

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**PRODUZINDO SUBJETIVIDADES:
um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde em formação no
hospital do instituto nacional de infectologia**

Juliane Almeida Chaves

**Niterói
2018**

JULIANE ALMEIDA CHAVES

PRODUZINDO SUBJETIVIDADES:

um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde em formação no hospital
do instituto nacional de infectologia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Departamento de Psicologia da
Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Orientadora: Prof^a. Dr^a Cláudia Osório da Silva

Niterói

2018

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG

C512p Chaves, Juliane Almeida
Produzindo subjetividades: um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde em formação no hospital do instituto nacional de infectologia / Juliane Almeida Chaves ; Cláudia Osório da Silva, orientador. Niterói, 2018.
169 f.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2018.m.10168064774>

1. Subjetividade. 2. Saúde. 3. Produção intelectual. I. Título II. Silva, Cláudia Osório da, orientador. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia.

CDD -

Juliane Almeida Chaves

PRODUZINDO SUBJETIVIDADES:

Um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde em formação no hospital do Instituto
Nacional de Infectologia

Aprovada em __ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Claudia Osório da Silva
Universidade Federal Fluminense
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz
Universidade Federal Fluminense

Dedico este trabalho...

À minha filha – porque “o mundo ficou melhor desde que você chegou” - que me acompanhou em todo esse processo, que foi responsável pela atividade concorrente mais doce e gratificante e que teve que aprender, desde tenra idade, mesmo sem irmãos, a dividir.

Essa experiência de estilização, da maternidade e da formação, sem dúvida, além de desenvolver a elas mesmas, proporcionaram a singularização da minha própria vida.

Ao meu companheiro que soube passar por esse período de grandes mudanças com muita sabedoria e cuidado e que me ajudou a seguir sem me perder.

À minha grande família - em especial minha mãe, que, mesmo longe, sempre se mantém na torcida e participando das caminhadas que escolho fazer, das partidas às chegadas, sempre provisórias - e para onde sempre volto para recarregar as forças.

AGRADECIMENTOS

Sobre ser mulher, trabalhadora, mãe e estudante no século XXI: muita luta, mas muito prazer em conseguir criar sonhos e realizá-los. Pela imensa alegria dessa conquista, só tenho a agradecer por todos os encontros que tive e que, de tão potentes, de muitas formas me trouxeram até esse momento emocionante.

À direção do INI, que me permitiu seguir nessa difícil empreitada de realizar uma análise situada sobre o funcionamento do seu hospital. Assim como aos seus trabalhadores e alunos que, direta ou indiretamente, contribuíram com essa coletiva análise de implicação.

À minha equipe – Ludmila, Tereza Cristina, Eunes e Rocicley - que me acolheu e me incentivou e que, efetivamente, possibilitou a continuidade e conclusão desse trabalho.

Aos meus copesquisadores que, imbuídos de muita coragem e vontade de mudança, muito cuidadosamente, contribuíram de forma substancial para que esse trabalho se realizasse.

Ao NUTRAS – em especial, a amiga Ana Carla - coletivo com o qual compartilhei todas as angústias desse processo e que – de forma primorosa - as acolheu e me ajudou a fazer escolhas importantes.

À minha orientadora que soube dar o tom dessa construção e que, atenciosa, facilitou e enriqueceu esse processo de formação atravessado pela maternidade, tornando-o leve e prazeroso.

Às minhas auxiliares de pesquisa, Patrícia e Naiara, que foram fundamentais na fase mais trabalhosa e difícil da pesquisa, o campo, e que me ajudaram a sustentar as escolhas feitas de forma inventiva.

À minha banca que, ao quebrar protocolos, me proporcionou um misto de surpresa e imensa alegria.

Às turmas do PPG de Psicologia UFF 2015/2016, que contribuíram com trocas importantes.

À UFF e à UERJ - símbolo atual de uma resistência concreta -, instituições que compartilharam do meu processo de formação e das quais tenho muito orgulho de ter feito e de fazer parte.

À FIOCRUZ, desde 2015, minha nova casa.

RESUMO

Uma dupla tarefa se impõe à Política Nacional de Humanização/PNH (2003): a produção de saúde e a produção de subjetividade. Caminhar na direção da humanização do SUS, no sentido mais substancial do que propõe a política, implica em uma mudança nas relações de cuidado a partir de uma nova forma de produção de subjetividade. Contudo, as práticas hegemônicas do cuidado em saúde ainda são marcadas por um modo de subjetivação, remanescente dos séculos XVII/XVIII, de constituição de objetos-sujeitos, formas/fôrma, característicos de uma medicina disciplinar, privada, liberal, submetida às leis do mercado e aos mecanismos de iniciativa individual. Esse estudo, situado sobre produção de subjetividade no hospital do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz/ INI - FIOCRUZ busca, a partir da análise da atividade de profissionais de saúde em formação, não só conhecer os instituídos, os prescritos que surgem a partir destes, que permeiam a implementação da política em questão, mas fazer aparecer, também, os movimentos instituintes, aqueles que se dão em situações não oficiais, mas que fazem parte do processo de institucionalização. Por conseguinte, busca conhecer, a partir da análise de uma atividade, o jogo que se dá entre a atividade realizada e o real da atividade, sustentando os conflitos, as controvérsias que surgem nesta relação dinâmica a fim de, além de possibilitar o desenvolvimento da atividade analisada, também possibilitar o conhecimento deste processo e, com isso, ampliar o poder de agir dos envolvidos nas atividades por vir, contribuindo assim com novos modos de subjetivação. Para tanto, foi realizada uma pesquisa-intervenção do ano de 2016 ao ano de 2017, que utilizou como referenciais teórico-metodológicos a Clínica da Atividade e Análise Institucional. A pesquisa, composta de 3 etapas: revisão bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, utilizou como métodos a observação direta, o diário de campo e as rodas de conversa. Os dados colhidos a partir das técnicas utilizadas corroboram estudos anteriores, com isso, concluímos que há persistência do que designamos como principal problemática institucional: forte hierarquização das relações com repercussões na qualidade da comunicação. Contudo, alguns processos indicaram um funcionamento institucional próximo das propostas da PNH que, com características eminentemente instituintes, mostram que esta já se impõe como uma política pública consolidada, instituída. O coletivo, nas atividades relatadas e observadas, aparece como protagonista, afirmando e sustentando os princípios da PNH: o aumento do grau de transversalidade e a corresponsabilidade da atenção e da gestão. O afeto, por sua vez, se coloca como analisador dos instituídos. É através do reposicionamento em relação a este que parece ser possível a

entrada do novo, singularizações e estilizações do funcionamento institucional. De forma localizada e concreta, foi possível, ainda, contribuir com as mudanças nos processos de produção de saúde e de subjetivação necessárias para a efetivação da PNH quando o coletivo participante - diante dos impasses, das controvérsias e dos conflitos - consegue encontrar saídas potentes, o que aponta para a possibilidade de desenvolvimento e da ampliação do seu poder de agir.

Palavras-chave: Produção de Subjetividade. Atividade. Formação. Cuidado em Saúde.

ABSTRACT

A double task needs to be implemented to the National Humanization Policy/NHP (2003): the production of health and the production of subjectivity. Headway in humanizing the Single Health System (SUS) in the more substantial sense of the policies proposed by it, implies in a change in care relations departing from a new form of production of subjectivity. However, hegemonic health care practices continue to be marked by a mode of subjectivation enduring from the XVII/XVIII centuries, of construction of object-subjects, forms/molds, characteristic of a private, liberal, discipline medicine, submitted to market laws and mechanisms of individual initiative. This study, situated on the production of subjectivity at the Oswaldo Cruz Foundation's Evandro Chagas National Institute of Infectology Hospital/ INI - FIOCRUZ seeks, not only to know those instituted, the prescripts that arise from these, which permeate the implementation of the policy at stake, but also to enlighten the instituting movements, those that take place in unofficial situations, but that are part of the institutionalization process, departing from the analysis of the activity of health professionals being trained. Therefore, it seeks to know, from the analysis of an activity, the struggle occurring between the activity carried out and the real activity, supporting conflicts, controversies, that appear in this dynamic relation so that, besides making the development of the analyzed activity possible, also make the knowledge of this process possible and, therefore, extend the power to act of those involved, in future activities, thus contributing to new modes of subjectivation. Consequently, an intervention research was conducted from 2016 to 2017, using as theoretical-methodological references, the Clinic of Activity and the Institutional Analysis. The research, divided in 3 stages: bibliographical revision, documentary research and field research, used direct observation, field diary and conversation groups as its methods. The data harvested from the techniques used corroborate previous studies, thus, we conclude that the main institutional problematic we assigned persists: a strong ranking of relations with repercussions in the quality of communication. However, some processes indicated an institutional functioning close to those proposed by the NHP that, with eminently instituting characteristics, show that it already imposes itself as an instituted, consolidated public policy. The collective, in the reported and observed activities, appears as the protagonist, affirming and upholding NHP principles: the increase in the degree of transversality and the co-responsibility of management and care. Affection, in turn, becomes the analyzer of the instituted. It is through the repositioning in relation to this, that the entrance of the new, singularizations and stylizations of the institutional functioning seem to

be possible. Moreover, it is possible, in a localized and concrete form, to contribute to changes in the production of health and subjectivation processes necessary for the implementation of the NHP when the collective participant – facing impasses, controversies and conflicts – is able to find potent departures, which point to the possibility of development and expansion of its power to act.

Key-words: Production of Subjectivity. Production of health, activity, formation in health.

*Há escolas que são gaiolas e há escolas que
são asas.*

*Escolas que são gaiolas existem para que os
pássaros desaprendam a arte do voo.
Pássaros engaiolados são pássaros sob
controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-
los para onde quiser. Pássaros engaiolados
sempre têm um dono. Deixaram de ser
pássaros. Porque a essência dos pássaros é o
voo.*

*Escolas que são asas não amam pássaros
engaiolados. O que elas amam são pássaros
em voo. Existem para dar aos pássaros
coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas
não podem fazer, porque o voo já nasce dentro
dos pássaros. O voo não pode ser ensinado. Só
pode ser encorajado.*

Rubem Alves

*[...] Mas o Mestre não se contém e procura,
nas costas do seu discípulo, prenúncios de
asas – asas que ele imaginara haver visto
como sonho, dentro dos seus olhos.
O Mestre sabe que todos os homens são seres
alados por nascimento, e que só se esquecem
da vocação pelas alturas quando enfeitiçados
pelo conhecimento das coisas já sabidas.
Ensinou o que sabia. Agora chegou a hora de
ensinar o que não sabe: o desconhecido [...]
(Trecho de 'Ensinar o Que Não se Sabe')*

Rubem Alves

SUMÁRIO

1 AVENTUREIRA: DE ONDE E A QUE VEIO?	12
2 SEDIMENTOS DE UMA PRÁTICA	17
2.1 DA INDIVIDUALIZAÇÃO À MASSIFICAÇÃO DOS CORPOS	17
2.2 OS CAMINHOS ATÉ UM ACONTECIMENTO: O SUS E A SUA HUMANIZAÇÃO	22
2.2.1 Política de saúde no Brasil: do direito social ao direito de cidadania.....	22
2.2.2 O processo de humanização do SUS	25
2.2.2.1 <i>Produção de Subjetividade: a construção de um conceito</i>	31
3. SEDIMENTOS DE UM CAMPO	36
3.1 HISTÓRIAS CONTADAS	36
3.1.1 Do hospital de Manguinhos ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas	36
3.1.2 A história da humanização no INI	40
3.2 HISTÓRIAS VIVIDAS	49
3.2.1 Re-conhecendo o terreno	49
4 PREPARANDO-SE PARA TRILHAR	54
4.1 MAPEANDO	54
4.2 CONHECENDO UM DOS CAMINHOS POSSÍVEIS: A CLÍNICA DA ATIVIDADE .	55
4.3 CONFLUÊNCIA: O ENCONTRO DA CLÍNICA DA ATIVIDADE COM A PNH	79
4.4 O RE-CONHECIMENTO DE UMA TRILHA: A ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	83
5 NO CAMPO	90
5.1 SITUANDO-SE EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE PESQUISA	90
5.2 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS E COLHIDOS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO: PROCESSOS INSTITUINTES DE HUMANIZAÇÃO NO INI.....	95
5.3 RODAS DE CONVERSA: ANÁLISE 1- SOBRE A PRODUÇÃO DE SAÚDE E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NO INI.....	98
5.4 RODAS DE CONVERSA: ANÁLISE 2 - A ANÁLISE DIALÓGICA DE UMA ATIVIDADE: DESENVOLVIMENTO, PODER DE AGIR E SAÚDE NO TRABALHO .	110
5.5 ANÁLISE 3 - ANÁLISE DO COMUM	121
CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS	130
ANEXO A – OFÍCIO CIRCULAR DHGMS/RJ Nº 15	134
ANEXO B – PORTARIAS/ COMITÊS DE HUMANIZAÇÃO IPEC	136

ANEXO C – PLANTA DO HOSPITAL/INI	143
ANEXO D – ORGANOGRAMA/INI	144
ANEXO E – MAPA DE LEITOS/INI.....	145
ANEXO F – BOLETIM 2017/SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DO INI.....	146
ANEXO G – FOLDER/ ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES, VISITANTES E ACOMPANHANTES	153
ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIA DO CEP/UFF	158
ANEXO I – TCLE	163
ANEXO J – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E ÁUDIO... 	166
APÊNDICE A – CALENDÁRIO DE ACONTECIMENTOS	167
APÊNDICE B – CRONOGRAMA/PESQUISA DE CAMPO	169
APÊNDICE C – CRONOGRAMA/ATIVIDADES BOLSISTA DE IC.....	170

1 AVENTUREIRA: DE ONDE E A QUE VEIO?

Venho propor uma análise da atividade de profissionais de saúde em formação¹ no atual contexto de implementação da Política Nacional de Humanização/PNH. A análise deste terreno se dará a partir de uma pesquisa-intervenção que percorrerá as trilhas propostas pela Clínica da Atividade e Análise Institucional.

O desejo de analisar a atividade destes profissionais considerando a dupla tarefa imposta à PNH, produção de saúde e produção de subjetividade, é fruto de questões suscitadas em um percurso profissional na rede hospitalar da saúde pública brasileira.

Após a graduação em psicologia pela Universidade Federal Fluminense, iniciei uma trajetória que iria marcar a minha formação profissional até o presente momento: ingressei no curso de especialização, *lato sensu*, em Psicologia Clínico-Institucional pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

No Hospital Universitário Pedro Ernesto - estabelecimento de assistência, ensino e pesquisa - fui residente de psicologia por dois anos e, já aí, pude perceber a multiplicidade de atuações possíveis na área da psicologia hospitalar. Neste espaço de formação em campo algumas questões começaram a ser esboçadas, tanto em relação à formação quanto em relação à atuação profissional, já que o lugar que ocupava estava desde então marcado no entre, pois já era profissional e ainda era aluna.

A principal questão suscitada naquele espaço híbrido remetia à minha primeira formação. A minha formação como psicóloga pela UFF foi marcada por um posicionamento político, ou melhor, pelo despertar para uma condição política, sempre presente no simples ato de existir, que dirá na posição de “especialista”, que agora ocupava. Entendo que nesta última se ganha um alcance de poder para além, muitas vezes, do imaginável. Sendo assim, esta questão dizia respeito à minha implicação em relação ao título que recebera e que agora colocava em prática.

Em seguida, agora em um campo essencialmente assistencial, a minha entrada no Hospital Luiz Palmier/HLP, como psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Gonçalo, me despertou para outra questão, que considero essencial para ter chegado até aqui, pois foi ela que gerou o problema atual; dessa vez uma política no sentido comum da

¹ Ao designar os participantes da pesquisa como profissionais de saúde não estou levando em consideração as formalidades que envolvem a profissionalização. Considero, sim, que estes estão atuando na assistência, embora sob supervisão, como os demais profissionais. Além disso, a pesquisa extrapola a atuação de seus participantes porque busca englobar todos, formados ou não, envolvidos no cuidado no hospital do INI.

palavra, a Política Nacional de Humanização (2004), que conhecia, até então, de forma incipiente.

Mas, o que mais me marcou da proposta política, foi a reação dos profissionais diante dela. Como algo com pretensões tão nobres poderia causar tamanha aversão em profissionais que escolheram o cuidado, em seus diversos aspectos, como profissão? Afinal, tudo aquilo que era proposto, aos olhos ingênuos de uma jovem profissional, parecia óbvio. Do que reclamavam, então? Diziam: agora querem humanizar a gente. O que isso significa? Complementavam: então não somos humanos.

Estes questionamentos reverberaram pelos pouco mais de três anos em que estive naquele ambiente de trabalho, observando como se dava a implementação da PNH dentro daquele hospital e, de certa forma, participando da construção de uma assistência humanizada como equipe técnica.

Chego aqui a um ponto, sobre a inserção da Política de Humanização nesta unidade hospitalar - que conflituava com as propostas desta² e que merece atenção: a equipe técnica, ou seja, os profissionais de ensino superior, era responsável por disseminar os pontos selecionados como os mais importantes da PNH pelos gestores, ou de interesse, para os demais profissionais (dentre eles: técnicos e auxiliares). Sendo assim, não era de se estranhar o incômodo causado nos profissionais “da ponta”, já que, nesta cadeia hierárquica, imperativos desciam até os seus “níveis de base” com pretensões, no mínimo desconfortáveis, pelo entendimento dos afetados, de humanizá-los.

Outro fato observável: as mudanças ocorridas com este modelo eram principalmente estruturais, físicas. A mudança substancial proposta pela PNH - qual seja, um novo modo de subjetivação e de produção de saúde, encontraria ambiente muito árido que parecia vir se endurecendo ainda mais diante da forma como vinha se dando a sua implementação.

Por modo de subjetivação entendemos os processos de constituição da subjetividade. Nessa perspectiva, a subjetividade não se confunde com uma transcendência, um já-dado, um em-si, um já-aí. São processos que tanto construirão objetos, quanto conformarão modos de existir. Quando nos referimos, portanto, a modos de subjetivação, os estamos tomando em seu sentido intensivo, isto é, enquanto maneira pela qual, a cada momento da História, prevalecem relações de poder-saber que produzem objetos-sujeitos, necessidades e desejos. (BARROS, 2009, p. 45).

² A PNH apresenta como diretrizes a gestão democrática e a valorização do trabalhador; e tem como princípios o aumento do grau de transversalidade intra e inter grupos, a corresponsabilização entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos. A PNH toma como método a inclusão de sujeitos e coletivos na corresponsabilização destes nos processos de trabalho.

Podemos analisar tais questões suscitadas neste ambiente específico como um reflexo da maneira como vinha se dando, de modo geral, o processo de formação de apoiadores,³ que na época tinha em vista a implantação da PNH nos serviços de saúde. Em uma pesquisa multicêntrica realizada com apoiadores da PNH, Chaves *et al.* (2014), observaram que as ideias que orientavam as práticas de humanização em saúde apareciam na pesquisa atravessadas tanto pela idealização da função apoio, quanto da concepção de humano. Na primeira, a concepção de super-apoiador que estava atrelada a uma ideia de apoiador messiânico, na qual se posicionavam “[...]intitulando-se agentes das transformações mais radicais e fundamentais nos serviços de saúde; como figuras personalizadas, autorreferenciadas; únicos responsáveis pelas mudanças nas práticas de saúde”. (CHAVES *et al.*, 2014, p. 74). Na segunda, “expressavam concepções de humanização ainda imprecisas e frágeis, calcadas em sentidos idealizados como assistencialismo, paternalismo, tecnicismo gerencial e voluntarismo”. (CHAVES *et al.*, 2014, p. 72).

Um quase-desvio: concomitante à atuação no Hospital Luis Palmier, a posse no cargo de psicóloga da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura de Itaguaí me apresentou ainda uma outra forma de ver as políticas, especialmente as da saúde, e também de atuação num campo muito mais ligado à garantia de direitos. A necessidade de tentar garantir à população o acesso aos seus direitos previstos nas políticas públicas proporcionou um conhecimento mais aprofundado do conteúdo de seus textos. Esta experiência, essencialmente textual, veio acrescentar ainda mais elementos para a questão maior que iria me colocar, pois com a intensificação da leitura pude obter um conhecimento mais abrangente do que vinha sendo proposto para este que se esboçava como campo particular de interesse, qual seja, a PNH.

