Andery, A. M. N. (2010). Tramas do Cotidiano: A Psicodinâmica do Trabalho em um Conselho Tutelar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 30(3), 662-675.
- Castro, T. da C. M., & Merlo, A. R. C. (2011). Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública. *Psico*, Porto Alegre, 42(4), 474-480.
- Ceccim, R. B., Armani, T. B., Oliveira, D. L. L. C., Bilibio, L. F., Moraes, M., & Santos, N. D. (2008). Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 13(5), 1567-1578.

- Cordón, J. (1997). A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (3), 557-563.
- Cruz, J. S., Cota, L. O. de M., Paixão, H. H., & Pordeus, I. A. (1997). A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 11(4), 307-313.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (5^a ed.). São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *RAE*, São Paulo, 33(3), p. 98-104.
- Dejours, C. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In Chanlat, J. F. (1996). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (3a ed.). São Paulo Atlas.
- Dejours, C. (1999). *Conferências Brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, São Paulo, 14(3), 27-34.
- Dejours, C. (2005). *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV.
- Dejours, C. (2007a). A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In Mendes, A. M., Cruz, S. C., & Facas, E. P. (Orgs.) (2007). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2007b). *A banalização da injustiça social* (7a ed.). São Paulo: FGV.
- Dejours, C. (2008a). Novas formas de servidão e suicídio. In Mendes, A. M. (Org.) (2008). *Trabalho & Saúde – O sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Juruá.
- Dejours, C. (2008b). *Avaliação do trabalho submetida à prova do real*. São Paulo: Blucher.
- Dejours, C. (2009). *Souffrance en France: La banalisation de l'injustice social*. Paris: Essais.
- Dejours, C. (2011a). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (Orgs.) (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (3a ed.). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011b). Ativismo profissional: Masoquismo, compulsividade ou alienação? In Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (Orgs.) (2011). *Christophe*

- Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* (3a ed.). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011c). Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (Orgs.) (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* (3a ed.). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Dejours, C. (2011d). Inteligência prática e sabedoria prática: Duas dimensões desconhecidas do trabalho. In Lancman, S., & Sznelwar, L. I. (Orgs.) (2011). *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* (3a ed.). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas.
- Dejours, C., & Gernet, I. (2011). Trabalho, subjetividade e confiança. In Sznelwar, L. I. (2011). *Saúde dos bancários.* São Paulo: Publisher Brasil.
- Deranty, J. F. (2010). Work as Transcendental Experience: Implications of Dejours' Psychodynamics for Contemporary Social Theory and Philosophy. *Critical Horizons*, London, 11(2), 181-220.
- Dias, E. C., Rigotto, R. M., Augusto, L. G., Cancio, J., & Hoefel, M. G. L. (2009). Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 14(6), 2061-2070.
- Esposti, C. D. D., Oliveira, A. E., Santos Neto, E. T., & Zandonade, E. (2012). O Processo de Trabalho do Técnico em Saúde Bucal e suas Relações com a Equipe de Saúde Bucal na Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 21(2), 372-385.
- Facas, E. P. (2009). *Estratégias de Mediação do Sofrimento no Trabalho Automatizado: estudo exploratório com Pilotos de Trem de Metrô do Distrito Federal.* Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
- Faccin, D; Sebold, R., & Carcereri, D. L. (2010). Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 15(1), 1643-1652.

- Fernandes, J., Ferreira, S. L., Albergaria, A. K., & Conceição, F. M. (2002). Saúde mental e trabalho: imagens e representações de enfermeiras. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, 10(2), 199-206.
- Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira*. Brasília: Ler, Pensar e Agir.
- Ferreira, J. B. (2007). *Trabalho, sofrimento e patologias sociais: estudos com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Ferreira, J. B. (2011). *O poder constituinte do trabalho vivo: análise psicodinâmica da criação literária*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
- Finkler, M., Verdi, M. I. M., Caetano, J. C., & Ramos, F. R. S. (2010). Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 8(3), 449-462.
- Fiorante, D. P., & Marinho-Casanova, M. L. (2009). Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação em Psicologia*, Curitiba, 3(1), 147-154.
- Frazão, P., & Narvai, P. C. (2011). Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 9(1), 109-123.
- Freitas, C. H. S. M. (2007). Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 11(21), 25-38.
- Freitas, L. G. (2011). Assujeitamentos nas organizações: qual o espaço para a mobilização subjetiva? In Ferreira, M. C., Araújo, J. N. G., Almeida, C. P., & Mendes, A. M. (Orgs.) (2011). *Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde*. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.
- Freud, S. (1996). *O Mal-Estar na Civilização*. In Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. 21, Rio de Janeiro: Imago (Trabalho originalmente publicado em 1930).
- Garcia, W. I. (2011). *Análise psicodinâmica do trabalho no Tribunal de Justiça do Amazonas: uma aplicação da clínica do trabalho e da ação*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, AM, Brasil.

- Garcia, A. B., Dellaroza, M. S. G., Haddad, M. do C. L., & Pachemshy, L. R. (2012). Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 33(2), 153-159.
- Gomes, G. C., Lunardi Filho, W. D., & Erdmann, A. L. (2006). O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista da Faculdade de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, 14(1), 93-99.
- Gomes, D., Gonçalves, A. S. R., Pereira, L. da S., Tavares, R. dos S., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2010). Satisfação e sofrimento no trabalho do cirurgião-dentista. *Revista da Faculdade de Odontologia*, Passo Fundo, 15(2), 104-110.
- Gomes, L., Masson, L. P., Brito, J. C., & Athayde, M. (2011). Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 9(1), 137-156.
- Gomes, M. L., Lima, S. C. da C., & Mendes, A. M. (2011). Experiência em clínica do trabalho com profissionais de T&D de uma organização pública. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, 11(3), 841-855.
- Gutierrez, B. A. O., & Ciampone, M. H. T. (2006). Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 19(4), 456-461.
- Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, R. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 44(3), 383-393.
- Heloani, R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, São Paulo, 14(3), 77-86.
- Hoefel, M. G. L., & Severo, D. O. (2011). Participação Social em Saúde do Trabalhador: avanços, desafios e perspectivas contemporâneas. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 5(4), p. 119-138.
- Junges, J. R., Barbiane, R., Fernandes, R. B. P., Prudente, J., Schaefer, R., & Kolling, V. (2012). O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 21(3), 686-697.
- Lancman, S., Sznelwar, L. I., Uchida, S., Alonso, C. M. do C., & Juns, A. G. (2008). Ação em psicodinâmica do trabalho: Contribuições sobre o trabalhar em saúde

- mental. In Lancman, S. (Org.) (2008). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília: Paralelo 15.
- Lancman, S., Ghirardi, M. I. G., Castro, E. D., & Tuacek, T. A. (2009). Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 43(4), 682-688.
- Lei n.º 11.889, de 24 de dezembro de 2008. (2008). Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. Brasília, DF. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111889.htm
- Lemos, J. C., Cruz, R. M., & Botomé, S. P. (2002). Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, Natal, 7 (2), 407-409.
- Lima, S. C. da C. (2012). O Trabalho do Cuidado: Uma Análise Psicodinâmica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Brasília, 12(2), 203-215.
- Machado, A. G., & Merlo, A. R. C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, 20(3), 444-452.
- Malik, A. M. (2012). Trabalho em hospitais. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 6(4), 63-76.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 41(3), 426-433.
- Martins, S. R. (2009). *Clínica do Trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, S. R., & Mendes, A. M. (2012). Espaço Coletivo de Discussão: A Clínica Psicodinâmica do Trabalho como Ação de Resistência. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Brasília, 12(2), 171-184.
- Martins, R. J., Moimaz, S. A. S., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., & Lima, D. C. (2009). Percepção dos Coordenadores de Saúde Bucal e Cirurgiões-Dentistas do Serviço Público sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 18(1), 75-82.
- Martins, J. T., Robazzi, M. L. do C. C., & Bobroff, M. C. C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 44(4), 1107-1111.

- Medeiros, S. N. (2012). *Clínica em Psicodinâmica do Trabalho com a Unidade de Operações Aéreas do DETRAN: o Prazer de Voar e a Arte de se Manter Vivo*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
- Medeiros, U. V., & Segatto, G. G. (2012). Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares (Dort) em dentistas. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 69(1), 49-54.
- Mendes, A. M. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília 15(1-3), 34-38.
- Mendes, A. M. (Org.) (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas* (1a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M. (2008). Prazer, Reconhecimento e Transformação do Sofrimento. In Mendes, A. M. (Org.) (2008). *Trabalho e Saúde: O Sujeito entre Emancipação e Servidão*. Curitiba: Juruá.
- Mendes, A. M., Alves, J. J., & França, A. M. L. D. (2011). Análise da psicodinâmica do trabalho de taquígrafos parlamentares brasileiros. *Revista Pessoas & Sintomas*, Braga, (15), 8-17.
- Mendes, A. M., Araújo, L. K. R., & Merlo, A. R. C. (2011). Prática clínica em psicodinâmica do trabalho: experiências brasileiras. In Soboll, L. A. P., & Bendassolli, P. F. (Orgs.) (2011). *Clínicas do trabalho: fundamentos, abordagens e aplicações*. São Paulo: Atlas.
- Mendes, A. M., & Araujo, L. K. R. (Orgs.) (2012). *Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação*. Curitiba: Juruá.
- Merlo, A. R. C., & Mendes, A. M. (2009). Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(2), 141-156.
- Merlo, A. R. C., Dornelles, R. A. N., Bottega, C. G., & Trentini, L. (2012). O trabalho e a saúde dos oficiais de Justiça Federal de Porto Alegre. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, 15(1), 101-113.
- Molinier, P. (2008). A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 33(118), 06-16.