Enfim, chegando ao campo empírico, a minha inserção no Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ) como Tecnologista em Saúde Pública, onde hoje atuo como psicóloga, trouxe uma perspectiva rica de desafios e possibilidades. Novamente assistência, ensino e pesquisa formando uma tríade que considero

³ Chaves *et al.* (2014), a partir desta pesquisa, concluíram, sobre o resultado do processo de formação de apoiadores, que este se transformou em um curso-sintoma com efeitos de idealização sobre a função de apoiador e sobre a concepção de humanização devido: a escolha do dispositivo utilizado nos cursos de apoiadores não era de iniciativa dos apoiadores, mas dos gestores do curso; ao fato de existirem forças e tensões nos contextos institucionais nos locais onde a PNH seria efetivada que deveriam ter sido consideradas; a algumas características do curso que produziram o efeito apoiador messiânico; a forma e duração do curso que não possibilitou contemplar o caráter processual dos reposicionamentos subjetivos necessários para a desconstrução de modos arraigados de existência e atuação no campo da saúde.

fundamental para qualquer processo de mudança. Uma inversão: de aprendiz para formadora, mantendo a atuação na assistência e agora também como pesquisadora, vejo o braço político se estender ainda mais. A esta altura a implicação se torna mais palpável e visível, não é mesmo possível omitir-se.

Este se configurava um campo ainda mais espinhoso para este processo que há muito venho acompanhando. Até então a humanização tem encontrado maior abertura para os seus propósitos em ambientes que, dentro de uma gama de mazelas, os profissionais de saúde costumam se referir como o revés da ideia central ligada ao ambiente hospitalar – doença e morte -, que são unidades hospitalares ligadas ao nascimento e à vida, as maternidades.

Neste que escolhi como campo empírico, encontramos corpos frágeis que padecem de doenças infecciosas agudas ou crônicas. Entre estes últimos, muitas subjetividades, a maior parte são marcadas por vivências de preconceito e discriminação por serem pessoas vivendo com HIV e de ter uma doença historicamente estigmatizante, a AIDS.

Tomando o processo de humanização como direção, a escolha deste campo traz dois aspectos importantes: pela sua peculiaridade, ele traz o extremo em relação ao que tem sido o campo por excelência deste processo e, por isso mesmo, ele reforça o caráter que proponho pesquisar. A proposta aqui é de não só conhecer os instituídos, os prescritos que surgem a partir destes, que permeiam a implementação da política em questão, mas fazer aparecer, também, os movimentos instituintes, aqueles que se dão em situações não oficiais, mas que fazem parte do processo de institucionalização. Por conseguinte, conhecer a partir da análise de uma atividade, o jogo que se dá entre a atividade realizada e o real da atividade sustentando os conflitos, as controvérsias, que surgem nesta relação dinâmica a fim de, além de possibilitar o desenvolvimento da atividade específica, também possibilitar o conhecimento deste processo e, com isso, quiçá, ampliar o poder de agir dos envolvidos nas atividades por vir. Quem sabe este desenvolvimento poderá vir a caminhar na direção da humanização do cuidado no sentido mais substancial do que entendo ser a proposta da política, qual seja, a de uma mudança nas relações de cuidado a partir de uma nova forma de produção de subjetividade. “Essa ampliação exige a produção de novas subjetividades, a produção de sujeitos capazes de produzir formas de enfrentar novas e velhas situações, confrontando-se com sua própria experiência, bem como com a de outros.” (SILVA, 2015, p. 46).

Pretendo, com esta pesquisa, possibilitar que se tornem visíveis, de um certo ângulo, os conflitos que surgem nas atividades que se dão nas práticas locais que promovem, não sem

intervenções de todos os lados, o seu próprio desenvolvimento e o de algo muito maior e caro para nós que é o Sistema Único de Saúde. Não esquecendo que, neste campo, destas práticas que se dão numa fronteira onde se encontram a assistência, o trabalho e a formação, escolhi olhar para o meu objeto por meio da lente desta última. Esta escolha se deu por acreditar que a formação tem como potencialidade a fluidez do que ainda está “em processo de”, do que ainda tem certa abertura, e, portanto, a capacidade de afetar substancialmente as forças que estão em jogo neste campo, as formas já dadas, instituídas, de forma a produzir subjetividades implicadas com uma outra forma de cuidado.

Acredito ser importante dar visibilidade aos conflitos e controvérsias que surgem diante das atividades que se dão no contexto de práticas locais de cuidado, pois considero que elas podem contribuir especificamente com a PNH, e de forma ampla com o SUS, no sentido de (re) pensar e transformar a forma como a política vem sendo posta em prática. Entendo que, mais do que prescrever formas, é necessário potencializar o que de humanização as práticas transbordam a partir da forma como as atividades se desenvolvem diante dos conflitos e controvérsias que surgem no cotidiano, e “nessa busca de dispositivos que possibilitem a produção de novas práticas, colocamo-nos sempre em movimento, nos situando em uma zona na qual diferentes agenciamentos são constitutivos de reposicionamentos possíveis”. (CHAVES *et al*, 2014).

Tendo feito as devidas e formais apresentações e entendendo que os encontros que acontecem no caminho que construímos, ao mesmo tempo que trazem uma nova perspectiva, possibilitam o desenvolvimento das nossas atividades e a ampliação do nosso poder de agir, deixo aqui a minha modesta contribuição para este campo.

2 SEDIMENTOS DE UMA PRÁTICA

2.1 DA INDIVIDUALIZAÇÃO À MASSIFICAÇÃO DOS CORPOS

“Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido.” (FOUCAULT, 2009b, p. 101).

Em “O Nascimento do Hospital”, Foucault (2009b) trata sobre o aparecimento do hospital na tecnologia médica. O hospital é, enquanto tecnologia ligada à terapêutica, uma invenção datada do final do século XVIII. O hospital pensado como instrumento de cura encontra como marco “[...] uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais”. (FOUCAULT, 2009b, p. 99).

Howard e Tenon são dois nomes que se destacaram nas chamadas viagens-inquéritos. Estas tinham como objetivo: definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais considerados, agora, não mais uma simples figura arquitetônica, mas um fato médico-hospitalar; e realizar descrições funcionais e pesquisas de correlação espacial (relação entre fenômenos patológicos e espaciais). Além disso, tinham como autores destas descrições funcionais não mais arquitetos, mas pessoas ligadas, direta ou indiretamente, à prática terapêutica (médicos, filantropos etc.).

O surgimento do hospital terapêutico nasce da superposição de duas séries: a médica e a hospitalar. Estas séries, até então divergentes, não tinham o hospital como uma instituição médica e não tinham a medicina como uma prática hospitalar.

O hospital, antes de 1780, nasce como uma instituição de assistência aos pobres que corriam risco de morte e que tinha, como atores, o pessoal caritativo, religiosos ou leigos. Há descrições, na literatura da época, destes ambientes como local onde se misturavam as funções de assistência e de transformação espiritual.

Já a medicina dos séculos XVII e XVIII, por sua vez, era profundamente individualista. Sua atividade envolvia o conhecimento de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas ou públicas. A intervenção médica na doença se organizava em torno da noção de crise e a cura fazia parte de um jogo articulado entre a natureza, a doença e o médico. O médico, enquanto árbitro, prognosticador e aliado da natureza na luta contra a doença, estabelecia com o doente uma relação individual.

Vê-se, assim, que nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII. (FOUCAULT, 2009b, p.103).

A transformação da medicina em medicina hospitalar e do hospital em hospital medicalizado se deu com a busca da anulação dos efeitos negativos do hospital, que eram considerados focos de desordem econômico-social, disseminadores de doenças na cidade. A primeira grande organização hospitalar, neste sentido, se deu no século XVII essencialmente em hospitais marítimos e militares. Esta é designada por Foucault (2009b) como o ponto de partida da reforma hospitalar. Os hospitais marítimos eram vistos como locais de desordem econômica e o primeiro regulamento hospitalar, que nele efetuou o primeiro esquadrinhamento econômico, tratava sobre as inspeções dos cofres destes estabelecimentos. É também nos hospitais marítimos e militares que surge o problema da quarentena, o que marca, mais uma vez, o objetivo de impedir que o mesmo fosse foco de desordem econômica ou médica.

Esta reorganização hospitalar era consequência de regulamentações econômicas mais rígidas no mercantilismo. Nesta época, o homem - a sua formação, aptidões e capacidades - passa a ter um preço elevado para a sociedade. Um importante exemplo é o surgimento do fuzil nas forças armadas, que demandou um grande investimento em exercícios, manobra e adestramento, o que tornou a formação de um soldado, agora mais técnica e sutil, muito mais custosa. Com isso, o hospital militar passou a ser um problema técnico e militar importante. Agora era vigiar para evitar a deserção, curar para evitar a morte e observar para evitar a simulação. A reorganização administrativa e política se configuraram como um novo esquadrinhamento do poder no espaço do hospital militar. O mesmo ocorreu no hospital marítimo.

Sendo assim, podemos observar que a reorganização hospitalar se dá a partir de uma nova tecnologia política – e não de uma técnica médica – a disciplina. Esta tecnologia política é aperfeiçoada no século XVIII, mas, de forma fragmentada e isolada, já existia antes mesmo dos séculos XVII. Ela era utilizada, por exemplo, em mosteiros e, durante a escravidão, pelas grandes empresas escravagistas.

Esta nova tecnologia, a disciplina, é uma “nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua

atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los”. (FOUCAULT, 2009b, p. 105).

Ao tomar como exemplo o exército e a escola, Foucault (2009b) enumera o que se vê surgir na época com o desenvolvimento da disciplina como tecnologia política: distribuição espacial – individualizada, classificatória e combinatória - dos indivíduos; controle sobre todo o desenvolvimento da ação, e não sobre o resultado; vigilância perpétua e constante dos indivíduos; e registro contínuo.

A disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder da individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, [...] Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. (FOUCAULT, 2009b, p. 107).

Para Foucault (2009b), a medicalização do hospital é possibilitada pela introdução dos mecanismos disciplinares em seu confuso espaço, mas é através de uma transformação do saber médico que a disciplina se torna médica, que o poder disciplinar é confiado ao médico. Com isso, a formação de uma medicina hospitalar se dá com a disciplinarização do espaço hospitalar e com a transformação do saber e da prática médica.

A origem do hospital médico, que se efetua com o ajustamento destes dois fenômenos, distintos em sua origem: o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar; encontra, na época, uma medicina pautada na botânica. Para este grande modelo de inteligibilidade da doença, a medicina do meio, a doença é entendida como fenômeno natural, sobre o qual incide as leis da natureza.

A hipótese foucaultiana do duplo nascimento do hospital apresenta três características. A primeira diz respeito à questão do espaço, tanto em relação aos espaços aos quais o hospital está ligado, ou seja, a localização do hospital em relação a medicina do espaço urbano, quanto em relação à distribuição interna do espaço hospitalar. Este último tem como critérios, para o doente, um pequeno meio espacial individualizado, que possibilite uma autonomia funcional médica do espaço de sobrevivência do doente, em torno do qual é construído um meio manipulável.

O hospital-exclusão, onde se rejeitam os doentes para a morte, não deve mais existir. A arquitetura hospitalar é um instrumento de cura de mesmo estatuto e regime alimentar, uma sangria ou um gesto médico. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. (FOUCAULT, 2009b, p. 109).

A segunda característica de transformação do hospital no final do século XVIII diz respeito ao poder. O médico passa a deter o poder, que antes era do pessoal religioso, e passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar e, até certo ponto, também, pelo seu

funcionamento econômico. O aumento do número e do tempo de visita aos doentes leva, em 1770, a necessidade do médico residir no hospital. Com isso, cada vez mais, a presença do médico se afirma e se multiplica no interior do hospital.

Há, ainda, uma codificação da visita, que marca o advento do poder médico. Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc.

A terceira característica fala de um sistema de registro permanente e exaustivo. Através dele se constitui um campo documental no interior do hospital, que também passa a ser local de registro, acúmulo e formação de saber. O saber médico passa dos livros, grandes tratados clássicos de medicina, para o interior do hospital. Passa do escrito e impresso para o vivo, ativo e atual.

Além de ser um lugar de cura, este também é um lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital. A clínica aqui significa a organização do hospital como um lugar de formação e transmissão de saber.” (FOUCAULT, 2009b, p. 111).

Com a disciplinarização do hospital, a medicina se pretende individualizante. É o indivíduo que emerge como objeto do saber e da prática médicos. Concomitantemente, a disciplinarização do espaço médico, permite ainda que se possa observar fenômenos que abrangem toda uma população. Sendo assim, essa tecnologia hospitalar possibilita que o indivíduo e a população tornem-se objetos de saber e alvo de intervenções médicas. Segundo Foucault (2009b), teremos como fenômeno próprio do século XIX a redistribuição dessas duas medicinas, que no século XVIII era tanto do indivíduo quanto da população.

Foucault (1999) utiliza o termo *biopoder* para definir uma nova forma de apoderamento e governo sobre a vida, característicos de um novo modelo de sociedade. Este fenômeno foi um dos acontecimentos fundamentais do século XIX. A estatização do biológico, uma das mais maciças transformações do direito político daquele século, consiste em um direito novo: poder de “fazer viver” e “deixar morrer”. “O direito de soberania é, portanto, o de fazer morrer ou de deixar viver. E depois, este novo direito é que se instala...” (FOUCAULT, 1999, p. 287).

Do homem-corpo ao homem-espécie. Esta segunda tomada de poder sobre o corpo é massificante. Ela se dirige à multiplicidade dos homens enquanto massa global afetada por processos de conjunto (nascimento, morte, doença, etc.). Neste processo assistimos a

introdução de uma medicina que terá como função maior a higiene pública. “[...] com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população”. (FOUCAULT, 1999, p. 291).

Foucault (1999) enfatiza a superposição das duas séries.

Esses dois conjuntos de mecanismos, um disciplinar, o outro regulamentador, não estão no mesmo nível. Isso lhes permite, precisamente, não se excluírem e poderem articular-se um com o outro. Pode-se mesmo dizer que, na maioria dos casos, os mecanismos disciplinares de poder e os mecanismos regulamentadores de poder, os mecanismos disciplinares do corpo e os mecanismos regulamentadores da população, são articulados um com o outro. (FOUCAULT, 1999, p. 299).

Essas relações globais se dão tanto em âmbito estatal quanto subestatal, através de uma série de instituições, como, por exemplo, as médicas.

Nestes pontos de articulação, a medicina aliada à higiene se transformará em um elemento de relevante importância devido ao vínculo que possibilitará estabelecer entre as influências científicas e os processos biológicos e orgânicos.

Portanto, sendo um saber-poder que incide concomitantemente sobre o corpo e sobre a população, a medicina se consagrará como uma técnica política de intervenção com efeitos disciplinares e regulamentadores.

De fato, segundo Foucault (1999), nesta sociedade, é a norma que se estabelecerá como elemento de liga entre o disciplinar e regulamentador.

Sendo assim, não podemos deixar de considerar os atravessamentos⁴ que perpassam estes espaços de cuidado. Os atravessamentos, enquanto interpenetrações no âmbito do reprodutivo, podem ter como efeito a resistência a qualquer sinal de mudança no *status quo*.

A proposta de mudança da lógica das práticas em saúde pública no Brasil deve considerar o poder das resistências impostas pela rigidez do instituído⁵. Sem esquecer que o instituído é resultado de processos instituintes⁶, o entendimento é que a Humanização do SUS se pretende um movimento de transformação.

⁴ Atravessamento é “[...] a rede social do Instituído-Organizado-Estabelecido, cuja função prevalente é a reprodução do sistema,[...]” (BAREMBLITT, 1992, p. 156).

⁵ [...]ao resultado da ação instituinte denomina-se instituído. Quando este efeito foi produzido pela primeira vez, se diz que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva (BAREMBLITT, 1992, p. 178).

⁶ Instituinte “[...] é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais.” (BAREMBLITT, 1992, p. 178).

2.2 OS CAMINHOS ATÉ UM ACONTECIMENTO: O SUS E A SUA HUMANIZAÇÃO

A história “efetiva” faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra os seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. (FOUCAULT, 2009a, p. 28).

A proposta de humanização se dá dentro de um sistema com princípios universalistas e igualitários que tem uma concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. O SUS enquanto direito de cidadania se enquadra em uma ideia de democracia substancial que, para além de direitos formais e políticos, fala de uma igualdade de bem-estar.

A abordagem da história do sistema que constrói a lógica fundante da PNH se faz necessária no sentido não de tomá-la como uma pesquisa de origem de caráter linear que percorre um caminho em busca de uma verdade causal, mas de trazer os caminhos de continuidade e descontinuidades que se desenharam até o presente momento.

A reforma sanitária, que culminou na criação e posterior implementação do SUS, causou uma ruptura nos princípios fundantes da política de saúde, ocasionando um reordenamento ideológico e institucional. O SUS se constituiu como um sistema inclusivo do ponto de vista constitucional, legal e institucional. Mas, segundo Menicucci (2014), na realidade o SUS se manteve, desde a origem, dividido entre o público e o privado, o que é fonte de impedimento para a consolidação efetiva desta política e de todas as suas nuances.

2.2.1 Política de saúde no Brasil: do direito social ao direito de cidadania

“A emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é a sua interrupção, o salto pelo qual passam dos bastidores para o teatro, cada um com seu vigor e sua própria juventude”. (FOUCAULT, 2009a, p. 24).

O trabalho “História da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS: mudanças, continuidade e agenda atual” (MENICUCCI, 2014) nos auxiliará neste estudo de proveniência. Tentaremos, com Menicucci, dar conta da proliferação de acontecimentos que nos trouxeram até o momento em que uma nova tecnologia política se insere no cenário da saúde pública brasileira, a humanização.

Este controverso e decisório arcabouço institucional - que segundo a autora é ovacionado por tantos, quase sempre estrangeiros, e desqualificado por outros, quase sempre

compatriotas - tem sua história marcada por um antigo conflito, velho conhecido dos sistemas políticos capitalistas, qual seja, o embate público-privado.

Menicucci (2014) aponta o nascimento no Brasil de uma política de saúde segmentada. A saúde inserida no campo da previdência social, marco básico do sistema de proteção social, enquanto direito social, era sustentada pelo Estado e, já nesta época, demarcava uma segmentação de suas clientelas (provindas de institutos). A saúde era, no princípio, um benefício vinculado ao contrato de trabalho com características de seguro e de caráter meritocrático.

Segundo a autora, a origem da política de saúde apresentava uma diferenciação funcional e institucional. Cabiam ao Ministério da Saúde ações de caráter coletivo e assistência básica e, à Previdência Social, a saúde curativa dos segurados. Contudo, um aumento da assistência fornecida pela Previdência Social com ampliação da cobertura levou, no ano de 1966, a uma unificação dos institutos que agora passam a fazer parte do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Com isso, todos os assalariados urbanos foram absorvidos por este instituto, ocasionando uma importante ampliação da assistência médica.

Esta ampliação da cobertura da assistência médica acaba não sendo provida diretamente pelo governo, que passa a comprar serviços da rede privada e fornecer subsídios para ela, por exemplo, para a construção de unidades hospitalares. Este fato tem como consequência o desenvolvimento do mercado privado de saúde.

A dualidade público-privado se agrava ainda mais com o surgimento de outra modalidade institucional do mercado da saúde, as empresas médicas. Estas empresas passam a gerir, através de convênios e por meio de subsídios governamentais (INPS), as empresas empregadoras no que tange os serviços que envolvem a saúde de seus empregados. Anteriormente este serviço vinha sendo gerido pelo setor de pessoal das empresas. Com isso, inaugura-se a terceirização de empresas médicas, o que Menicucci (2014) designa como berço dos planos de saúde.

Posteriormente, ainda surge uma terceira modalidade de assistência médica, as UNIMEDs, que são cooperativas de trabalho médico. Estas, diferentes das empresas médicas que prestavam serviço complementar e estavam atreladas ao Estado, se dão sem a participação pública e prestam um serviço de caráter suplementar, ou seja, totalmente autônoma, independente de qualquer intervenção estatal.

Com todos esses acontecimentos e com uma demanda crescente por planos de saúde pelos trabalhadores, assistimos à perda do significativo apoio de setores estratégicos da

sociedade na luta por um sistema de saúde público, universal e igualitário, a massa de trabalhadores organizados.

Para Menicucci esta trajetória de desigualdades tem consequências complexas. Uma delas foi o embate ocorrido na constituinte entre os novos atores com propostas inovadoras para o SUS e as empresas que representavam um mercado forte e institucionalizado. A assistência à saúde diferenciada privilegiava trabalhadores de grandes empresas do eixo sudeste e com melhores condições salariais. Estes ainda eram beneficiados com incentivos fiscais (renúncias fiscais), sendo assim, o governo já financiava, em parte e indiretamente, a assistência privada suplementar. Afinal, reforça Menicucci, o que deixa de ser arrecadado se torna gasto público.

Mesmo com esta expansão acentuada do segmento privado autônomo nos anos 1960 e 1980, novos atores políticos surgiram. Estes, dentro de um processo de democratização, são responsáveis pela apresentação de novos projetos alternativos de política de saúde que rompem com a lógica vigente. Entre esses atores responsáveis por uma proposta definida e clara de reforma de saúde, estão: categoria médica, associações médicas, movimentos populares em saúde, partidos de esquerda que atuavam clandestinamente, comunidades eclesiais de base e parlamentares.

[...] a emergência das variações individuais se produz em um outro espaço das forças, quando a espécie triunfou, quando o perigo externo não a ameaça mais, e quando os egoísmos voltados uns contra os outros que brilham de algum modo lutam juntos pelo sol e pela luz (FOUCAULT, 2009a, p. 23).

É com esta diversidade de atores e neste cenário marcado por uma multiplicidade de proposições, muitas delas antagônicas, que se constrói a Constituição Cidadã de 1988. Este ambiente, conforme Menicucci, propiciou ambiguidades jurídicas fruto do ajustamento das alternativas inovadoras aos padrões consolidados, o que gerou uma Constituição híbrida e segmentada. De um lado: saúde como direito, universalidade de acesso à assistência, maior responsabilidade estatal e estruturação de um sistema inclusivo. De outro: liberdade de mercado, garantia das formas privadas de assistência independente de intervenção governamental. O SUS teve papel preponderante no ideário da Constituição Cidadã.

Menicucci destaca, ainda, o aspecto de continuidade e ruptura deste processo enquanto dupla trajetória pública e privada. Concomitante ao esforço de implementação da política de saúde definida na Constituição, se dá a regulação legal do setor privado em 1999 e em 2000 com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Contudo, o SUS se construiu, na contramão da história, em um contexto interno e externo de crise fiscal e econômica, onde o papel do Estado se via reduzido ao de subsidiário do setor privado. Contrariando todas as tendências econômicas e políticas, a 9ª Conferência de Saúde teve importante papel na sua implementação. Para Manicucci, apesar de todo o efeito de *feedback* do passado, o problema principal, longe de ser simplesmente a coexistência do público com o privado, diz respeito a prevalência do público sobre o privado. O primeiro como direito de cidadania, direito de todos, dever do Estado e com poder decisório nas mãos dos Conselhos. O segundo como direito do consumidor e defensor do mercado, com poder decisório nas mãos de uma comissão pseudotécnica (supostamente neutra).

Somado a este contexto histórico, diante dos últimos acontecimentos (APÊNDICE A) no cenário atual, uma nova crise supostamente econômica e certamente política se instaura. Mais uma vez o SUS encontra-se em evidência. Neste ínterim, medidas austeras vêm sendo propostas dando seguimento ao histórico embate público-privado.

2.2.2 O processo de humanização do sus

A Reforma Sanitária na Saúde Pública brasileira, marcada pela construção do SUS, teria como efeito “... o aperfeiçoamento de nossa própria experiência como sociedade, então mais justa e solidária a partir da defesa de valores como democracia direta, controle social, universalização de direitos e humanização do cuidado”. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON *et al.*, 2011, p. 4542).

Esta nova forma de fazer Política Pública, segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), orientada por princípios éticos, que inclui sujeitos e busca produzir um plano comum tomando como referência as diferenças entre os seus diferentes atores, inaugura um novo modo de fazer saúde, um novo modo de cuidado. No entanto, esta não deve ser tomada como uma tarefa já de início concluída, mas como, ainda segundo os autores, uma “obra aberta”, uma reforma para sempre incompleta, “[...]pois resulta de consensos mínimos e provisórios, atualizados no processo de cotejamento entre interesses de sujeitos em espaços públicos de gestão”. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4542).

Sendo assim, o SUS se enquadra na agenda da Reforma Sanitária para desenquadrar os arcaicos modos de fazer política pública, de gerir e de cuidar. Esta mudança nos modos de gerir e de cuidar passa ao largo de voluntarismos e individualismos, trata-se de realizar a “[...]experimentação, no espaço do trabalho, de dispositivos com potência para a promoção de

reposicionamentos subjetivos e que possam ampliar a capacidade das pessoas de se compreenderem como fenômenos complexos e contraditórios”. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4544).

- DA PNHAH À PNH

No ano de 2001 foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, elaborado por um comitê formado por profissionais da área de Saúde Mental, “com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.” (BRASIL, 2001, p. 9).

Desde então, o objetivo fundamental do PNHAH se definiu como “[...] aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade”. (BRASIL, 2001, p. 7).

Este objetivo, no entanto, supunha a presença de um desejo, por parte das organizações de saúde e dos usuários, de um novo modo de ser e fazer nos serviços de saúde pautados no respeito à vida humana. Para isso, o PNHAH apresentou um conjunto de medidas, como forma de garantir o melhor uso desta infraestrutura, através do desenvolvimento de ações que buscavam a melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde. (BRASIL, 2001).

Contudo, segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), na prática, este modelo de humanização baseado em implementação de programas se caracterizou pela imprecisão conceitual, pela homogeneidade de suas iniciativas e pela baixa transversalidade⁷, tanto no que diz respeito aos programas em relação ao MS, quanto entra as suas áreas e projetos. Este ainda não apostou na capacidade criativa dos atores da ponta, de forma a valorizar as práticas concretas na produção de novos modos de fazer no campo da saúde. De forma contrária às propostas de Reforma Sanitária do SUS, também não apostou na corresponsabilização dos agentes sanitários na formulação e implementação de práticas de saúde. Contudo, investiu, para a sua efetivação, em controles feitos através de incentivos, valorizando o cumprimento de metas e resultados, sem dar ênfase à dinâmica envolvida neste processo.

⁷ Segundo Baremblytt (1992) a transversalidade, que se define como uma dimensão da vida social e organizacional, não se reduz à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade. Trata-se da interpenetração - em âmbito instituinte - do produtivo, do revolucionário, do criativo.

A humanização, antes programa, passa à Política Pública no ano de 2003. Segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), a Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde, e, para reinventar modos de gerir e de cuidar, nasce a partir da convergência de três objetivos:

- (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde;
- (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e
- (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 2452).

Para tanto, a PNH apresenta como diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica⁸, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia do direito dos usuários. Esta tem, ainda, como princípios, o aumento do grau de transversalidade intra e intergrupos, a corresponsabilização entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos. Na direção oposta da homogeneização efetuada pela PNHAH, a aposta agora é na singularidade da experiência. A PNH tem como únicas referências em comum com o programa os métodos e diretrizes ético-políticas.

A PNH toma como método a inclusão de sujeitos e coletivos na corresponsabilização destes, no cuidado de si e de outros e nos processos de trabalho. Com isto, parte da construção de um plano comum, sínteses provisórias, sem desconsiderar as perturbações/conflitos gerados pelas diferenças, para construir modos inventivos de cuidado.

Brasil (2004), como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS, encontrou como marco-teórico um período contraditório marcado por muitos avanços - descentralização e regionalização da atenção e da gestão da saúde e da ampliação da equidade, integralidade e universalidade - e problemáticas – a fragmentação dos processos de trabalho com reflexos nas relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários - culminando em uma fragilização dos trabalhos em equipe e do preparo para lidar com as questões subjetivas.

Benevides e Passos (2005a) chamam a atenção para o cenário de implementação da PNH. Nele há um destaque para os programas e uma concentração temática, um modismo que

⁸ A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. (BRASIL, 2017).

padroniza ações e causa uma repetição sintomática dos modos de funcionamento estabelecidos. A humanização, segundo Benevides e Passos (2005a) se transformou em um conceito-sintoma, posto que levava a uma paralisia e reprodução dos sentidos dados, estabilizados, instituídos. Com isso, perde-se o movimento efetivo pelas mudanças das práticas de saúde, que tem origem no processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980.

- A CONCEPÇÃO DE HUMANIZAÇÃO E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNH.

É a partir de experiências concretas que podemos produzir conhecimento concernente às práticas no SUS. Nesse sentido, a humanização como produto/conhecimento desta experiência toma o homem em sua dimensão processual, singular, reinvenção permanente de si e dos modos de pensar a saúde. Valorizar a experiência concreta para pensar a humanização significa considerar os sujeitos sempre em relação, envolvidos em práticas locais singulares. (CHAVES *et al.*, 2014, p. 71).

Assim, uma proposição conceitual sobre a humanização na saúde não se contenta em repetir velhos humanismos, ancorados em imagens idealizadas do Homem. Não se reduz a uma concepção de humanização ou de humano como uma medida padrão, definida a partir daquilo que é a norma, do mais frequente, pois este humano “normal” nunca coincide com uma existência concreta. (CHAVES *et al.*, 2014).

Diante das permanentes denúncias de precarização do SUS, que geralmente o qualificam como “desumano”, Pasche, Passos e Hennington (2011) destacam a baixa responsabilização e a descontinuidade do tratamento para abordar de que lugar se fala de humanização. Aqui não se toma a humanização como uma busca pelo “bom humano”, concepção que abarcaria teses que considerariam a possibilidade de uma humanidade gradativa ou que haveria graus de humanidade. Sendo assim, o alvo destas críticas não devem ser indivíduos, mas, numa direção positiva, devem-se tomar os aspectos criticados como efeito de condições precárias de trabalho e de modelos de atenção e de gestão descompromissados. Sendo assim, trata-se de “[...]humanizar não como o contrário do desumano ou inumano, mas humanizar como a construção das condições de emergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e corresponsáveis”. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4545).

[...] pode-se construir o conceito de humano a partir da experiência e não como um julgamento dela. A partir da experiência concreta dos sujeitos implicados nas práticas de produção de saúde no SUS que um conceito de humanização da saúde ganha consistência e aponta a direção não de um sistema de saúde ideal, mas daquele que, em vários momentos a serem privilegiados, já se atesta como dando certo. (CHAVES *et al.*, 2014).

Sem desconsiderar os entraves que se colocam para a consolidação do SUS, a PNH aposta em “SUS que dá certo”. Para tanto, na contramão da produção de normatizações e prescrições, a proposta é, sem idealizações ou pessimismos em relação ao seu projeto, de valorização do cotidiano, da criação do novo, de corresponsabilização dos diversos atores envolvidos, na permeabilidade da comunicação e da interlocução dos saberes. Segundo Chaves *et al.* (2014), busca-se, para a efetivação da PNH, a articulação entre *o que fazer* com *o como fazer*. Com isso, a

[...] aposta tem sido direcionada a “tecnologias relacionais”, nas quais as mudanças nos modos de pensar e de fazer ocorrem à medida que os sujeitos entram em relação, constituindo coletivos que possibilitem alterações efetivas nos modos vigentes de produção de saúde. (CHAVES *et al.*, 2014, p. 71).

Nesta direção, a PNH toma como uma de suas diretrizes a noção de Clínica Ampliada. Para vencer o desafio imposto à PNH de reconstrução das relações clínicas, de mudanças nas relações trabalhador de saúde – usuário, esta noção, de importância ímpar para a efetivação da corresponsabilização, trata da construção de processos dialógicos.

Pasche, Passos e Hennington (2011) condicionam estas mudanças relacionais à afirmação do conceito de subjetividade “[...]como efeito emergente de uma complexa rede de forças biológicas, sociais, culturais e políticas[...]” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4545), à definição de produção de subjetividade “[...]como construção de autonomia com o outro para o cuidado de si[...]” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4545) e à ampliação do conceito de saúde “[...]que estende a intervenção do campo sanitário para além dos conhecimentos e das práticas médicas” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4545).

Entendendo os riscos da verticalização e burocratização, a transversalidade foi estabelecida como diretriz da humanização da saúde pública brasileira. Brasil (2004) por meio desta diretriz pretende ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção de saúde. Esta política impõe uma dupla tarefa: a produção de saúde e a produção de subjetividades.

Sendo assim, segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), na construção da PNH, diante dos problemas da gestão do trabalho em saúde, o entendimento é que a gestão de processos de trabalho, para além de produzir saúde, produz, também, subjetividade. Desta forma, à revelia das tradições hegemônicas que apontam para uma visão negativa do trabalho – e também do trabalhador – e que tomam o trabalhador como insumo, como recurso humano, urge a realização de mudanças na gestão dos processos de trabalho.

Para enfrentar os efeitos impostos por este tipo de visão sobre o trabalho, perda da efetividade das práticas clínicas e de saúde e desresponsabilização, a proposta é de democratização das relações de poder nas organizações de saúde. Esta mudança na organização do trabalho impõe a efetiva participação dos sujeitos na gestão do trabalho, inclusive nos processos de tomada de decisão. Desta forma, com o objetivo de promover a corresponsabilização dos trabalhadores, a cogestão e a gestão compartilhada é tomada como diretriz desta política e a inseparabilidade entre gestão e clínica/cuidado, como princípio.

Fato importante para o enfrentamento deste campo árido: a OMS define “cuidar do cuidador” como tema estratégico da primeira década do novo milênio. “Cuidar é produzir com o outro possibilidades de alteração dos processos que originam sofrimento/problemas de saúde, então ‘sinais e sintomas’ de condições e modos de gestão e de organização do trabalho.” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4546).

A Humanização, enquanto política pública, apresenta como perspectiva o paradigma ético-estético-político⁹. Esta aposta implica, eticamente, em uma atitude comprometida e corresponsável de seus atores (usuários, trabalhadores e gestores); esteticamente, em um processo sensível e criativo que produz subjetividades autônomas e protagonistas; e politicamente, na necessidade de uma organização social solidária e participativa.

Diante da indissociabilidade entre produção de saúde, de subjetividade e de mundo, Pasche, Passos e Hennington (2011) apontam como desafio da PNH a manutenção dos movimentos – complementares - macro e micropolíticos.

[...] na macropolítica do jogo de forças entre as instâncias gestoras do SUS e os movimentos organizados no campo da saúde e na micropolítica do jogo das forças que, aquém e além das formas individuais e sociais, engendram o mundo e os sujeitos – processos de produção de si e de produção de mundo[...] (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Para estes autores seria estratégico, para a efetivação dos ideais da PNH, além de ofertas extensivas, ofertas intensivas. “A estratégia extensiva orienta as práticas de saúde a partir de ações massivas e de imediata abrangência de maiores contingentes da população; já a

⁹ No paradigma ético-estético-político, ético diz respeito à via da **experimentação**. “A ética de que falamos é aquela que se põe a ouvir o estrangeiro que se produz no encontro com o outro,[...]” (BARROS, 2009, p. 323), o estético à via da criação/problematização. “A dimensão estética é a da composição/recomposição de universos de subjetivação.” (BARROS, 2009, p. 323) e o político a via da **decomposição de verdades** “[...]aquilo que põe a funcionar os modos de expressão de subjetividade, opera **processos de desindividualização**” (BARROS, 2009, p. 325).

estratégia intensiva visa alcançar efeitos globais a partir da reverberação de ações locais”. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4543).

Como Pasche, Passos e Hennington (2011), consideraremos que produção de saúde no SUS se dá através do trabalho vivo em ato, por meio do encontro, da relação, de processos intercessores. É preciso construir linhas de conexão e produção de desvio do instituído, em especial, da relação usuário-trabalhador. Para tanto, se faz necessário ampliar os sentidos do trabalho, para que esta atividade humana aconteça de forma engajada na produção de sujeitos mais livres e autônomos.

Sendo assim, considerando que há uma inseparabilidade entre formação e intervenção, para a consolidação desta política de dimensão pública, o investimento deverá ter como foco alterações dos modos do “... homem real encarnado em práticas concretas.” (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4544), fazer, trabalhar e produzir no campo da saúde.

2.2.2.1 Produção de subjetividade: a construção de um conceito

Considerando a amplitude de aspectos tratados em Brasil (2004), este trabalho busca se ater a uma dupla tarefa: produzir saúde e produzir subjetividades. Certamente estas são interdependentes e tratam de uma outra forma de produção. O que estaria implicado nesta produção de subjetividade? De que produção estamos falando, então?.

Para isto, Soares; Miranda (2009), a partir do artigo “Produzir Subjetividades: o que significa?”, nos auxiliam nesta jornada. Seguindo por este traçado, o entendimento de como o conceito de subjetividade vem sendo abordado ao longo da história do pensamento se faz necessário para chegarmos à compreensão do conceito de produção de subjetividade.

Esta compreensão se fará não só histórica, mas geograficamente, através da topologia Deleuziana, na qual dois eixos, vertical do conhecimento e horizontal do acontecimento, demarcam cada qual uma posição sobre este tema na geografia da história da tradição filosófica ocidental. O eixo vertical nos traz a linha filosófica fundacional que tem como representantes filósofos ligados ao platonismo e pré-socráticos. O eixo vertical está relacionado a uma linha onde encontramos as escolas cínicas e sofistas.

A linha filosófica fundacional, na busca da produção de um discurso universal da verdade enquanto substância a ser perseguida, trata de um mundo dicotômico, hierarquizado, que se dá a partir da diferenciação. De um lado o mundo da representação, da razão, inteligível, “de fora” e, de outro, o mundo sensível, “de dentro”.

O eixo horizontal, por sua vez, toma a verdade como acontecimento. As coisas do mundo, aqui, se ligam através de conexões e estabelecem entre si relações rizomáticas. Um abalo é sentido na concepção representacional do mundo através da crítica de Hume ao projeto platônico-hegeliano.

É com Descartes que a subjetividade passa a ser objeto de meditação filosófica. A partir daí a questão da representação passa a ser investigada. Na filosofia moderna a subjetividade é tomada como consciência, o “eu” é um indivíduo racional e autônomo diferenciado de algo que precisa ser desvelado por ele mesmo (“eu”).

No século XIX, com Wundt, a psicologia reivindica a subjetividade como seu objeto. Seguindo a tradição platônica, o sujeito aparece como representação e a psicologia se estabelece como ciência individualizante e individualista, de massa, higienista, que busca explicar os confins da alma.

Por seu caráter fragmentário, descontínuo e acidental, os filósofos alocados no eixo vertical tratam de uma forma de concepção do mundo que se assemelha à imagem de uma raiz. Altura, profundidade, fundamento e hierarquia compõem uma imagem dogmática do pensamento. Esta se diferencia das escolas de tradição cínicas e sofistas, onde a concepção de mundo se assemelha à imagem de um rizoma, redes sem eixo principal, que supõe associação, aliança, conexão, movimento, criação. Há, com isso, um rompimento da tradição platônica do pensamento e a problemática da subjetividade é colocada em outros termos.

Deleuze encontra em Hume uma das principais contribuições ao empirismo e a filosofia do acontecimento. Há com ele a construção de uma concepção de subjetividade não substancializada, mas imanente. A afirmação de Hume sobre a exterioridade dos termos nas relações se contrapõe a lógica associacionista da relação entre os termos. Com isso, a subjetividade não coincidirá mais com a ideia de sujeito, pensamento, “eu”, ser, mas com uma coleção de dados sem ordem, sem estrutura e sem lei. Parte-se assim da lógica identitária dos termos platônica, verbo ser, onde A é B para a lógica do encontro, conjunção, na qual A e B.

Contudo, uma questão se coloca. Esta diz respeito ao que nos leva a padronização. Para Hume, a padronização é consequência da repetição da experiência, ao hábito que temos de adquirir hábitos. Daí podemos nos referir ao sujeito, pois estamos tratando da duração, estamos lidando com a persistência no tempo de afirmações e crenças. A ideia de sujeito estaria então, com isso, ligada a ideia de indivíduo, de identidade.

Desta forma, a subjetividade em geral que aborda a questão do sujeito universal se diferencia, então, do que nos traz a filosofia do acontecimento, qual seja, subjetividades

práticas. Estas estariam ligadas a uma lógica do sujeito forjado no socius. O “espírito” tomado por essa lógica é uma subjetividade material, incorpórea, marcado por sentidos, relacional, interativa¹⁰, processual, parcial, pré-pessoal¹¹, coletivo, maquínico¹².

Podemos incorrer, contudo, no erro de estabelecermos mais uma vez uma relação dicotômica entre produtores e produzidos. A fim de evitar tal possibilidade é preciso entender a ideia de subjetividade, proposta por Guattari, a partir das contribuições de Hume, como produção. Estamos, então, nos referindo a um sujeito/subjetividade prática que, distinto da ideia de sujeito *être-lá*, dado a priori, autônomo, da representação, está intrinsecamente ligado ao conceito de agenciamentos coletivos de enunciação. Este conceito fala da polifonia de vozes, devires imperceptíveis, mutações afetivas e sensibilidades, presentes neste processo produtivo. Há, com isso, um descentramento do conceito de sujeito/indivíduo/identidade para o conceito de produção de subjetividade que, tal qual definido por Guattari, se “constitui como matéria-prima de toda e qualquer produção” (GUATTARI; ROLNIK, 1999 *apud* SOARES; MIRANDA, 2009, p. 415). Assim, instaura-se uma radicalização das possibilidades de engendramentos de subjetividades. “[...] um fluxo contínuo de sensações, modos de existir, amar e comunicar, de imagens, sons, afetos, valores e formas de consumo literalmente fabricadas no entrecruzamento de instâncias sociais, técnicas, institucionais, individuais [...]” (SOARES; MIRANDA, 2009, p. 415).