- Monteiro, J. K. (2012). Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Brasília, 12(2), 245-250.
- Moraes, A. B. A., Sanchez, K. A. S., Possobon, R. de F., & Costa Júnior, A. L. (2004). Psicologia e odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 17(1), 75-82.
- Mott, M. L., Alves, O. S. F., Muniz, M. A., Martino, L. V. S., Santos, A. P. F., & Maestrini, K. (2008). 'Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, 15(supl.), 97-116.
- Nicolielo, J., & Bastos, J. R. de M. (2002). Satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme tempo de formado. *Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru*, Bauru, 10(2), 69-74.
- Norma Regulamentadora n.º 32, de 11 de novembro de 2005*. (2005). Dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília, DF. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D36A280000138812EAFCE19E1/NR-32%20(atualizada%202011).pdf)
- Oliveira, L. C. B., & Chaves-Maia E. M. (2008). Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, 10(3), 405-413.
- Orestes-Cardoso, S. M., Farias, A. B. L., Pereira, M. R. M. G., Orestes-Cardoso, A. J., & Cunha Jr., I. de F. (2009). Acidentes perfurocortantes: prevalência e medidas profiláticas em alunos de odontologia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 34(119), 06-14.
- Paparelli, R., Sato, L., & Oliveira, F. (2011). A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 36(123), 118-127.
- Pinheiro, R. S., & Torres, T. Z. G. (2006). Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 11(4), 999-1010.
- Pinheiro, P. M., & Oliveira, L. C. de. (2011). A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 15(36), 187-198.

- Portaria n.º 1.444, de 28 de março de 2000.* (2000). Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de http://www.saude.ms.gov.br/index.php?templat=vis&site=116&id_comp=2625&id_reg=3860&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=2625.
- Possobon, R. de F., Carrascoza, K. C., Moraes, A. B. A., & Costa Júnior, A. L. (2007). O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 12(3), 609-616.
- Queluz, D. de P. (2005). Perfil dos profissionais auxiliares da odontologia e suas implicações no mercado de trabalho. *Revista Odonto Ciência*, Porto Alegre, 20(49), 270-280.
- Regis Filho, G. I., Michels, G., & Sell, I. (2009). Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho de cirurgiões-dentistas: aspectos biomecânicos. *Revista Produção*, São Paulo, 19(3), 569-580.
- Rego, V. B. (2009). *Organização do Trabalho e Vivências de Prazer e Sofrimento em Profissionais de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: um estudo comparativo entre hospitais com e sem certificado de qualidade*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
- Resolução n.º 63, de 08 de abril de 2005.* (2005). Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Conselho Federal de Odontologia. Brasília, DF. Recuperado em 30 de janeiro, 2013, de <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>
- Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F. (2011). Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde na família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 16(2), 241-250.
- Rios, I. C. (2008). Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 17(4), 151-160.
- Rolim, G. S., Moraes, A. B. A., César, J., & Costa Júnior, A. L. (2004). Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil. *Estudos de Psicologia*, Natal, 9(3), 533-541.

- Rosa, A. J., Bonfanti, A. L., & Carvalho, C. de S. (2012). O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 21(1), 141-152.
- Santos Júnior, A. V. (2009). *Prazer e estratégias de mediação do sofrimento no trabalho em saúde mental em um centro de atenção psicossocial do Distrito Federal*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.
- Santos Júnior, A. V., Mendes, A. M., & Araujo, L. K. R. (2009). Experiência em Clínica do Trabalho com Bancários Adoecidos por Ler/ Dort. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, 29(3), 614-625.
- Silva, P. C., & Merlo, A. R. C. (2007). Prazer e Sofrimento de Psicólogos no Trabalho em Empresas Privadas. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, 27(1), 132-147.
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 14(1), 83-106.
- Silva, J. A., Paula, V. S., Almeida, A. J., & Villar, L. M. (2009). Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 13(3), 508-516.
- Silva, R. F., Monini, A. da C., Valladares Neto, J., Francesquini Jr., L., & Daruge Jr., E. (2009). Percepção dos auxiliares odontológicos na clínica ortodôntica quanto aos seus limites de atuação profissional. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, 14(3), 34-39.
- Silva, R. H. A., Musse, J. de O., Melani, R. F. H., & Oliveira, R. N. (2009). Responsabilidade civil do cirurgião-dentista: a importância do assistente técnico. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, 14(6), 65-71.
- Silva, M. C. dos S. Q., & Mendes, A. M. (2012). Prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, 6(2), 195-207.
- Simoni, M., & Santos, M. L. (2003). Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicologia USP*, São Paulo, 14(2), 169-194.
- Soares, E. D., Carvalho, A. S., & Barbosa, J. A. (2007). Relação comercial do ortodontista brasileiro com o seu paciente, natureza obrigacional dos serviços