Desta forma, podemos considerar que todos – sujeitos e coletivos – são produtores de subjetividade. Estão implicadas nesta produção instâncias humanas, inter-subjetivas, como a linguagem, e instâncias sugestivas e identificatórias, pré-pessoais e não humanas, como as interações institucionais, essências para o desenvolvimento de heterogênese. “Chegamos então a uma definição provisória do que estamos chamando aqui de subjetividade: tudo aquilo que concerne para a produção de um “si”, um modo de existir, um estilo de existência.” (SOARES; MIRANDA, 2009, p. 416). A subjetividade é produzida, então, por agenciamentos coletivos de enunciação, tanto de natureza extrapessoal, extraindividual, quanto de natureza infra-humana.

O conceito Deleuziano de máquina é subjacente ao conceito de produção; apesar de ter como fonte o marxismo, este não é economicamente centrado. Este conceito fala da organização de fluxos e forças plurais e heterogêneas ou “acoplamentos heterogêneos que se

¹⁰ Segundo Miranda e Soares (2009) a interação se dá entre matéria-sensível e matéria vibrátil.

¹¹ Pré-pessoal porque polifônico, porque anterior a qualquer sujeito individuado, segundo Soares e Miranda (2009).

agenciam” (SOARES; MIRANDA, 2009, p. 417). A máquina substitui a noção ontológica clássica de alma/sujeito enquanto “agências puras”, racionalidade, com isso, não importa mais o que se é, mas o que se faz. Tratamos agora de “híbridos”, “quase-sujeitos”, “quase-objetos”, que se agenciam e se acoplam no “entre”, *intermezzo*, num campo de possíveis, onde se dá a diluição das fronteiras entre sujeitos e objetos, aqui, lá, acolá, onde se produz a subjetividade.

As máquinas podem ser corpos sociais, complexos industriais, formações psicológicas ou culturais, bem como complexos de desejos agenciando indivíduos, materiais, instrumentos, regras e convenções que, em conjunto, constituem-se máquina. As máquinas são junções de pedaços heterogêneos, a agregação que transforma as forças, articula e impulsiona seus elementos e os coloca em estado de contínua transformação (BROECKMANN, 2001 *apud* SOARES; MIRANDA, 2009, p. 417).

O conceito de agenciamento, em Deleuze e Guattari, faz referência a um conjunto de relações materiais acoplado a um regime de signos correspondente. Este se forma, numa correlação inseparável, por agenciamentos coletivos de enunciação (expressão) e por agenciamentos maquínicos (conteúdo). Os primeiros intervêm nos segundos, mas não de forma discricionária ou representativa. Com isso, substitui-se a ideia de sujeito de enunciação ou instâncias psíquicas freudianas, de entidades individuadas e de entidades sociais individuadas, que estabelecem uma relação emissor-receptor por uma ideia de sujeito descentrado, onde a enunciação se dá como agenciamento. Desta forma, há uma indissociabilidade entre os agenciamentos coletivos de enunciação, as práticas concretas e as relações de poder. Aqui há forte colaboração da prática Bakhtiniana, que com as suas considerações sobre linguagem traz o caráter coletivo e polifônico da subjetividade. Em Bakhtin, no discurso indireto livre, os sujeitos do enunciado e da enunciação se confundem numa só voz, ele porta uma multidão de vozes.

Feitas as devidas considerações acerca da construção do conceito de produção de subjetividade, se faz importante situar como esta se dá na atualidade. É preciso pensar a produção de subjetividade na contemporaneidade, em nosso contexto sócio-histórico, em termos do que se tem produzido, subjetividades altamente diferenciadas ou homogeneizadas. Ao falar da produção contemporânea de subjetividade, Guattari nos diz que há apenas uma cultura capitalística, o Capitalismo Mundial Integrado. Para ele, o CMI instaura uma dupla opressão, uma repressão direta no plano econômico, social e na forma como este se instala na própria produção de subjetividade. Desta forma, “[...] uma imensa máquina produtiva de uma subjetividade industrializada e nivelada em escala mundial tornou-se dado de base na formação da força coletiva de trabalho e da força de controle social coletivo. (GUATTARI; ROLNIK, 1999 *apud* SOARES; MIRANDA, 2009, p. 419).

O CMI fala das perspectivas de um cenário contemporâneo, um período histórico de expansão e consolidação da hegemonia do modo de produção capitalista em nível planetário, onde o capital é a referência geral para as relações humanas. Assistimos, com isso, a uma massificação dos modos de vestir, sentir, se alimentar, amar etc.

A ordem capitalística produz os modos da relação humana até em suas representações inconscientes: [...] Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro – em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo. (GUATTARI; ROLNIK, 1999 *apud* SOARES; MIRANDA, 2009, p. 420).

Isto nos interessa particularmente, pois o entendimento, a princípio, é que fazemos parte de um cenário de produção subjetiva que fabrica indivíduos massificados, subjetividades assujeitadas, modelizações dominantes. Assistimos com isso a supressão da potência de invenção. Por outro lado, a aposta deste estudo sobre o desenvolvimento da atividade de profissionais de saúde no contexto de implementação da PNH, ao trabalharmos com uma proposta de pesquisa-intervenção que propõe uma análise dialógica coletiva de uma atividade de trabalho, é que o aprisionamento nunca é absoluto, pois sempre é possível produzir subjetividades singulares e singularidades.

3. SEDIMENTOS DO CAMPO

3.1 HISTÓRIAS CONTADAS

3.1.1 Do hospital de manguinhos ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Guimarães (2009), em comemoração aos 90 anos do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz, apresenta um pequeno livro sobre a história do Hospital de Manguinhos. A autora estabelece como marco que institui o início do IPEC, atual Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), a primeira planta do Hospital de Manguinhos que data de 1904. A planta foi projetada por Luiz de Moraes Jr., o mesmo arquiteto responsável pela construção do Mourisco, o castelo, principal símbolo arquitetônico da Fundação Oswaldo Cruz.

Com características diferentes das plantas iniciais, em 1918 é inaugurado o primeiro pavilhão do Hospital de Manguinhos. Até os dias atuais o prédio se mantém conservado. Hospital de Manguinhos, Hospital Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Clínica Hospital Evandro Chagas, Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas e Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas foram algumas denominações dadas a este complexo de pesquisa, assistência e ensino, localizado em Manguinhos, nos seus mais de 90 anos de história.

O Instituto Pasteur de Paris, desde 1894, referência internacional de pesquisa em saúde pública, onde Oswaldo Cruz estudou por 2 anos, se constituiu como instituição de bastante influência sobre a Fiocruz. A fundação, de forma similar ao instituto, estabeleceu como forma de trabalho o envio de pesquisadores para regiões (África e Ásia) onde era difícil o acesso à assistência médica.

Para além da importância do estudo das causas, sintomas e tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas através da interação do homem com o ambiente, acreditava-se, também, na importância do estudo sistemático dos indivíduos isoladamente. Com isso, urge a necessidade da criação de um ambiente facilitador da observação clínica, no sentido trabalhado por Foucault no Nascimento da Clínica, o que culminaria na construção do Hospital de Manguinhos.

Carlos Chagas, Eurico Villela, Evandro Chagas, Sinval Lins e Genard Nóbrega foram clínicos, foram homens imbuídos de construir a história do Hospital de Manguinhos, desde o seu primórdio, dentro da perspectiva da pesquisa clínica.

Problemas políticos e financeiros retardaram a construção deste empreendimento desde o início de sua obra, em 1904. Com isso, Oswaldo Cruz, no acúmulo das duas funções públicas - diretor do Instituto Soroterápico Federal e diretor da Saúde Pública do País - e os médicos de Manguinhos, tendo que dar conta de preocupações assistenciais e políticas da época - como a peste bubônica, a febre amarela e a varíola - iniciaram, através de acordos, as atividades do Instituto de Manguinhos em outras unidades hospitalares do Rio de Janeiro, como o São Sebastião e a Santa Casa da Misericórdia. Dentro destes estabelecimentos, o então Instituto de Manguinhos passa a ocupar seções e a ser designado por nomes como “Instituto Patológico”.

A esta altura já existiam três diferentes plantas para o hospital de isolamento idealizado por Oswaldo Cruz, mas nenhuma verba para efetivação das obras. Mais uma vez improvisando, dois prédios são reformados para funcionarem como local de assistência para as epidemias que surgiam. O primeiro, que serviu para abrigar os doentes do subúrbio, vítimas de uma epidemia de varíola, que hoje é conhecido como Instituto Nacional Nise da Silveira. O outro, localizado em Jurujuba, no município de Niterói, Hospital Marítimo de Santa Isabel em 1895 e Hospital Paula Cândida em 1895, também recebeu o seu “pavilhão Oswaldo Cruz”, que recebia, da mesma forma, variolosos.

No entanto, um fato muda o caminho, até então moroso, da conclusão do projeto. O médico e pesquisador Carlos Chagas é posto em evidência devido à descoberta, através de pesquisas de insetos vetores na região de Pirapora em Minas Gerais, do desconhecido *Trypanosoma*, que receberia o nome de *Trypanosoma Cruzi* (homenagem ao diretor do instituto) e de todo o ciclo de uma nova doença, a ser descrita na menina-paciente Berenice, que viria a se chamar Doença de Chagas, nome dado em homenagem ao seu descobridor. É então através da visibilidade de Chagas que Oswaldo Cruz encontra oportunidade para negociar junto ao governo federal verbas para alguns dos seus empreendimentos, dentre eles o hospital de Manguinhos. As pesquisas sobre a Doença de Chagas tiveram repercussão nacional e internacional.

Guimarães (2009) sinaliza para uma característica desta época que perdura até os dias atuais. Carlos Chagas pregava certa cooperação entre a clínica e o laboratório, mas já aí esta

relação se mostrava bastante hierarquizada. A clínica se constituía como aplicação social do trabalho do laboratório que era prioritário para a validação do conhecimento médico.

Buscava-se através de um ambicioso projeto transformar o Hospital de Manguinhos num local estratégico para a formulação de inquéritos epidemiológicos e de intervenção profilática, tendo como foco as regiões negligenciadas (zonas rurais) pela Saúde Pública do país. Em 1912 o sonhado hospital começa a se tornar realidade, mas permanece como um projeto inacabado (apenas 1 dos 6 pavilhões foi construído) e, neste ínterim, mais uma vez, devido às adversidades, as obras foram paralisadas.

Com a morte de Oswaldo Cruz, em 1917, Carlos Chagas assume a direção do Instituto de Manguinhos e consegue, enfim, concluir a construção do pavilhão hospitalar que viria a se chamar Hospital Oswaldo Cruz. A ênfase dos trabalhos desenvolvidos no hospital se deu sobre o Mal de Chagas, mas a assistência e pesquisa já se ampliavam para diversas doenças infectocontagiosas.

Guimarães (2009) observa que, ainda que o tratamento de diversas doenças dispensasse o “isolamento”, este termo foi marcado como sinônimo de doença infecciosa, sendo ela contagiosa ou não. A autora observa, ainda, que antes mesmo de receber o nome Hospital Oswaldo Cruz, tendo em conta que muitos hospitais foram utilizados para o desenvolvimento das atividades do Instituto de Manguinhos, já nesta época, os prontuários dos pacientes tratados nestes locais levavam o carimbo “Hospital Oswaldo Cruz – RIO”.

As atividades do Hospital Oswaldo Cruz começam a se desenvolver efetivamente entre 1919/1920 através da centralização das pesquisas clínicas, até então desenvolvidas em outros hospitais, e da reorganização de seu corpo clínico.

Evandro Chagas, filho de Carlos Chagas, se dedicou aos estudos da forma cardíaca da Doença de Chagas, organizou o Serviço de Estudo das Grandes Endemias no Hospital Oswaldo Cruz (SEGE), em 1935, quando retornou da IX Reunião da Sociedade Argentina de Patologia Regional do Norte, realizada na Argentina. Este evento teve grande importância, pois incentivava a renovação dos estudos sobre a Doença de Chagas no Brasil e que estavam sendo conduzidos, na época, por Evandro Chagas. Chagas fora ao evento representar o pai recém-falecido.

O SEGE foi responsável pela investigação médico-sanitária em diversos estados e realizou pesquisas importantes sobre malária, leishmaniose e Doença de Chagas. O Hospital de Manguinhos recebeu os laboratórios e serviços do SEGE. Dedicado à pesquisa de doenças

endêmicas, este serviço reforçava os ideais dos médicos que, desde 1910, se preocupavam com o saneamento rural no Brasil.

Guimarães (2009) chama a atenção para as características da geração de médicos a qual pertencia Evandro Chagas. Os médicos das primeiras décadas do século XX não se enquadravam numa única categoria ou especialidade; foram clínicos, sanitaristas e professores universitários.

Evandro Chagas buscou articular pesquisa clínica, laboratorial e a saúde pública com ênfase nos estudos de importância médico-social. Devido aos seus esforços para criar um Instituto Nacional de Doenças Tropicais, conseguiu estabelecer certa autonomia do SEGE em relação a Manguinhos.

Após muitos anos de dedicação ao Hospital de Manguinhos, Evandro Chagas, aos 35 anos, morre em um acidente aéreo. Em 1942, dois anos após o seu falecimento, em uma solenidade onde estavam presentes o Ministro da Educação e Saúde, o diretor do Instituto Oswaldo Cruz e, o seu irmão, Carlos Chagas Filho, o Hospital Oswaldo Cruz passa a se chamar Hospital Evandro Chagas.

Em um importante processo de reestruturação, em 1986, foi realizada uma revisão de sua missão em função de um projeto de desenvolvimento da pesquisa clínica multiprofissional. Torna-se, então, unidade técnico-científica da Fiocruz, em 1999, com a denominação de Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas e, em 2002, passa a Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

Em dezembro de 2010, a Portaria nº 4.160 do Ministério da Saúde eleva o IPEC a Instituto Nacional de Infectologia (INI). Desde então, o INI passou a atuar como órgão auxiliar do MS na formulação de políticas públicas, no planejamento, desenvolvimento, coordenação e avaliação das ações integradas para a saúde na área da infectologia e tem como missão: “Contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, através de ações integradas de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas.” (INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS, 2017). Segundo Hennington *et al.* (2008-2012), o hospital do Instituto Nacional de Infectologia é considerado o primeiro e único hospital do país criado com o objetivo de desenvolver pesquisas científicas.

3.1.2 A história da humanização no INI

A história colhida¹³ sobre a implementação da Humanização no INI inicia quando esta unidade da FIOCRUZ ainda era o Instituto de Pesquisa Evandro Chagas – IPEC. Em 2005, um documento do Ministério da Saúde¹⁴ (ANEXO A) chega ao IPEC e a então chefe do Departamento Clínico Complementar, Tereza Coury Amin, e mais dois representantes, José Liporage Teixeira e Nilza de Oliveira Pereira, foram designados para participar das reuniões da Oficina de Implantação da Câmara Técnica de Humanização: HumanizaRio. Nestas reuniões teria ficado estabelecido que as unidades formariam os seus próprios Comitês de Humanização. A partir de então foi realizado convite aos trabalhadores para participar da comissão. O convite se estendeu inclusive aos trabalhadores que não eram servidores estatutários, como, por exemplo, os da segurança e portaria, o que não era comum. Posteriormente, é publicada a primeira portaria¹⁵ (ANEXO B) designando 23 trabalhadores dos que foram convidados para participar do primeiro Comitê de Humanização do IPEC. Com a mudança de gestão, a comissão da época foi extinta, assim como o Departamento Clínico Complementar.

De 2008 a 2013 cinco novos comitês foram formalizados através de portarias (ANEXO B). Em 2008 é formado comitê sob a coordenação de Nilza de Oliveira Pereira,¹⁶ que dura apenas oito dias. De 2008 a 2011 são designados novos comitês¹⁷, coordenados pela Dra Élide Hennington. Com o fim deste, há nova composição com a designação da psicóloga Eunes de Castro Milhomem, agora, para a presidência¹⁸. Este último não se sustenta por falta de quórum.

¹³ Estas histórias foram colhidas e vividas a partir da observação direta e registradas em diário de campo. Ao saber da pesquisa sobre a humanização, estas histórias foram contadas por trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, nos acontecimentos relatados. Estas foram complementadas com documentos oficiais encontrados a partir de pesquisa documental.

¹⁴ Ofício Circular DHGMS/RJ N° 15 cujo assunto era indicação e convite para a oficina de implantação da Câmara Técnica de Humanização.

¹⁵ Portaria 24/2005.

¹⁶ Portaria 128/2008.

¹⁷ Portarias: 131/2008 (nova coordenação), 19/2009 (sai 1 participante e entram 3 novos) 19/2010 (saem 2 participantes e entram 3 novos).

¹⁸ Portaria 160/2013 (mudança de coordenação para direção e muda toda a composição).

- EXPERIÊNCIAS DE HUMANIZAÇÃO NO INI

Segundo Amin (2005), as primeiras iniciativas de humanização no Centro de Internações, que aconteceram com a criação do primeiro Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - IPEC foram:

- Consulta social: que tinha como objetivo identificar e trabalhar as possíveis demandas sociais dos usuários internados;
- Grupo com usuários e familiares: que buscava estabelecer um canal de comunicação e interação com usuários e familiares, tendo em vista a democratização das informações;
- Ronda Multiprofissional: que consistia na discussão dos casos com a equipe multiprofissional;
- Grupo multidisciplinar com familiares dos usuários internados; e
- Visita domiciliar.

Hennington *et al.* (2008-2012), por sua vez, nos contam uma longa história do que chamaram de “experiências de humanização” do IPEC/INI do ano de 2008 ao ano de 2012.

As “experiências de Humanização” destes Comitês tiveram como atores representantes das diversas áreas ligadas à assistência (serviço social, psicologia, fisioterapia, farmácia, nutrição, enfermagem e medicina). Hennington *et al.* (2008- 2012) chamam a atenção para a dificuldade da participação de representantes da área médica, do abandono do grupo por uma das áreas (nutrição) e da oscilação na participação de representantes das demais áreas. Além disso, ao longo do processo, representantes dos usuários e de trabalhadores da Ouvidoria da FIOCRUZ passaram a fazer parte do Comitê.

De início, o grupo tinha como tarefas, entre outras, a realização de reuniões ordinárias quinzenais e participação nos encontros mensais da Câmara Técnica de Humanização do Rio de Janeiro (CTH Rio). Posteriormente, após reformulação do seu formato, o Comitê passa a realizar reuniões ampliadas.

Quanto aos objetivos do Comitê, Hennington *et al.* (2008-2012) esclarecem que não era prerrogativa funcionar como instância puramente burocrática- administrativa ou de intervenção em ambientes de trabalho. Segundo estes, o objetivo era “[...] que este grupo de trabalho reunisse pessoas dos mais diversos setores interessadas e comprometidas com a melhoria da atenção à saúde prestada no IPEC e com o fomento de ações e práticas de humanização no âmbito do instituto”. (HENNINGTON *et al.*, 2008-2012, p. 2).

O Comitê deveria funcionar como espaço de discussão e reflexão crítica a respeito dos problemas cotidianos no campo da humanização da assistência e ser agente de mobilização na busca de soluções conjuntas, fomentando a participação de trabalhadores, gestores e usuários. Deste modo, este grupo não deveria atuar como uma instância de gestão visando “implantar dispositivos de humanização” ou “fiscalizar serviços” e sim como elemento disparador de novos arranjos institucionais, que propiciassem a transformação de processos de trabalho de acordo com princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). (HENNINGTON *et al.*, 2008- 2012, p. 2).

Este Comitê de Humanização teve como ações:

- Retomada da participação do Instituto nas reuniões da Câmara Técnica de Humanização (CTH) - HumanizaRio;
- Participação em várias atividades, propostas no fórum acima citado, com representantes dos hospitais federais do Rio de Janeiro, institutos federais e da Secretaria Estadual de Saúde (SES), sob coordenação de consultores do Ministério da Saúde;
- Estabelecimento de reuniões ordinárias do grupo no próprio instituto para sensibilização, discussão da política e dos problemas referentes à humanização.

Sobre este último ponto, os autores ressaltam que havia um desconhecimento sobre a PNH entre os trabalhadores do INI, inclusive de participantes do Comitê. Sendo assim, foi preciso realizar ações de informação e sensibilização destes trabalhadores em relação ao tema.

Importantes eventos foram realizados pelo Comitê de Humanização do IPEC, a fim de promover discussões a respeito do tema. Dentre estes, Hennington *et al.* (2008- 2012) destacam:

Em 2008, foi realizada a mesa redonda: “Dramáticas do cuidado em saúde - é possível pensar o trabalhador como potência transformadora e a construção de novos modos de produzir saúde?”. Participaram deste evento. o filósofo francês Yves Schwartz; Dário Pasche, coordenador da PNH; e Emerson Merhy, pesquisador da UFRJ e coordenador da linha de pesquisa ‘Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde’.

Em 2009, ocorreu a “Pesquisa de satisfação dos usuários e a humanização em saúde no IPEC”. Neste evento, para a comunidade do IPEC, foi apresentada pesquisa de satisfação de usuários realizada pela Ouvidoria Fiocruz e desenvolvida por pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e,

ainda, apresentação dos resultados referentes ao IPEC. Após reunião técnica com Dário Pasche, coordenador da PNH, sobre mecanismos de divulgação/sensibilização no âmbito do Instituto e impactos da política em ambiente de atenção/pesquisa em saúde, foi realizada palestra e debate com o mesmo sobre os desafios da humanização no Instituto.

Também ocorreu a participação do IPEC no “2º Seminário Nacional de Humanização: Trocando experiências. Aprimorando o SUS”, realizado em Brasília. Neste evento foram apresentados pôsteres por integrantes do Comitê, representantes do Serviço Social e da Psicologia: “Experiência do Serviço Social no serviço de internação do IPEC/Fiocruz” e “Ateliê da saúde: acolhimento com arte e praxiterapia”. Neste evento também foi apresentada, pela coordenadora do Comitê, a palestra “Dores e delícias do trabalho em saúde”.

Além desta última, também ocorreu a participação no projeto “Atenção ao vínculo e comunicação de notícias difíceis no tratamento”, promovido pela área de humanização do INCA.

Foi produzido pelo Comitê, no final do ano de 2009, o primeiro documento resultante das discussões grupais que elencou problemas e propôs ações. O mesmo foi entregue à gestão do IPEC e à CTH.

O Comitê participou, ainda, de eventos importantes, como:

Em 2010, visita promovida pela CTH/Ministério da Saúde ao Hospital Municipal Odilon Behrens, em Belo Horizonte. Esta visita foi realizada em conjunto com outras instituições de saúde e foi uma oportunidade para conhecer vários dispositivos da humanização.

Além desta, no mesmo ano, a participação no *Curso da Política Nacional de Humanização de Formação de Apoiadores para a Atenção e a Gestão Hospitalar*. Vinte e dois trabalhadores da instituição participaram das atividades preparatórias e do Curso de Formação de Apoiadores da PNH. Este importante evento teve como resultado “...o fortalecimento e ampliação de um grupo informado e sensibilizado a respeito da política e seus dispositivos”.

A partir deste último evento, devido à ampla participação de trabalhadores do IPEC, o grupo passou a trabalhar tendo como perspectiva um “Comitê Ampliado” e, com isso, angariou novos participantes, independente de formalizações. Desde então, um importante movimento, segundo Hennington *et al.* (2008-2012), foi a aproximação com a Associação de pacientes ‘Lutando para Viver’ e, ainda maior, com a Ouvidoria da FIOCRUZ.

A fim de promover sensibilização e ampliar o conhecimento de maior número de trabalhadores e usuários do Instituto sobre princípios e diretrizes da humanização e sobre o próprio Comitê, ainda foram realizadas as seguintes ações:

- Incorporação de informações no *site* institucional;
- Elaboração de um folder informativo sobre a PNH e o Comitê de Humanização, que até a data deste texto só havia circulado informalmente pela instituição;

Como estratégia de intervenção, após a participação no curso de formação de apoiadores, foram realizadas rodas de conversa com os seguintes temas:

- “Formar para o SUS: trabalho em equipe na perspectiva da educação permanente”. Esta contou com a participação da consultora do MS e professora da Universidade Federal do Espírito Santo, a psicóloga Elizabeth Barros;
- “Acolhimento”. Nesta roda foi exposta uma versão editada do vídeo “diferentes olhares, diferentes práticas – tornando visíveis os saberes da experiência”; e
- “Conhecendo o IPEC”.

Na roda de conversa que tinha como tema “acolhimento”, houve um reforço, através das colocações feitas pelos participantes, dos pontos abordados pelo diagnóstico institucional realizado em 2009. Seguem abaixo algumas colocações feitas pelos participantes nesta roda:

1- a necessidade de conhecimento e de maior integração entre os sujeitos (trabalhadores e usuários) e os serviços/setores para favorecer o acolhimento – conhecimento do local, estrutura e funcionamento dos serviços e laboratórios e sobre os processos de trabalho no IPEC;

2- a importância de reconhecer a especificidade do Instituto e a forma de chegada/admissão dos usuários e a conformação dos processos de cuidado e assistência à saúde (pacientes referenciados pelo SUS para incorporação em protocolos de pesquisa);

3- a constatação de que, além de ser acolhido com educação, o paciente/usuário deveria ter seu problema resolvido ou de alguma forma encaminhado a partir de uma escuta sensível e qualificada – muitas vezes é preciso saber explicar ao paciente porque ele não pode ser atendido e/ou “absorvido” como paciente/sujeito de pesquisa pelo Instituto e procurar encaminhá-lo para outro serviço de forma efetiva e compromissada, responsabilizando-se pela continuidade de sua trajetória para solução de seu problema de saúde;

4- a necessidade de que se deve também acolher e encaminhar o paciente no interior da instituição.

Entre outros pontos suscitados nas rodas de conversa, estão:

- Em relação aos objetivos e ações que deveriam ser desenvolvidas: aprofundar e manter atualizado o conhecimento a respeito dos fluxos dos serviços e de atendimento do IPEC por parte dos próprios trabalhadores do instituto;
- A necessidade de buscar não separar gestão da assistência;
- A inclusão e participação de trabalhadores de todas as categorias e de todos os vínculos empregatícios no processo de humanização;
- A relação entre saúde do trabalhador, inclusive a sua saúde mental, e a possibilidade e continuidade de um bom acolhimento aos pacientes.

Destes encontros, concluiu-se que há uma necessidade de resolver alguns problemas de falta de informação e de comunicação e de intervir sobre alguns processos que poderiam ser ajustados no sentido de aprimorar o acolhimento e a qualidade da atenção.

Apesar de concordarem que há uma maior facilidade de resolução de problemas no Instituto, devido as suas dimensões físicas, as seguintes dificuldades foram observadas:

- Desconhecimento dos profissionais sobre serviços, fluxos e processos;
- Desconhecimento e falta de pactuação com a rede de assistência;
- Problemas relativos à estrutura física (falta de espaço);
- Hierarquização dos serviços e pouca integração entre os profissionais.

Foram, ainda, dadas as seguintes sugestões:

- Necessidade de acolhimento de usuários e trabalhadores;
- A importância da criação de espaços para discussão/fala;

O grupo participante da referida roda de conversa pactuou a manutenção mensal das rodas de conversa com o objetivo de conhecer melhor a rede interna e externa.

Em 2011, a pedido da CTH, foi construído o “Diagnóstico da situação e proposições para o fortalecimento da rede no SUS”, pelo Comitê em conjunto com a gestão do, agora, INI.

Hennington *et al.* (2008- 2012) chamam a atenção para o ceticismo da gestão, na época, em relação às discussões relativas à rede. Os autores lembram que é preciso mais do que propostas. Há, ainda, a necessidade de planejamento de ações para implementação.

Em 2011/2012, o INI participou do recém criado, na ocasião, Grupo de Trabalho de Humanização da FIOCRUZ (GTH FIOCRUZ), que tinha como objetivo a formação de rede com foco em temas ligados à Humanização. Nesta época, uma representante (psicóloga) da

coordenação do Serviço de Gestão do Trabalho da FIOCRUZ, passou a participar das reuniões do Comitê do INI. Hennington *et al.* (2008-2012) informam que não foi dada continuidade a este grupo.

No ano de 2012 foi dada continuidade às discussões iniciadas nos fóruns da CTH e construído um Plano. Este Plano seria o resultado da participação dos trabalhadores no curso de apoiadores.

Por fim, algumas intervenções efetivas foram feitas, em relação:

- ao retorno das reuniões multiprofissionais na internação;
- à melhoria das condições de trabalho na internação;
- à implantação de grupos de pacientes; e
- à participação nas reuniões de adesão ao tratamento.

O Comitê participou, ainda, no âmbito da CTH, das discussões sobre algumas iniciativas do MS na construção da Rede Cegonha e do Plano Crack no Rio.

Os autores fizeram um balanço do período em que o Comitê esteve atuante no IPEC/INI e ressaltam as principais conquistas:

- Realização de eventos e participação em inúmeras atividades;
- Ampliação do conhecimento a respeito da PNH no interior do Instituto;
- Inclusão de novos sujeitos na discussão;
- Formação de parcerias;
- O aumento da permeabilidade, no IPEC/INI, ao tema da Humanização com reconhecimento e fortalecimento institucional.

O Comitê estabeleceu como meta, a longo e médio prazo, “... influir na cultura institucional de modo a contribuir na transformação e melhoria de processos de trabalho” (HENNINGTON *et al.*, 2008-2012, p. 14).

As atividades desenvolvidas funcionaram, para o Comitê, como “... estratégias de intervenção, especialmente na micropolítica do trabalho em saúde, através da reflexão, do contágio e engajamento de trabalhadores do Instituto nos seus locais de trabalho, *tensionando* a todo momento o instituído à luz da PNH.” (HENNINGTON *et al.*, 2008-2012, p. 14).

Hennington *et al.* (2008-2012) concluíram que o maior e mais imediato desafio encontra-se no setor de internação. Este é considerado, pelos autores, um setor crítico devido à vulnerabilidade dos pacientes, as implicações da internação e a multiplicidade de atores envolvidos no cuidado, entre eles, inclusive, alunos – futuros profissionais.

Destacam como importantes focos de atuação:

- O acolhimento e a informação;
- A ambiência; e
- Práticas educativas continuadas.

Já nesta época havia um misto de esperança e preocupação com a transferência do Instituto para o Complexo Integrado IPEC/INI-IFF em São Cristóvão. Por um lado, esperava-se que os problemas de ambiência pudessem ser resolvidos com a transferência e, por outro, que o Comitê fosse envolvido nas discussões para a implantação dos serviços no novo ambiente.

No âmbito do CTH, esperava-se:

- Fortalecer redes, especialmente da região da A.P 3.1;
- Fomentar integração de Humanização da Secretaria de Estado;
- Engajar a Secretaria Municipal nas discussões sobre a temática; e
- Aumentar a integração entre as unidades de saúde federais, estaduais e municipais.

Hennington *et al.* (2008-2012) ressaltam que o Comitê apostou na potência do dispositivo “ Grupo de Trabalho”, proposto pela PNH, para mobilizar os sujeitos e potencializar a humanização. No entanto, ao realizarem uma análise sobre a sua capacidade de alcance e de efetiva transformação da realidade, concluíram que não foi possível transformar os processos de trabalho ou mudar a cultura da organização a curto e médio prazo e que os resultados alcançados foram insignificantes.

De acordo com os autores, a análise desses resultados demonstra que a criação de um Comitê de Humanização já reflete problemas institucionais nessa área. Cita como exemplos a forte hierarquização das formas de trabalho e de gestão e nenhuma capacidade estrutural para efetuar mudanças das práticas e modos de fazer o trabalho.

Para os autores, o trabalho em saúde é relacional, não no sentido restrito das relações de serviço envolvendo o cliente/consumidor e o provedor do serviço – a relação entre trabalhador da saúde e usuário implica cogestão, implica afeto. E, ainda, por suas características e peculiaridades, pode ser emancipador, transformador e produtor de sentido, mas, por outro lado, pode também ser produtor de sofrimento e desgaste.

Houve pouco envolvimento e “apoio distanciado” da direção e pouca integração da gestão do Centro Hospitalar com o Comitê. Cita como exemplos do distanciamento: a implantação do “acolhimento” sem nenhuma comunicação ou consulta ao comitê e a não inclusão do Comitê no Conselho Deliberativo do IPEC.

Os autores destacam a retomada das reuniões multiprofissionais como um ponto de mudança. No entanto, ainda tinham como característica a centralização no saber biomédico.

Com isso, o Comitê sugeriu que:

O IPEC necessita de uma gestão cada vez mais *participativa* e *comunicativa*, entendida neste caso como aproximação e ruptura da verticalização e de barreiras hierárquicas em todos os níveis, da macro à micropolítica, engendrando processos de gestão participativa e cogestão com corresponsabilização dos diferentes sujeitos pelos rumos da atenção à saúde. Isto envolve naturalmente conflitos, consensos, dissensos, pactuações e repactuações. Requer esforço constante, compromisso, abertura ao novo e à produção de novos sujeitos. O processo de humanização não está dado: é processual e baseado em experimentações, tentativa e erro, aprendizagem. (HENNINGTON *et al.*, 2008-2012, p. 19).

Como principal resultado do trabalho do Comitê, Hennington *et al.* (2008- 2012) destacaram o fortalecimento do compromisso com a instituição e com os princípios da humanização.

Com o tom de quem não obteve os resultados que idealizava, mas não descrente da potência dos seus feitos, os autores acreditam na perpetuação do seu trabalho – registrado neste texto – através do surgimento de novos personagens que poderão, a partir desta referência, refletir e se inspirar para a “construção de novas estratégias e ferramentas visando a transformação dos processos de trabalho para uma atenção à saúde humanizada e de qualidade.” (HENNINGTON *et al.*, 2008-2012, p. 20).

De 2013 a 2015 não há nenhum relato ou material que faça referência a qualquer trabalho de implementação da Humanização.

3.2 HISTÓRIAS VIVIDAS

3.2.1 Re-conhecendo o terreno

Os efeitos desta história sobre as subjetividades e práticas deste campo são evidentes.

- Estabelecimento (ANEXOS C e D):

A entrada pela primeira vez como pesquisadora no prédio tombado me remeteu prontamente a minha primeira entrada – recente¹⁹ - como trabalhadora. Encontro uma arquitetura excepcional que nos remete prontamente ao período em que o empreendimento foi

¹⁹ Iniciei as minhas atividades como trabalhadora em janeiro de 2015. A pesquisa começou a se desenrolar a partir de agosto de 2015, quando da minha entrada no mestrado em psicologia da UFF.

construído. A beleza é nostálgica até para quem não viveu aquela história na sua origem. De qualquer forma, entro para fazer parte dessa história e certa de que, com ela, transformarei aquele campo e as práticas ali desenvolvidas, assim como nele me desenvolverei como profissional.

No andar térreo, meu caminho habitual vai da recepção à pequena sala dividida pela seção de Psicologia (SEPS) e de Serviço Social (SESO); formatação não incomum nos estabelecimentos de saúde brasileiros. Eu mesma já havia partilhado o espaço com profissionais da mesma categoria praticamente em todos os lugares pelos quais passei como profissional da saúde. Neste andar encontramos as salas da gestão, de todos os serviços/seções, das comissões (Infecção hospitalar – CCIH, vigilância e segurança do paciente). Além de laboratórios de pesquisa²⁰, câmara mortuária e o Serviço de Documentação do Paciente (SED).

No 1º andar encontramos a enfermaria e o CTI. Identificada com crachá e jaleco, como exigido por placas distribuídas na entrada dos ambientes restritos, adentro este recinto. O andar é dividido em duas partes semelhantes onde encontramos, em ambas, enfermarias, banheiros e varandas - estas últimas cercam o andar por todos os lados. No mais, do lado direito temos a sala de prescrição, o posto de enfermagem, a cozinha, a farmácia e os ambientes designados aos *staffs*²¹ médico e de enfermagem. Do outro, esquerdo, o CTI e uma área de isolamento especial criada recentemente devido à epidemia do vírus Ebola. Este andar é composto ainda de uma área central, onde há uma sala de procedimentos e uma de armazenamento de material hospitalar. É importante ressaltar que somente as equipes médica e de enfermagem “habitam” o andar da enfermaria, já que suas salas de trabalho se encontram nele.

No total são 14 enfermarias²² com 24 leitos²³ (ANEXOS E e F). Algumas enfermarias possuem suíte e estas são individuais. No geral, as enfermarias possuem de um a dois leitos.

²⁰ Ao longo desta pesquisa, os laboratórios saíram do Pavilhão Gaspar Vianna - prédio do hospital - assim como outras especialidade; a psicologia, a pedido, passou a ocupar uma nova e exclusiva sala. Os laboratórios passaram a ocupar containers no terreno destinado ao INI.

²¹ Conjunto de pessoas que compõem o quadro de uma instituição e que, na prática de uma instituição hospitalar de ensino, orientam e supervisionam profissionais em formação.

²² A internação não se restringe às vagas de enfermaria. Este hospital não foge da realidade da saúde pública brasileira e, algumas vezes – acredito que menos que na maioria das unidades hospitalares – a internação de pacientes é feita no corredor, inclusive, há espaço no sistema (mapa de leitos) para estas internações.

²³ Recentemente houve uma redução no número de leitos após reafirmação do caráter essencialmente científico (ensino e pesquisa) do instituto que vinha se perdendo com as demandas da rede de saúde. É importante registrar que há alterações constantemente em relação ao número de pacientes autorizados a serem internados no hospital do INI

Somente uma possui 3 leitos. Geralmente as enfermarias, quando compartilhadas, são disponibilizadas para pacientes do mesmo sexo biológico. Todas possuem filtro HEPA²⁴. Nas portas, placas indicam a necessidade e tipo de precaução²⁵ para cada paciente.

O CTI é formado por 4 leitos, sendo dois deles de isolamento. Um deles tem uma antessala para a paramentação. Este ambiente tem equipe própria e possui, como esperado, equipamentos hospitalares de alta complexidade. Com exceção dos leitos de isolamento, o espaço é mais aberto - para uma melhor observação dos pacientes. Todos são monitorados por aparelhos.

O hospital do INI é um ambiente altamente tecnológico e organizado - ao menos em comparação aos já conhecidos por mim anteriormente. Todas as informações dos pacientes são armazenadas através de prontuário eletrônico e impresso. A comunicação é em grande parte eletrônica e há um movimento importante dos próprios trabalhadores que reforça esse modo de interação²⁶ em detrimento do relacional/presencial.

É importante salientar que o INI possui Recursos Humanos próprios, o Serviço de Gestão do Trabalho (SGT), que realiza um trabalho mais burocrático neste campo. Os trabalhos que envolvem saúde do trabalhador são direcionados ao NUST e costumam ser pontuais e esporádicos.

No ambiente externo, entre construções mais modernas e containers, encontramos em frente dois ambulatórios: o de pronto-atendimento e o de pacientes que já possuem prontuário no INI, onde também funciona o Pronto Atendimento - PAT; à esquerda, o hospital-dia e a farmácia. Além destes, espalhados pelo campus, em torno do hospital, temos laboratórios de pesquisa, salas de atendimento ambulatorial, a Associação de usuários “Lutando Para Viver: amigos do INI”, locais próprios para a realização de exames e aplicação de vacinas. Há ainda o prédio da direção e do ensino.

- Funcionamento:

²⁴ Filtros HEPA são filtros de ar com alta eficiência na separação de partículas que são utilizados no ambiente hospitalar para evitar a propagação de bactérias e vírus através do ar.

²⁵ Precaução de contato, de vias aéreas e de gotículas.

²⁶ Por exemplo, ao discutir recentemente na Reunião de Serviços problemas relacionados à importância da referência do profissional de saúde, em especial do médico, para o paciente tendo em vista uma melhor adesão ao tratamento do HIV, foram colocadas propostas, amplamente aceitas pelo coletivo, de que quando o paciente fosse internado o médico de referência fosse comunicado através de e-mail, de POP-UP, como se isto por si só pudesse alcançar o problema em questão. Outro ponto é o número cada vez maior de sinalizações no mapa de leitos (ex: tentativa de suicídio) com possíveis reflexos na interação presencial, como as interconsultas. Enfim, existe um apelo por modos de se comunicar sem se relacionar.

Os critérios para inserção dos pacientes no INI são: apresentarem doença infecciosa, serem encaminhados pela rede de saúde e haver interesse científico no caso (ensino e pesquisa). Este último é, talvez, o critério mais importante. Devidamente inseridos e identificados através de um número de prontuário, o paciente passa a ter direito a fazer uso de todos os recursos disponíveis no Instituto, conforme avaliação da equipe que o acompanha. Na enfermaria, salvo casos excepcionais, são internados somente pacientes anteriormente inseridos no INI.

Na rotina da internação, os pacientes são avaliados por toda a equipe multidisciplinar. Caso seja avaliada a necessidade, estes permanecerão sendo acompanhados pelas diferentes especialidades durante o período que for preciso na internação. Após a alta, os mesmos ainda podem ser encaminhados para acompanhamento especializado externo (rede de saúde) e/ou interno.