- prestados e riscos do tratamento ortodôntico. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, Maringá, 12(1), 94-101.
- Sznelwar, L., & Uchida, S. (2004). Ser Auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista Produção*, São Paulo, 14(3), 087-098.
- Teixeira, M. C. B. (2006). A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, 11(1), 45-51.
- Tomita, L. M., Costa Junior, A. L., & Moraes, A. B. A. (2007). Ansiedade materna manifestada durante o tratamento odontológico de seus filhos. *Psico-USF*, Itatiba, 12(2), 249-256.
- Traesel, E. S., & Merlo, A. R. C. (2009). A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. *Psico*, Porto Alegre, 40(1), 102-109.
- Traesel, E. S., & Merlo, A. R. C. (2011). Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 36(123), 40-55.
- Zanello, V. (2007). Metáfora e transferência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, 20(1), 132-137.
- Zanetti, C. H. G., Oliveira, J. A. A., & Mendonça, M. H. M. (2012). Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 10(2), 195-222.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhores(as) trabalhadores(as) -----,

Sou psicóloga e estou neste momento desenvolvendo um estudo, como aluna de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, oferecido pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof. Dra. Ana Magnólia Mendes, que tem como objetivo geral analisar a mobilização do coletivo de profissionais de odontologia por meio da clínica psicodinâmica do trabalho. De modo particular, busca-se: (a) Caracterizar a organização do trabalho atendo-se ao prescrito-real, visível-invisível, a dinâmica do trabalho e aos processos subjetivos envolvidos; (b) Analisar a mobilização subjetiva em suas quatro dimensões fundamentais: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento e; (c) Identificar a contribuição da clínica psicodinâmica do trabalho para a mobilização do coletivo de trabalho.

Dentre os benefícios esperados, deseja-se contribuir para a produção de novos conhecimentos na área que permitam aos trabalhadores a utilização de um espaço coletivo de discussão capaz de propiciar-lhes um melhor desenvolvimento de seu trabalho. Outro benefício esperado refere-se ao desenvolvimento de subsídios teóricos que permitam oferecer aos trabalhadores melhores condições para desenvolver suas atividades laborais.

Para tanto, gostaria de convidá-lo(a) a colaborar com este estudo, participando de sessões coletivas de entrevistas onde serão discutidos aspectos relacionados ao trabalho tais como organização, condições e relações sócio-profissionais e possíveis outros tópicos que possam ser trazidos à discussão. Pretendo realizar de 8 a 12 encontros com os participantes, com duração estimada de cada encontro em 1h à 1h30. Os encontros serão conduzidos no próprio local de trabalho dos sujeitos-participantes, em um espaço físico de tamanho apropriado para o grupo e que garanta a privacidade. Durante os encontros, o participante da pesquisa pode se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos.

Para a análise das informações prestadas, solicito a sua autorização para gravação dos encontros. Asseguro que as informações prestadas terão caráter sigiloso, resguardando a privacidade dos envolvidos. A guarda dos dados e materiais utilizados na pesquisa ficará com a pesquisadora responsável, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos, os quais não serão divulgados a terceiros.

Gostaria de esclarecer que a participação é voluntária, e que durante a pesquisa o senhor(a) poderá deixar de participar em qualquer momento se assim o desejar, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo ou dano.

Informo ainda que, devido à pesquisa procurar, entre outras questões, descrever possíveis conflitos entre os participantes e seus superiores, colegas e clientes, assume-se que possam existir riscos relacionados à manifestação de tais conflitos e possíveis recordações incômodas sobre sofrimento no trabalho. Cumpro ressaltar que a pesquisadora responsável e a orientadora se comprometem a oferecer todas as condições necessárias para a mediação e superação dos possíveis riscos relatados acima.

Para maiores esclarecimentos sobre o estudo e seus resultados o(a) senhor(a) poderá fazer contato nos telefones 3307-3361 ou 8187-8752 ou então pelo endereço eletrônico angela.psi@gmail.com. Estarei disponível para possíveis esclarecimentos antes, durante e no decorrer da pesquisa.

Desde já, agradeço sua atenção e colaboração.

Atenciosamente,

Angela da Silva Ferreira
Pós-Graduanda do Instituto de Psicologia – UnB

Ana Magnólia Mendes
Prof. Dra. do Instituto de Psicologia - UnB

Sim, eu, _____ aceito a participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

E-mail (opcional): _____