A internação tem horário para visita diária, de amigos e/ou familiares, com quatro horas de duração. Há possibilidade de atendimento da família pela equipe médica diariamente em horário definido. O CTI tem horário diferenciado para a visita de amigos e/ou familiares, com uma hora de duração e, geralmente, neste horário é realizado o atendimento do médico aos familiares. As informações sobre o funcionamento da internação²⁷ são disponibilizadas pelo Serviço Social em um folder (ANEXO G) de orientação para familiares, visitantes e acompanhantes.

- Agentes

O hospital é composto por profissionais que tradicionalmente fazem parte deste ambiente: médicos - de diversas especialidades, mas em sua maioria infectologistas - e pertencentes à equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). Compõem a equipe multidisciplinar, ainda: a nutrição, a fisioterapia, a psicologia e o serviço social. Os profissionais têm regimes de trabalho diversos: servidores efetivos, contratados, terceirizados e bolsistas. A carga horária também é diversificada, alguns são plantonistas e outros diaristas.

O INI é um importante espaço de formação da FIOCRUZ. Atualmente contamos com cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*. O instituto absorve, ainda, alunos de estágio e internos de medicina.

²⁷ Muitas alterações ocorreram ao longo do processo de pesquisa, como: o aumento do tempo de visita, a redução da idade mínima para visita, a ampliação do número de visitantes, orientações para casos excepcionais etc.

- Práticas

Como tradicionalmente ocorre nos estabelecimentos hospitalares, nas primeiras horas do turno matutino os atendimentos são restritos às equipes responsáveis pelos cuidados biomédicos dos pacientes. Aos poucos, os demais membros da equipe responsáveis por outros aspectos do cuidado (essencialmente psicossocial) vão encontrando espaço para a sua atuação. Cada equipe estabelece a frequência com que os seus pacientes precisam ser atendidos.

O único espaço em que havia a possibilidade de toda a equipe se reunir era o round médico, que ocorria semanalmente durante uma hora. Este evento, como o próprio nome diz, embora tivesse a participação de alguns membros da equipe multidisciplinar, contemplava, quase que exclusivamente, as questões biomédicas dos casos. A participação esporádica dos demais membros da equipe no round médico se dava de forma pontual a partir de solicitação dos membros da equipe, quase sempre médica, ou por iniciativa do profissional. Além do staff, participavam regularmente do round: alunos de pós-graduação (especializações e residência médica), estagiários e internos de medicina. Estes, quase sempre, estão envolvidos de alguma forma com a assistência aos pacientes internados. Contudo, ao longo da pesquisa, aos poucos este espaço perde força e deixa de existir e outro ganha força e se estabelece, o Round Multidisciplinar. Como já dito anteriormente, este último passa a ocorrer três vezes na semana com participação mais efetiva de todos, inclusive de alunos, com o intuito de iniciar um processo de construção do Plano Terapêutico Singular. Um espaço de encontro e troca que se configura como um ensaio para a efetivação de um novo modo de subjetivação e de produção de saúde. Ademais, as trocas, chamadas interconsultas, são feitas pelos corredores ou nas salas.

Como já referido anteriormente, ao longo da pesquisa também foi criado um novo espaço multidisciplinar, a Discussão Multiprofissional de Casos Clínicos na Internação.²⁸

O CTI tem round próprio diário, com cerca de uma hora de duração. A equipe participante é reduzida: profissionais do CTI e da equipe multidisciplinar que acompanham os pacientes internados naquela unidade.

²⁸ Este encontro apresenta certa confusão no reconhecimento de sua origem, pois duas situações geraram espaços semelhantes que culminaram neste encontro – uma de iniciativa de um membro da equipe médica e outra resultante de uma atividade multidisciplinar desenvolvida pelo Centro de Estudo da Saúde do Trabalhador – CESTH, com um grupo de trabalhadores do INI. Este fato possivelmente interfere no funcionamento desta reunião, que é marcado pela inconstância na participação e pela disputa velada de poder. Contudo, a coordenação deste encontro tem sido feita pela seção de psicologia.

4. PREPARANDO-SE PARA TRILHAR.

4.1. MAPEANDO

“Produzindo subjetividades: um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde em formação no hospital do Instituto Nacional de Infectologia” trata-se de uma pesquisa-intervenção que tem como referenciais teórico-metodológicos a Clínica da Atividade e Análise Institucional.

A Clínica da Atividade (CLOT, 2010b) é uma corrente da psicologia do trabalho que se insere na vertente das clínicas do trabalho. Esse referencial propõe a análise participativa do trabalho visando o desenvolvimento de recursos²⁹ para a ação. Nessa proposta é possível pensar a coanálise das atividades de trabalho como formação dos trabalhadores frente a uma nova constelação de valores, o que se faz necessário para se pensar em um novo modo de subjetivação e de produção de saúde a partir das proposições da Política Nacional de Humanização.

Concebemos o trabalhador como um ser em movimento, capaz de imprimir algo de seu naquilo de que participa, capaz de intervir em sua própria história; o trabalho como um processo coletivo e singular, de criação e recriação da história de um ofício; e a atividade de trabalho como processo de produção não só de coisas ou serviços, mas também de subjetividades. (SILVA, 2015, p. 50-51).

Já a Análise Institucional - com seus métodos, técnicas e conceitos - traz importantes contribuições, especialmente em relação à pesquisa-intervenção, sobre o aspecto político presente em todo ato/processo de pesquisar. A Análise Institucional (ROSSI; PASSOS, 2014) se afasta dos modelos formais de pesquisa, buscando produzir, concomitantemente, pesquisa e intervenção.”No encontro que se dá entre as referências teóricas da Clínica da Atividade e da Análise Institucional, há um deslocamento: objetiva-se produzir novas práticas, sublinhando o instituído como importante fonte de recursos para os movimentos instituintes”. (SILVA, 2015, p. 44).

Assim, segundo (SILVA, 2015), ao acompanhar as formulações da AI, o entendimento é de que todo processo de pesquisa proporciona intervenção, é parte na produção de uma realidade em movimento e inacabada. Sendo assim, a participação do pesquisador deve ser sempre objeto de análise.

²⁹ Novos e velhos. Os novos são “criados” – os velhos transformados, renormatizados.

Utilizando conceitos da Clínica da Atividade, pode-se dizer que a pesquisa é um novo gênero profissional que se cruza com os já existentes no ambiente pesquisado, produzindo novas estilizações que realimentam o gênero profissional do ofício em análise.

Nesta mesma perspectiva, os métodos utilizados na análise do trabalho, pelo viés da Clínica da Atividade - que têm como objetivo comum, "... assistir, ..., profissionais que procuram ampliar seu raio de ação, seu poder de agir sobre o próprio meio e sobre eles mesmos". (CLOT, 2010a, p. 208) - nunca se limitam a um projeto de conhecimento ou de pesquisa, sendo a investigação apenas um instrumento à disposição dos profissionais para atingir este objetivo. Assim, "... a proposta da Clínica da Atividade pressupõe o transformar para compreender. O método é indireto, o desenvolvimento é método e objeto. Assim, as experiências de intervenção dão matéria prima à pesquisa". (SILVA, 2015, p. 40).

4.2 CONHECENDO UM DOS CAMINHOS POSSÍVEIS: A CLÍNICA DA ATIVIDADE

A implementação da PNH, segundo Benevides e Passos (2005), impõe mudanças nos processos de saúde, que supõem mudanças nos processos de subjetivação. O entendimento é de que os princípios do SUS se encarnam na experiência concreta de sujeitos igualmente concretos. Sendo assim, a aposta é valorizar os processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Para um processo de mudança subjetiva se faz necessário provocar uma transformação nos modos dos sujeitos entrarem em relação ao formar coletivos para alcançar uma alteração efetiva das práticas de saúde.

Segundo Barros, Teixeira e Lousada (2008), historicamente a psicologia do trabalho tem servido para a consolidação de um modelo gerencial que exclui o trabalhador da concepção de trabalho. Ao separar o saber do fazer, este ramo da psicologia tem se consolidado como uma psicologia adaptativa que contribui com a Organização Científica do Trabalho, na busca de produzir trabalho e trabalhador mecanizados. Esta vertente, fechando-se ao inusitado, ignora os processos históricos e políticos envolvidos no mundo do trabalho. Apesar dos esforços neste sentido, este objetivo nunca se efetivou, pois movimentos de resistência contra esta forma de organização do trabalho sempre se fizeram presentes e, contraditoriamente, serviram, inclusive, para a viabilização do prescrito.

Ainda segundo as mesmas autoras, diante da urgência da construção de uma psicologia do trabalho comprometida com a análise dos processos de produção de saúde/trabalhado e com a afirmação e expansão da vida, diferentes abordagens teórico-metodológicas, através de diversos estudos, nos anos 80/90 na França, se empenham em

produzir ferramentas para análise do trabalho. Entre as diferentes abordagens, estão: Ergonomia Francesa, Ergologia, Psicodinâmica do Trabalho e Clínica da Atividade.

Como nos propõem Barros, Teixeira e Lousada (2008), o trabalho deve ser visto como atividade da ordem da vida, nunca da mera repetição. A proposta não é abdicar dos regimes de saber, mas colocar em questão a utilização de um critério de verdade. Esta direção ética recusa especialismos que buscam docilizar o outro, mesmo porque a sujeição nunca se completa inteiramente. A resistência e a invenção estão sempre presentes já que a liberdade é própria do vivo.

A escolha da Clínica da Atividade como um dos referenciais teórico-metodológicos para o desenvolvimento desta pesquisa visa possibilitar que os participantes da pesquisa – profissionais de saúde em formação – possam vir a ser protagonistas/analistas de sua atividade. Entendemos, a partir das contribuições desta clínica, que, ao realizar uma análise minuciosa e recorrente de uma marca/registo de sua atividade, é possível ampliar os recursos dos trabalhadores para a ação. Já que, ao falar sobre o trabalho, ao refletir sobre as suas escolhas, os analistas poderão produzir o desenvolvimento de sua atividade.

Desta forma, acredita-se que estes terão a oportunidade de se libertar das maneiras habituais de pensar e dizer a sua atividade, desenvolvendo-as. Pode-se, assim, promover simultaneamente a construção coletiva de conhecimento sobre a atividade em foco e o desenvolvimento da mesma, pela atividade mediatizante do coletivo sobre si mesmo e sobre a situação, visando à transformação das tarefas, dos artefatos e das organizações de trabalho.

O diálogo é uma via para tornar isto possível. Clot (2010b) nos esclarece que para a Clínica da Atividade a palavra é feita para a ação, para manter o vivido vivo. Através do diálogo profissional é possível transformar a situação. Sendo assim, buscaremos, com a análise dialógica do trabalho, ampliar o poder de agir dos participantes da pesquisa.

A noção “poder de agir” está ligada

[...] a capacidade de o sujeito aumentar a amplitude de sua ação no trabalho, colocando em sua atividade elementos de sua própria subjetividade, demonstrando domínio e controle sobre instrumentos e ferramentas, e conseguindo responder à atividade do outro para conseguir realizar a sua própria.(BENDASSOLLI, 2011, p. 85).

Ao tratar sobre o desenvolvimento de uma atividade do ponto de vista da Clínica da Atividade é necessário distinguir a atividade realizada do real da atividade. A atividade realizada, enquanto aquilo que se faz, que se pode ver, observar e descrever, “é a atividade que venceu entre muitas outras atividades possíveis, a atividade que venceu é uma das

possibilidades”. (CLOT, 2010b, p. 226). O real da atividade excede a atividade realizada, já que “... é aquilo também que não se pode fazer, aquilo que não se faz, que gostaríamos de ter feito, é aquilo que guardamos no estômago, é a atividade (re) engolida, impossível, as atividades suspensas, as atividades impedidas”. (CLOT, 2010b, p. 226).

Sendo assim, a este projeto, assim como à Clínica da Atividade, “... interessa compreender as relações entre o real e o realizado e em que condições a experiência vivida pode ser, ou vir a ser, um meio de viver outras experiências”. (OSÓRIO. 2010, p. 42).

- SITUANDO A CLÍNICA DA ATIVIDADE

CLOT (2010b) desenvolveu uma conceituação particular sobre atividade e subjetividade. Para o autor, ao realizar o que chama de uma espécie de ruminância da história da Psicologia do Trabalho, dois problemas se colocaram: um em relação ao método e outro em relação à própria conceituação de atividade e subjetividade.

Em relação ao problema metodológico, Clot (2010b) buscou auxílio nas contribuições de Tosquelles e Oddone, considerados, por ele, como inspiradores da Clínica da Atividade. Estes contribuíram para a análise do trabalho enquanto método de ação da Clínica da Atividade, ao propor fazer trabalhar os trabalhadores para cuidarem do trabalho. Esta perspectiva, segundo Clot (2010b), aponta para uma possível fonte de saúde no trabalho, a qualidade do trabalho, o que poderia servir tanto para transformar o trabalho quanto para fazer um bom trabalho. Esta concepção chamou a atenção para a necessidade da construção de métodos e técnicas que lançassem luz sobre a capacidade dos trabalhadores de serem protagonistas de seu próprio trabalho.

A partir dessas contribuições, é construído um método baseado na observação e na palavra. Na primeira, os trabalhadores se tornam participantes da observação, e não mais objetos passivos. Através da produção dos diálogos interiores, provocados pela própria observação do trabalho, se produzem diálogos profissionais. Com isso, a Clínica da Atividade propõe uma concepção de observação dialógica. A palavra, por sua vez, é fruto da provocação do diálogo entre profissionais sobre a atividade. A palavra, nesse caso, é feita para agir, para transformar, para desenvolver.

Quanto ao problema da definição de atividade e subjetividade, Clot (2010b) esclarece que a relação que se estabelece entre elas não é de antinomia. O desenvolvimento da subjetividade se dá a partir de uma relação entre atividades, da atividade sobre a atividade. Para tanto, Clot (2010b) acrescenta, a partir das considerações de Tosquelles, que a atividade

é tomada como um sentir-se ativo, estar em desenvolvimento, e não mero movimento - já que este pode ser passivo.

Com isso, Clot (2010b) chama a atenção para um risco que a Clínica da Atividade busca superar. Esse risco diz respeito a uma dicotomia, qual seja: de um lado, tomar a atividade sem subjetividade – como aquilo que foi realizado – e, de outro, tomar a subjetividade sem atividade – como atividade impedida, não realizada.

- O QUE É ATIVIDADE PARA A CLÍNICA DA ATIVIDADE

Uma distinção se faz necessária para o entendimento da atividade enquanto unidade de base da análise psicológica na Clínica da Atividade, qual seja, a distinção entre a atividade real e o real da atividade.

Clot (2010b), ao desenvolver o conceito de atividade, acrescenta e previne que esta não diz respeito simplesmente ao que foi realizado. Com isso, ele define atividade realizada como aquilo que podemos ver, observar e descrever; e o real da atividade como o que “não se pode fazer, aquilo que não se faz, que gostaríamos de ter feito, é a atividade (re) engolida, impossível, as atividades suspensas, as atividades impedidas”. (CLOT, 2010b, p. 226).

O fato da atividade realizada não ter o monopólio do real da atividade aponta para possibilidades inesperadas para o desenvolvimento da atividade. Considerando, com Vigotski, que “o homem é pleno a cada minuto de possibilidades não realizadas” (VIGOTSKI apud CLOT, 2010b, p. 226) e que o comportamento é, na verdade, um conjunto de reações vencedoras, chega-se a fórmula onde a atividade real é diferente da atividade realizada. É justamente aí que encontraremos a fonte para o desenvolvimento possível da atividade. O que não foi realizado, esses resíduos, continuam agindo e exercendo sua influência sobre a atividade do indivíduo.

O real da atividade é, portanto,

[...] igualmente, o que não se faz, o que se tenta fazer sem ser bem sucedido – o drama dos fracassos – o que se desejaria ou poderia ter feito e o que se pensa ser capaz de fazer noutro lugar. E convém acrescentar – paradoxo frequente – o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito; o que deve ser refeito, assim como tinha feito a contragosto. (CLOT, 2010a, p. 104).

Esses excedentes de atividade podem tornar visíveis conflitos vitais e possibilitar a retirada dos sujeitos da passividade, mesmo diante do mais engessado dos ofícios.

Através de catacreses, os sujeitos podem reorientar a sua ação, permitindo assim o seu desenvolvimento e o de sua atividade. Segundo Clot (2010a), a catacrese é a atribuição de

novas funções às ferramentas, o uso deslocado e inventivo de um dispositivo. Acrescenta que, no entanto, estas não se restringem aos objetos materiais, podendo ser subjetivas ou objetivas e, inclusive, ser dirigidas tanto para o mundo (catacrese centrípeta) quanto para o próprio sujeito (catacrese centrífuga).

Os medos vividos não são camadas inertes da sua experiência; melhor ainda, pode-se pensar que eles se tornam objetos de sua relação com o mundo. Os medos sedimentados podem ser habitados de novo e, para além disso, transformarem-se em modo de ação sobre o real: traduzindo-os na nova língua da ação, o sujeito se desfaz do fardo. O passado serve, sob esta perspectiva, para exorcizar os riscos presentes. (CLOT, 2010a, p. 108).

A clínica da Atividade, por sua vez, considerando a possibilidade de reconversão de situações passadas, possibilitadas pelos movimentos de catacrese subjetiva, faz uso de métodos embasados em uma metodologia histórico - desenvolvimentista para transformar uma experiência vivida em meio de viver outras experiências.

- A SAÚDE DO TRABALHADOR NA CLÍNICA DA ATIVIDADE

Segundo Clot (2010a), a Clínica da Atividade coloca a saúde do trabalhador no centro de suas preocupações.

Longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros. Ela está ligada à atividade vital de um sujeito, àquilo que ele consegue, ou não, mobilizar de sua atividade pessoal no universo da atividade do outro em seu próprio mundo. (CLOT, 2010a, p.111).

Clot (2010a) acompanha Dejours, ao chamar a atenção para a importância da dinâmica intersubjetiva na produção de saúde. Contudo, aproximando-se de Canguilhem, esclarece que a Clínica da Atividade privilegia a saúde à normalidade.

A Clínica da Atividade aproxima a concepção de saúde proposta por Canguilhem das considerações de Vigotski sobre o desenvolvimento do organismo, ao tomar a saúde, ou o seu restabelecimento, como “... a transformação da doença em um novo meio de existir, a metamorfose de uma experiência vivida em um meio de viver outras experiências...” (CLOT, 2010a, p.113), e, ainda, como o desenvolvimento da doença na história do sujeito. Segundo Clot (2010a), o psicólogo russo toma o organismo do sujeito como sede de um potencial de energia e de força oculta especialmente mobilizada em situações de provocação. Contudo, complementa

A “fraqueza” em que a experiência penosa precipita o sujeito é fonte de “força” apenas se ele encontra também à sua volta, com os outros – seus pares – recursos de compensação na vida sociocoletiva e na pluralidade social dos círculos onde está inserido (CLOT, 2010a, p.115).

Além disso, é fazendo uso de recursos disponibilizados por e na sua história que os sujeitos encontram meios para o seu desenvolvimento. “Por retroação e como resposta a essa migração de fontes de desenvolvimento, o sujeito deve servir-se de seus próprios recursos e, às vezes, chega a descobrir alguns de cuja existência ele nem suspeitava.” (CLOT, 2010a, p.115).

- AS EMOÇÕES, A AFETIVIDADE E O PODER DE SER AFETADO

Clot (2010a) sinaliza para o risco de se estabelecer uma relação dualista entre emoção e cognição, e considera que tomar o problema a partir da noção de atividade real ajudará a escapar desta possibilidade. Desta forma, para ele, há uma relação de dependência entre atividade e emoção, assim como na relação cognição-atividade. O sentido da atividade para o sujeito, enquanto regulador dela própria, afetará tanto as emoções quanto as cognições. Sendo assim, o lugar destas na atividade não é fixo, é nômade. Há aí, portanto, um nomadismo funcional.

O autor complementa que a emoção, assim, está para além de ser um aspecto da cognição, pois “[...] envolve o sentido de uma atividade que é sempre afetada ou desafetada pelo outro ou pelo próprio sujeito”. (CLOT, 2010a, p. 6). Para análise desta relação, Clot (2010a) toma o sentido da atividade em primeiro plano e, em segundo, coloca a cognição e a emoção. O sentido da atividade é, por ele, considerado como “... movimento de apropriação de um meio de vida pelo sujeito, livre jogo – ou amputação – desse movimento.” (CLOT, 2010a, p. 6).

Para pensar este “desenvolvimento ou subdesenvolvimento real das relações com as coisas pela mediação do outro”, (CLOT, 2010a, p. 7) lança mão da noção de atividade dirigida. No modelo triádico da atividade, “a atividade é endereçada, dirigida, simultaneamente, para o seu objeto e para as outras atividades que incidem sobre esse objeto, sejam elas do outro ou, ainda, de outras atividades do sujeito”. (CLOT, 2010a, p.7)

A fim de avançar na problemática da relação entre emoção-atividade, o autor escolhe o caminho que aproxima atividade e saúde. Esta última a partir da perspectiva de Canguilhem. “Considerada deste modo, a atividade é, na realização efetiva da tarefa – a seu favor, assim como, às vezes, contra ela -, produção de um meio de objetos materiais ou simbólicos, de relações humanas ou, mais exatamente, recriação de um meio de vida.” (CLOT, 2010a, p.7).

Clot considera que não há relação de causalidade entre atividade prática e psíquica. Toma a atividade, tanto prática quanto psíquica, como sede de investimentos vitais, capazes

de transformar os objetos do mundo em meios de viver, mas com risco de falhar nesta empreitada.

O objeto desta atividade, por sua vez, encontra-se atrelado a possibilidade, ou não, de domesticação ou de subordinação deste sujeito. Este, segundo Clot (2010a) tem a potência de transformar qualquer coisa em objeto social e psíquico, na medida em que ele pode se apropriar e transmutar este meio, o seu contexto, para poder nele existir.

Sendo assim, afetar a organização do trabalho fala de um desenvolvimento possível do sujeito na sua relação com a atividade. Por outro lado, a não afetação desta organização implica em uma impossibilidade de iniciativa, de apropriação do meio, de desenvolvimento. “Paradoxalmente, a pessoa age, então sem se sentir ativa.” (CLOT, 2010a, p. 8).

Há, com isso, segundo Clot, um confinamento do círculo dos processos psíquicos que resulta na impossibilidade de sua transformação. As emoções, assim, perdem o dinamismo e a capacidade de desenvolvimento da energia subjetiva, tanto individual quanto coletiva, e acabam esterilizando-a. Com isso, “o desenvolvimento abortado da atividade se perde em emoções que degeneram em ‘paixões tristes’, novos obstáculos ao desenvolvimento, em defesas psíquicas – até mesmo coletivas -...”

Desta forma, para Clot, as emoções, assim como as cognições, podem se configurar como recursos para o desenvolvimento. Isto ocorre quando há possibilidade, para o sujeito, de criação e recriação de sua atividade, seja para viver a mesma história – o que proporciona a manutenção de seu gênero profissional -, seja para viver uma nova história.

Clot (2010a) desenvolve o tema da afetividade a partir das concepções de Vygotski sobre o desenvolvimento. Este considera que “o desenvolvimento não é uma simples progressão, mas uma metamorfose das funções psicológicas; ...” (CLOT, 2010a, p.31). Sendo assim, o desenvolvimento do poder de agir profissional, que não segue de forma mecânica o desenvolvimento do sujeito, implica na disponibilidade de uma plasticidade subjetiva conquistada ao longo de sua história.

A subjetividade aqui, portanto, não é tomada como simples disposição constitutiva do sujeito, mas como o seu poder de ser afetado; construção que se dá em função da história singular.

Para o autor, é a incompletude que dá o tom para uma vitalidade dialógica interna, que torna o sujeito disponível para o desenvolvimento. A latitude subjetiva - ou o poder de ser afetado – está ligada a um campo de forças com maior ou menor grau de liberdade, considerando as possibilidades em aberto - as possibilidades não realizadas.

Assim, segundo Clot, mais bem preparado para o desenvolvimento ou atrofia do poder de agir é o sujeito encarnado, concomitantemente, delimitado e inacabado. Esse sujeito capaz de ser afetado faz uso de sua mobilidade funcional, “...; a sua capacidade de colocar uma função a serviço da outra - por exemplo, suas emoções a serviço de seu pensamento e inversamente”. (CLOT, 2010a, p. 32). Migrações necessárias para a manutenção do afeto. Ao contrário, a doença psíquica é descrita por ele como uma indiferenciação funcional, na qual a experiência encontra-se encarcerada, sedentária, desligada, intransformável. Nela a atividade encontra-se sobre-afetada.

Para Clot a ampliação do funcionamento psíquico faz-se imprescindível a exposição à conflituosidade externa. Esta energia conflitante é alimentada pela relé social. É a partir desse entendimento que a Clínica da Atividade “... procura manter ou restaurar a vitalidade dialógica do social, ...” (CLOT, 2010a, p. 33) e “..., seu objetivo consiste em ser capaz de propor a subjetividade se *reencontrar* em uma zona de desenvolvimento potencial.” (CLOT, 2010a, p. 34)

- O GÊNERO

[...] não existe, de um lado, a prescrição social e, de outro, a atividade real; de um lado, a tarefa e, de outro, a atividade; ou ainda, de um lado a organização do trabalho e, de outro, a atividade do sujeito. Existe, entre a organização do trabalho e o próprio sujeito, um trabalho de reorganização da tarefa pelos coletivos profissionais, uma recriação da organização do trabalho pelo trabalho de organização do coletivo. (CLOT, 2010a, p.119).

Clot (2010a) designa o gênero profissional, gênero social do ofício, como o terceiro termo decisivo entre o prescrito e o real. Para ele, o gênero diz respeito às “...‘obrigações’ compartilhadas pelos que trabalham para conseguir trabalhar, frequentemente, apesar de todos os obstáculos e, às vezes, apesar da organização prescrita do trabalho”. (CLOT, 2010a, p.119) Para o autor, “sem o recurso dessas formas comuns da vida profissional, assiste-se a um desregramento da ação individual, a uma ‘queda’ do poder de ação, assim como da tensão vital do coletivo, a uma perda de eficácia do trabalho e da própria organização”. (CLOT, 2010a, p.119).

A noção de gênero utilizada na Clínica da Atividade segue a noção de gênero da linguagem, desenvolvida por Bakhtin, “esses gêneros fixam, em determinado meio, o regime social do funcionamento da língua”. (CLOT, 2010a, p. 120). Os gêneros da linguagem são enunciados que comportam os subentendidos, as tradições, a memória transpessoal de um determinado grupo social, ao qual estará sempre vinculado.

Bakhtin, ao criticar a dicotomia entre linguagem prescrita e linguagem real imposta pelas ciências da linguagem, marca a importância dos enunciados. Para ele estes são tão indispensáveis quanto as formas da língua para a compreensão mútua na comunicação. A Clínica da atividade toma de empréstimo esta noção e a transporta para o mundo laboral para tratar sobre o princípio de economia da ação, já que “se fosse necessário criar, a cada vez na ação, cada uma de nossas atividades, o trabalho seria impossível”. (CLOT, 2010a, p.121). O gênero, então, funcionaria como espécie de intermediário social, “... um conjunto de avaliações compartilhadas, que, de maneira tácita, organizam a atividade pessoal”. (CLOT, 2010a, p.122).

O gênero é, de algum modo, a parte subentendida da atividade, o que os trabalhadores de determinado meio conhecem e observam, esperam e reconhecem, apreciam ou temem: o que lhes é comum, reunindo-os sob condições reais de vida; o que sabem que devem fazer, graças a uma comunidade de avaliações pressupostas, sem que seja necessário re-especificar a tarefa a cada vez que ela se apresenta. (CLOT, 2010a, p. 121- 122).

Considerando a não estimulação, ou mesmo a desestimulação, do uso dos gêneros profissionais pelas organizações do trabalho na contemporaneidade, Clot (2010a) chama a atenção para o risco implicado neste ato. Para ele, os gêneros desempenham uma função psicológica insubstituível, e a renúncia a este, “..., por qualquer razão que se possa imaginar, é sempre o início de uma desordem da ação individual³⁰”. (CLOT, 2010a, p.125). Com isso, a seguinte tese é defendida na Clínica da Atividade:

[...] é em seu aspecto essencialmente transpessoal que o gênero profissional exerce uma função psicológica na atividade de cada um. Porque ele organiza as atribuições e as obrigações ao definir essas atividades independentemente das características subjetivas dos indivíduos que as executam em tal momento particular. Ele ajusta, não as relações intersubjetivas, mas as relações interprofissionais, ao fixar o espírito dos lugares como instrumento de ação. (CLOT, 2010a, p. 125)

Em suma, segundo Barros, Teixeira e Lousada (2008), o gênero profissional é o conceito da Clínica da atividade que lança uma ideia de coletivo que é formado parte de memória pessoal e parte de memória objetiva e impessoal. Ele é mais movimento do que estado, é processo nunca acabado. O Gênero é um corpo intermediário, interposto social, parte explícita e parte “subentendida”, enfim, é o plano coletivo de constituição do trabalho.

³⁰ Cita, como exemplo, o uso de ideologias defensivas de ofícios descritas por Dejours.

- O ESTILO

Após enfatizar o risco da restrição do uso dos gêneros, trataremos agora sobre o que os mantêm vivos. Este é o trabalho do estilo. As criações estilísticas promovem a metamorfose dos gêneros, mas, longe de uma relação de causalidade, há entre eles uma interioridade recíproca. Desta forma, é preciso que haja o domínio do gênero e de suas variantes para que se possa promover uma recriação estilística. Assim, fica demonstrada a plasticidade e a flexibilidade dos gêneros. Nesse sentido, “[...] sua estabilidade é sempre transitória”. (CLOT, 2010a, p.125). “O estilo pode ser definido, portanto, como uma metamorfose do gênero em curso de ação.” (CLOT, 2010a, p.127)

O estudo do estilo nos permite o encontro com uma outra dimensão do gênero, segundo Clot (2010a), uma espécie de gênero interior. Este abarca a história pessoal do desenvolvimento psicológico³¹, a memória pessoal do sujeito, seus “premeditados”, esquemas³², scripts, “... um estoque de prontos para agir em função da avaliação da situação”. (CLOT, 2010a, p. 128) Segundo Clot, o estilo, terceiro termo entre o que ele chamou de gênero interior e gênero exterior, “[...] vive nos confins dos conflitos que agitam as duas memórias da atividade³³”. (CLOT, 2010a, p.129).

Existiria, então, uma unidade dinâmica do estilo na interseção de duas linhas de sentido opostos: na primeira, ele desembaraça ou liberta o profissional do gênero profissional, não negando este último, mas pela via de seu desenvolvimento, forçando-o a se renovar. Na segunda, ele emancipa a pessoa de seus invariantes subjetivos e operatórios incorporados, não – nesse caso também – por sua rejeição, mas igualmente pela via do seu devir possível, inscrevendo-o em uma história que os reconverte. (CLOT, 2010a, p. 129).

Está aí posta a dupla vida do estilo: pessoal e transpessoal. É diante da conflituosidade presente nesta relação dinâmica que a atividade pode se desenvolver.

Por fim, Segundo Barros, Teixeira e Lousada (2008), os acordos tácitos compartilhados permitem a flexibilidade através da realimentação de novos fazeres de modo pessoal. O Gênero, conceito que encarna esta concepção, define as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável. Ao pré-organizar as ações, o gênero convoca o estilo a refazer as regras. Quanto maior for o conhecimento do gênero, maior a possibilidade de libertar-se dele. Contudo, a plasticidade dos gêneros profissionais dependerá dos estilos da ação.

³¹ Clot (2010) desenvolve este tema a partir das contribuições de Vygotski, que enfatiza a importância do jogo social na medida em que este cria situações para o sujeito de modo que o desenvolvimento jamais cessa.

³² Operatórios, perceptivos, corporais, emocionais, relacionais e subjetivos.

³³ Memória singular e memória transpessoal e social.

- O DESENVOLVIMENTO

É a partir das contribuições de Bakhtin, que toma a dinâmica do discurso como unidade de análise da linguística, que a Clínica da atividade encontra o aporte para dar o devido valor às trocas dialógicas. É este o espaço e o lugar para o desenvolvimento, pois o diálogo é rico de potenciais subjetivos que transbordam, diante das formas da língua, todo o potencial da linguagem, toda a sua flexibilidade e variação. Além disso, ele já é por si só ação, pois tem a capacidade de interferir, de transformar. O diálogo é, portanto, “... a mola propulsora do desenvolvimento da atividade...”. (CLOT, 2010a, p.147).

Segundo CLOT (2010), o desenvolvimento – e não a atividade em si - é de fato o objeto da Clínica da Atividade. O entendimento é o de que é preciso transformar para conhecer. Desta forma, a atividade só é visível “...: quando se torna meio para viver outras experiências”. (CLOT, 2010a, p.147) A tomada de consciência sobre a atividade é uma re-criação, redescoberta de uma experiência, é a metamorfose do passado.

Portanto, a tomada de consciência³⁴ sobre uma atividade

[...] não consiste em reencontrar um passado intacto pelo pensamento, mas, de preferência, em o re-viver e em fazê-lo reviver na ação presente, para a ação presente. É redescobrir o que ele havia sido como uma possibilidade, finalmente realizada entre outras possibilidades não realizadas, mas que nem por isso deixaram de agir. (CLOT, 2010a, p.148).

- SOBRE MÉTODO E METODOLOGIA NA CLÍNICA DA ATIVIDADE

Clot (2010a) faz uso das contribuições de Vigotski sobre a metodologia histórico-desenvolvimentista para desenvolver o método de análise do trabalho da Clínica da Atividade.

Para Clot (2010a), o entendimento sobre a diferença entre método e metodologia pode se dá através da compreensão das relações entre funcionamento e desenvolvimento da atividade psicológica na análise do trabalho.

A partir das experimentações de Vigotski com crianças sobre a saturação no decorrer da atividade, experiência da repetição e remodelação iniciada por Lewin, constata-se que, ao assumir a função de experimentador e instrutor, um sentido completamente novo se constrói na relação com a atividade, uma nova posição subjetiva se impõe. Sendo assim, mostrar que

³⁴ A noção de tomada de consciência é desenvolvida aqui a partir das contribuições dos estudos de Vygotski sobre a consciência.

se sabe produz efeitos importantes. Desta experiência, Vigotski conclui que é possível influenciar pela afetividade o desenvolvimento de uma criança.

Duas lições são tiradas desse experimento. A primeira diz respeito à mudança de endereçamento e de destinatário da atividade. Esta seria então a mola propulsora central, “a energia motriz do novo impulso ou da retomada da atividade que se desenvolve no interior de um conflito que ela mediatiza”. (CLOT, 2010a, p.189) Disto conclui-se, então, que a atividade é triplamente dirigida: para o objeto imediato da ação, para o outro e para o próprio sujeito.

Desta forma, “a atividade é sempre mediatizada,...” (CLOT, 2010a, p.190) e também mediatizante. Com base nestas constatações é que se propõe a atividade dirigida como unidade de base da análise psicológica. Ao contrário do mentalismo, das abordagens cognitivas, “em nosso entender,..., a atividade é sempre dirigida. Endereçada a um destinatário, ela faz do outro não um contexto, mas o subtexto da ação”. (CLOT, 2010a, p.225). Além disso, diante do risco de uma concepção fenomenológica do vivido, que apenas transferiria o vivido psíquico do exterior para o interior, Clot (2010a) chama a atenção para o fato de que o sujeito só tem acesso à comunidade estrutural entre a atividade exterior e interior por intermédio de suas relações com os outros.

Além disso, esta experimentação demonstra que há a dotação de novos instrumentos técnicos e, também, psicológicos, na mediatização. Estes últimos se dão através da linguagem, já que “mostrar é fazer e dizer”. (CLOT, 2010a, p.191).

A organização do sistema instrumental da atividade mediatizada é afetada pela atividade mediatizante em sua própria composição, as hierarquias podem ser alteradas. O funcionamento do gesto é suscetível de ser deformado e reordenado; e os automatismos que evidentemente eles conservam, invariantes operatórios da ação, assumem novas funcionalidades engendradas pelas finalidades renovadas da ação. (CLOT, 2010a, p.191).

Graças à linguagem dirigida ao outro, o sujeito realiza, no sentido pleno do termo, suas atividades. Assim, sua ‘realização’ é determinada pelo contexto em que elas são mobilizadas. O número de contextos será a condição de outras tantas ‘realizações’ possíveis, fontes potenciais de novos desenvolvimentos ou de impedimentos previstos. (CLOT, 2010a, p. 209).

Desta forma, o funcionamento implicado neste experimento não trata de simples repetição, mas de uma recategorização, uma renovação. “Existe aí desenvolvimento do funcionamento graças à organização de uma repetição sem repetição no âmago de uma nova atividade dirigida” (CLOT, 2010a, p.191), uma história do funcionamento no funcionamento.

Não há invariante “sem histórias”. É precisamente a história das repetições solicitadas pela travessia dos contextos da atividade que desenvolve e enriquece o repertório das funcionalidades do invariante, sua gama funcional. “Dito com outras palavras, é o desenvolvimento das repetições para além da repetição que alimenta o funcionamento e atribui ao sujeito o poder de extirpar as operações parasitas no arco das operações pré-trabalhadas disponíveis.” (CLOT, 2010a, p.191-192).

Por outro lado, o subdesenvolvimento da repetição da ação esvazia e empobrece o funcionamento dos invariantes até privá-los de história possível. Isto enrijece e incapacita a dissolução de blocos de ação preexistentes, aprisionando os trabalhadores em funcionamentos congelados.

Clot (2010a), ao abordar a concepção da experimentação de Vygotski, sinaliza que este tem uma ideia preconcebida bem particular. Para Vygotski é necessário “provocar” o desenvolvimento para ser possível estudá-lo. Entendimento semelhante ao da tradição ergonômica francófona, para a qual “compreender está destinado a transformar”. (CLOT, 2010a, p.192) Para tanto, é necessário a aplicação de métodos indiretos que “nos impõe a organização das ‘repetições sem repetição’”. (CLOT, 2010a, p.192).

O desenvolvimento aqui é considerado não um objeto legítimo de uma psicologia particular, mas o método possível e necessário de uma psicologia geral. Para Vygotski, o método, enquanto técnica de ação, pode ser clínico ou experimental, no entanto, o essencial é que a metodologia seja histórico-desenvolvimentista.

A metodologia histórico-desenvolvimentista se caracteriza por ser uma crítica do “dogma da experiência imediata” que, segundo Clot (2010a), é a raiz comum das psicologias de abordagem objetiva e subjetiva. Estas tendem a confundir o real com o realizado e, na perspectiva histórico-desenvolvimentista, eles de modo algum se confundem. Entre estes haveria mais contradição que concordância. Contudo, “eles estão unidos pelo desenvolvimento de suas relações na atividade do sujeito. Há, portanto, um dever, em parte imprevisível, do real da atividade na atividade realizada, e inversamente”. (CLOT, 2010a, p.207)

Para Clot (2010a) o mais importante é o que falta à ambas, qual seja, a história do desenvolvimento real do sujeito, de sua causalidade histórica. O entendimento aqui é que o comportamento se constitui como um sistema de reações vencedoras. No entanto, “O homem está repleto, a cada minuto, de possibilidades não realizadas” (CLOT, 2010a, p. 193) que continuam a agir. O acesso a elas só é possível através de meios deslocados e a única

metodologia possível é a indireta, “reduplicada”, histórica, que “consiste em organizar a ‘replicação’ da experiência vivida” (CLOT, 2010a, p.193). Sendo assim, sempre se faz uso, também, das reações inibidas, já que “a investigação dos movimentos internos não realizados é uma parte necessária da experimentação”. (CLOT, 2010a, p. 203).

Segundo Clot (2010a), o problema metodológico consiste, então, com a finalidade de estudar a transformação de uma atividade em outra, “... em inventar dispositivos técnicos que permitam aos sujeitos transformar sua experiência vivida de um objeto em objeto de uma nova experiência”. (CLOT, 2010a, p.193).

Estudar o modo como essa transferência desenvolve a atividade é o fundamento desta metodologia que “procura compreender e explicar o modo como se organiza a transformação da ação organizando, por sua vez, uma transformação regulada da ação”. (CLOT, 2010a, p.194).

É, então, ponto fundamental na abordagem da Clínica da Atividade “conseguir desprender-se de sua experiência a fim de que esta se torne um meio de fazer outras experiências”. (CLOT, 2010a, p. 222) Trata-se de uma tomada de consciência³⁵ enquanto metamorfose do passado

[...] redescoberta – a re-criação – desse objeto psíquico em um novo contexto que o ‘leva a ler de um modo diferente’. Assim, a tomada de consciência apoiar-se-ia em uma transformação da experiência psíquica. Ela não é a apreensão de um objeto mental finito, mas seu desenvolvimento: uma reconversão que o inscreve em uma história inacabada. (CLOT, 2010a, p. 222).

Segundo Clot (2010a), não se trata, no entanto, de um reencontro com o passado, mas de redescoberta de um passado mexido, re-vivido, re-feito de modo que se pode redescobrir as suas possibilidades não realizadas que, ainda assim, não deixaram e não deixam de agir.

De objeto vivido outrora, ele é promovido à posição de meio para viver a situação presente ou futura. Nesse trânsito entre duas situações, nesse deslocamento do vivido – que, tendo sido objeto, torna-se meio – é que esse mesmo vivido desprende-se da atividade, torna-se disponível para a consciência, além de enriquecer-se com propriedades do novo contexto. (CLOT, 2010a, p. 222).

³⁵ Consciência na concepção Vigostskiana “como experiência vivida de uma experiência vivida.” (CLOT, 2010, p. 222).

Assim, para Clot (2010a), ao possibilitar ao vivido uma passagem de objeto de análise para meio de viver outras experiências, a análise do trabalho desvela-se como instrumento de desenvolvimento da consciência do sujeito.

A análise do trabalho, a partir da abordagem da Clínica da Atividade, tem ainda como ponto decisivo, a separação dos trabalhadores de seu contexto habitual. Sendo assim, uma “exotopia” se impõe a esta no sentido de que “a experiência vivida só é acessível aos sujeitos quando é renovada pela travessia do contexto em que ela é revivida”. (CLOT, 2010a, p. 224) Faz-se necessário, então, uma multiplicação de contextos para uma descontextualização e posterior recontextualização da ação.

Para Clot (2010a), um dos ensinamentos mais claros da análise do trabalho é o fato de não ser possível uma reflexão direta sobre a ação. Este entendimento se deu a partir das observações de Vygotski sobre a não coincidência entre a ação propriamente dita e a ação passada pelo crivo do pensamento, tornada, portanto, objeto de pensamento. Com isso, o esforço se dará no sentido de encontrar condições para passar a ação pelo crivo do pensamento, tanto em relação ao pesquisador quanto em relação ao sujeito.

Encontramos o objeto da metodologia histórico-desenvolvimentista nas relações entre funcionamento e desenvolvimento psicológico, unidade de base de uma psicologia geral, que, no entanto, assume a especialização dos campos. Clot (2010a) se aproxima desta na medida em que se respeite a condição de levar a sério a especificidade irreduzível da atividade de trabalho.

Para Clot (2010a), o trabalho de análise do trabalho na clínica da atividade “... tem a função de fazer ‘descarrilar’ discursos e oferecer aos nossos interlocutores meios deslocados para reciclar a energia perdida nos impasses, de forma que se transforme em desenvolvimento da experiência coletiva. Para o autor, o trunfo principal dessa tarefa por demais difícil “é um quadro clínico dialógico que pode ‘suportar’ controvérsias entre profissionais na base de comentários cruzados sobre imagens produzidas coletivamente”. (CLOT, 2010a, p.197).

A perspectiva histórico-desenvolvimentista interessa-se pelo desenvolvimento dos “invariantes” da ação e, na história dos invariantes nos invariantes, procura “suas molas propulsoras nos conflitos da atividade dirigida e endereçada em que, com efeito, o desenvolvimento tem sua origem”. (CLOT, 2010a, p. 200) O paradoxo, para Clot (2010a), é que o próprio desenvolvimento possui um funcionamento do qual é preciso dar conta por meio de sua provocação.

Tendo as coisas em devir sido separadas de seu devir, o devir é substituído pela simples sucessão. Mas em compensação, o devir apareceu como existente em si e como que dotado do poder de se criar a si mesmo, ou seja, de definitivamente criar as coisas. (WALLON, 1983, p. 9; 1970, p. 28-35 *apud* CLOT, 2010a, p. 200).

- SOBRE O MÉTODO

Chamo atenção para o fato de não haver aqui a intenção de seguir os métodos comumente prescritos para a análise do trabalho em Clínica da Atividade. Através de uma singularização técnica, a intenção aqui é utilizar os fundamentos teórico-metodológicos propostos por Clot, em especial ao que com eles se pretende funcionar: a ampliação do poder de agir.

Como proposto por Barros, Teixeira e Lousada (2008), buscaremos construir conexões que forcem os limites da abordagem da Clínica da Atividade, entendendo os conceitos como ferramentas vivas que estão disponíveis à reinvenção com objetivo de auxiliar na criação de estratégias de afirmação da potência do trabalho, da capacidade de diferir, de produzir o novo, de criar sujeitos e mundos. Não esquecendo que, tendo tomado a metodologia histórico-desenvolvimentista aplicada a atividade de trabalho como referência, a história coletiva implicada na construção desta atravessará toda e qualquer tentativa de estilização do método.

Para Clot (2010a), os métodos utilizados na análise do trabalho, pelo viés da Clínica da Atividade, devem se constituir como meio deslocado “para a realização necessária da consciência como recurso para o seu desenvolvimento” (CLOT, 2010a, p. 207), um “contato social artificial consigo mesmo”, já que “para passar a ação pelo crivo do pensamento, o sujeito³⁶ deve ‘realizar’ -...- o que faz”.(CLOT, 2010, p. 207a).

Estes métodos têm como objetivo comum, “... assistir, a seu pedido direto, profissionais que procuram ampliar seu raio de ação, seu poder de agir sobre o próprio meio e sobre eles mesmos”. (CLOT, 2010a, p. 208). Clot (2010a) sinaliza que estes métodos nunca se limitam a um projeto de conhecimento ou de pesquisa, sendo a investigação apenas um instrumento à disposição dos profissionais para atingir este objetivo.

Essas atividades de trabalho, objeto de análise, não estão “já prontas” na expectativa de uma explicitação e nossa própria atividade não consiste em considerá-las como invariantes suscetíveis de serem validados pela análise. Sabemos que essa análise

³⁶ Contudo, é importante frisar que os sujeitos e coletivos envolvidos na análise dialógica do trabalho devem autorizar uma reentrada na ação, essa repetição sem repetição.

não as deixa incólumes, que ela as desenvolve, no sentido pleno do termo. (CLOT, 2010a, p. 208).

Um dos primeiros pontos importantes, que orienta esta prática de pesquisa, diz respeito a sua perspectiva dialógica Bakhtiniana. Esta aponta para dois pressupostos, um de natureza clínica e outro ligado às relações entre o sujeito individual e coletivo. Na primeira, a análise da atividade concreta visa modificar as situações reais de trabalho degradadas e, com isso, desenvolver o poder de agir - sobre o meio e sobre si mesmo - dos trabalhadores/interlocutores. O segundo trata da importância e primazia da conflituosidade social para a afetação/mobilização da conflituosidade interna. Com isso, procura-se "... conservar ou restaurar a vitalidade dialógica do social graças à análise do trabalho ao experimentar a função psicológica do coletivo de trabalho". (CLOT, 2010a, p. 228) Contudo, nesta perspectiva, o essencial no diálogo, segundo Clot (2010a), é o seu desenvolvimento ou os seus impedimentos.

Outro ponto fundamental na abordagem dialógica, a partir da perspectiva Bakhtiniana, é o que Clot (2010a) designou como modelo do dialogismo em três instâncias. A primeira instância trata da distinção entre o diálogo realizado e o real do diálogo. Através desta diferenciação marca-se a presença de um heterovocalismo, uma história possível do diálogo que está repleto de possibilidades não realizadas. Sendo assim, o diálogo realizado "aparente" não tem o monopólio do real do diálogo. Neste ponto se faz importante a devida atenção aos silêncios e as dissonâncias do discurso que denunciam a presença de fronteiras flutuantes tanto em relação à palavra pessoal, ao diálogo interior, quanto em relação às palavras do outro, o diálogo exterior.

A segunda instância aprofunda um caráter decisivo da a-simétrica e a-recíproca teoria do diálogo Bakhtiniana ao tratar sobre a tríade presente no instável combate dialógico: o destinatário, o subdestinatário e o sobredestinatário. Para além do destinatário imediato nas réplicas do diálogo, encontraremos um terceiro participante invisível. O sobredestinatário, segundo Clot (2010a) refere-se à totalidade das vozes do passado que continuam falando no presente. Ele é trans-histórico, transpessoal, "[...] não é somente um outro, mas uma coisa diferente: uma história coletiva de civilização do real". (CLOT, 2010a, p. 232).

O subdestinatário, por sua vez, está relacionado aos diálogos interiores ou microdiálogos "[...] que faz da palavra pessoal uma história da palavra na palavra". (Clot, 2010a, p.231) A ideia apresentada para introduzir essas noções é a de que "a experiência

verbal do homem é um processo de assimilação, mais ou menos criativo, das palavras do outro e não das próprias palavras da língua”.(CLOT, 2010a, p.230).

Ocorre que, nas réplicas do diálogo com o destinatário imediato, outros dois diálogos fazem ouvir as suas vozes: o “grande diálogo” com o terceiro participante invisível e o “pequeno diálogo” consigo mesmo. Dizendo com outras palavras: endereçadas aos destinatários imediatos, as réplicas são, simultaneamente, questões e respostas para o sobredestinatário e para o *subdestinatário*, conceito que será utilizado, aqui, para designar as vozes do diálogo interior. (CLOT, 2010a, p. 233).

Sendo assim, postulasse que há uma impossibilidade de fechamento do sujeito ao diálogo, à alteridade dialógica, já que somos afetados por ela antes de nos tornarmos atuantes no mundo. Desta forma, “na melhor das hipóteses, pode-se transformar a passividade em atividade, em fazer algo para si ao desenvolvê-la”. (CLOT, 2010a, p. 234) Esse desenvolvimento é possível a partir da ideia, retirada da noção de migrações funcionais de Vigotski, de “uma atividade de reconversão e afetação do outro que autoriza sua migração da função de origem de minha atividade para a função de recurso que visa ao seu desenvolvimento próprio”. (CLOT, 2010a, p. 234).

A última instância trata da verdade. Bakhtin faz uma importante distinção de duas concepções sobre esta. Ele distingue a verdade teórica, *istina*, da verdade do ato comprometido no acontecimento, *pravda*. Esta última, comprometida com a recriação do “dado”, é a fonte de uma tensão que dá origem ao diálogo, fruto da heterogeneidade plurivocal em que reside uma discordância necessária entre o diálogo real e o diálogo realizado. Esta discordância é, portanto, a condição para o desenvolvimento de uma outra possibilidade ainda não realizada, tendo em vista que a última palavra nunca é dita. Há, portanto, um inacabamento sempre presente que possibilita o surgimento inesperado e imprevisto de *pravda*, que é a responsável pelo “desenvolvimento de novas possibilidades de fazer ou dizer de outro modo, a produção de algo novo, a invenção de uma possibilidade de fazer ou de dizer de outro modo”. (CLOT, 2010a, p. 236).

Para Bakhtin, segundo Clot (2010a), o diálogo é um trabalho de produção de significação, “uma interminável luta na fala entre um processo centrípeto e centrífugo. O primeiro diz respeito aos “já ditos”, este apresenta vocação monológica; enquanto o segundo, por sua vez, diz respeito aos “ainda não ditos” que, por outro lado, apresenta uma vocação dialógica. O que interessa aqui não são as manifestações do oculto, mas a existência de algo difícil de dizer, já que, neste ponto, a partir de sua mobilização/provocação, reside o potencial para o desenvolvimento.

Desta forma, a partir das contribuições de Bakhtin, se coloca uma preocupação genuína com o acontecimento, com o movimento, ao considerar que estes possibilitam a

superação do coletivo ao propiciar o rechaçamento dos limites da objetividade e, conseqüentemente, da subjetividade, já que “no mundo ainda não se produziu algo de definitivo”. (BAKHTINE, 1970 a, p. 343 *apud* CLOT, 2010a, p. 237). Sendo assim,

[...] não é a verdade teórica que pode explicar a atividade real. É o real da atividade dialógica, na sua veracidade e autenticidade, que deve *explicar-se* – no sentido duplo do termo – com a verdade teórica. Esse é precisamente o sentido do gênero de análise do trabalho que desenvolvemos na clínica da atividade, seu espírito mesmo: quando não se “trapaceia o real, as “verdades” estabelecidas são submetidas à prova. (CLOT, 2010a, p. 238).

Na realização do método propriamente dito, Clot (2010a) chama a atenção para os os pré-requisitos da experimentação dialógica: a instalação de um “plurilinguismo” profissional que trata de uma experimentação bem longa, de uma minuciosa observação com conseqüências psicológicas indiretas, que procura “desnaturalizar” a atividade. “Em cada circunstância, redescobrimos que o sujeito no trabalho traz e transporta uma história e uma experiência que a observação exterior confunde, de forma demasiado rápida, com um conjunto de automatismos e rotinas.” (CLOT, 2010a, p. 239).

Clot (2010) descreve este processo em três fases. A primeira fase consistiria, então, individual e coletivamente, na instrução da “... redescoberta da experiência, de sua riqueza, assim como de seus limites e dilemas” (CLOT, 2010a, p. 239-240) que se dá a partir da procura daquilo que é difícil de dizer, que se constituirá como objeto de ligação no diálogo, com vistas ao seu desenvolvimento.

Na segunda fase, o pesquisador, segundo Clot (2010a), deverá levar, de preferência, os trabalhadores a se questionarem sobre o que observaram da própria atividade. Neste ponto assiste-se a comentários nos quais

[...] o sujeito desfaz e refaz os vínculos entre o que ele vê fazer, o que há a fazer, o que gostaria de fazer, o que poderia ter feito ou, ainda, o que seria a refazer.”. Ou seja, o resultado da análise não leva, em primeiro lugar, aos conhecimentos da atividade, mas, quase sempre, aos espantos em torno de acontecimentos difíceis de interpretar de acordo com os cânones do discurso convencional. (CLOT, 2010a, p. 240).

que se tornam instrumento de elaboração psíquica, primeiramente pessoal e, posteriormente, interpessoal. O pesquisador deve acompanhar essas experiências de plurilinguismo profissional, nas quais o coletivo explora os conflitos e dissonâncias da atividade. “Assiste-se, quando se consegue ‘segurar’ esse quadro dialógico, à abertura de zonas de desenvolvimento potencial da atividade.” (CLOT, 2010a p. 241).

Por fim, na terceira fase, que é o momento da restituição das análises ao coletivo, há a provocação de um movimento de confrontação dialógica sobre a atividade de trabalho, que é,

a priori, ilimitado, visto que a última palavra não pode ser dita. No entanto, este movimento interpretativo esconde alguns riscos. Ao se colocar contra previsíveis genéricos, obstáculos resultantes da mobilização da história do meio e do coletivo profissional podem surgir.

Faremos aqui um adendo em relação à organização do diálogo. Faz-se importante, mais uma vez, tratar sobre a distinção entre diálogo realizado e real do diálogo. Para Clot (2010a), a ingenuidade é um dos piores inimigos da análise dialógica. É preciso acompanhar o nomadismo do diálogo, “...: para analisar a atividade, tem de se olhar para trás; mas, re-vivida nesse momento, isso só é possível ao olhar para diante”. (CLOT, 2010a, p. 242) O que conta na análise do trabalho, realizada pelo viés da Clínica da Atividade, é que a polifonia, o plurilinguismo profissional, não sendo um fim em si mesmo, não deve resignar o coletivo às verdades do momento. Mais uma vez, “o que conta é o que ainda não se consegue dizer acerca do real da atividade: esse ‘difícil de dizer’ com o qual, talvez, fosse possível fazer algo de diferente daquilo que se faz”. (CLOT, 2010a, p. 243). É esse “difícil de dizer”, esse “difícil de representar”, que servirá de objeto de ligação, caso o pesquisador consiga manter as regras do gênero. Assim, é através da curiosidade instigada por esse “difícil de representar”, que o coletivo poderá recuar os limites da linguagem.

Esse limite é “um exterior da linguagem que não está fora dela”. (CLOT, 2010a, p. 243). Ele é justamente o real do diálogo, essa “outra coisa” que aponta para a veracidade do diálogo – e que não é a verdade dos enunciados. “Portanto, não há nenhuma possibilidade de ter acesso a ele se não se focaliza seriamente a realização das trocas em torno do que não se consegue dizer, em torno do que parece, inicialmente, impossível de dizer.” (CLOT, 2010a, p.244)

O trabalho do pesquisador consiste, também, em “provocar” sua análise. E isso a fim de preservar todas as possibilidades de desenvolvimento para o real do diálogo no interior do diálogo realizado. Assim, realizando-se, o real do diálogo se desenvolve. O diálogo realizado, ao enfrentar o real que lhe escapa, pode também projetar-se para além de si mesmo. (CLOT, 2010a, p. 244).

Contudo, o real do diálogo pode servir a outro acontecimento, não mais como recurso para o desenvolvimento, ele pode dar origem a um novo “difícil de dizer”. “Assim, o devir da atividade psíquica se faz ou não se faz, é visível ou se oculta através do movimento das palavras que o exprimem ou, pelo contrário, o oprimem.” (CLOT, 2010a, p. 244). Entretanto, não há saída, pois o futuro do diálogo será sempre decidido na relação da linguagem com seu exterior.

Diante do risco de calar a polifonia de vozes, seja por não se fazer a necessária distinção entre o real do diálogo e o diálogo realizado, seja por fetichizá-la, “..., deve –se

considerar essa diferença... não como uma antinomia da razão dialógica, mas como uma defasagem histórica na temporalidade do diálogo”. (CLOT, 2010a, p. 245).

O campo do desenvolvimento psíquico de novas ligações – o futuro do real no realizado, e inversamente, que está presente no diálogo no qual ainda não se consegue compreender -, segundo Clot (2010a), é o que baliza o dispositivo técnico da metodologia histórico-desenvolvimentista. “O pensamento ou, melhor ainda, a nova ideia caminha com as palavras, por meio das palavras, entre as palavras, para além das palavras e, às vezes, contra as palavras.” (CLOT, 2010a, p. 245-246). A ideia é, portanto, interindividual, intersubjetiva, ela está presente na comunicação dialógica entre as consciências, ela “... é um acontecimento vivo que desenvolve o real do pensamento, um novo meio para pensar”. (CLOT, 2010a, p. 246).

A partir da aprendizagem de um gênero de atividade fornecido, através de uma aparelhagem técnica e discursiva, pela Clínica da atividade, será possível para os sujeitos e/ou coletivos o desenvolvimento do pensamento. Desta forma, conseqüentemente, a Clínica da Atividade pode ser considerada um instrumento para o desenvolvimento da experiência.

O pesquisador, segundo Clot (2010a), ao encarnar as restrições e regras deste dispositivo dialógico, exerce uma função essencial, pois serve de meio de domar os diálogos e seu objeto. A apropriação de sua função pelos trabalhadores pesquisados é feita por meio da “imitação”, segundo a perspectiva Vigotskiana. Desta forma, essa situação artificial de análise dirigida poderá ser transferida para a atividade cotidiana, convertendo, assim, um gênero primário em secundário³⁷.

Neste quadro metodológico, a repetição das atividades que se dá em um novo contexto, com novos destinatários, ou seja, esta repetição sem repetição, permite a mobilização de um gênero de atividade. Este provoca uma reviravolta essencial, segundo Clot (2010a), uma experiência de transformação na qual os observadores passam a observadores de sua própria atividade e essa “...experiência vivida pode vir a ser um meio de viver outras

³⁷ Para introduzir o seu estudo sobre a natureza linguística do enunciado, BAKHTIN (2003) inicia abordando um ponto de relevância teórica, a distinção entre gêneros primários (simples) e secundários (complexos):

Durante o processo de sua formação, esses gêneros secundários absorvem e transmutam os gêneros primários (simples) de todas as espécies, que se constituíram em circunstâncias de uma comunicação verbal espontânea. Os gêneros primários, ao se tornarem componentes dos gêneros secundários, transformam-se dentro destes e adquirem uma característica particular: perdem sua relação imediata com a realidade existente e com a realidade dos enunciados alheios [...] (BAKHTIN, 2003, p. 281)

experiências”. (CLOT, 2010a, p. 247). Esta é fruto de um desenvolvimento subjetivo, simultaneamente, do consciente e do inconsciente.

Este quadro histórico-clínico permite “uma nova história às atividades ‘fixas’ por meio do desmantelamento do molde em que elas se haviam confinado”. (CLOT, 2010a, p.199). Isto se dará por meio de “uma dinâmica de discordâncias entre contextos propostos, permitindo que cada um observe sua própria atividade com os olhos da atividade de outro”. (CLOT, 2010a, p.199). Com isso, “pode-se conseguir dar um novo impulso à repetição de um funcionamento para além de sua repetição, a fim de que a atividade de cada um e do conjunto retome o seu curso, inclusive no próprio trabalho real”. (CLOT, 2010a, p.199).

Então, ao generalizar a repetição desse funcionamento, particulariza-se a sua fixação prejudicial: [...], re-singularizar-se, ou seja, tornar-se de novo o efeito de um acontecimento singular “mal vivido”, e não a causa de qualquer acontecimento a viver, liberando o espaço para deslocamentos nas maneiras de fazer e de dizer seu trabalho para cada sujeito no coletivo. (CLOT, 2010a, p. 199-200).

Não há, portanto, segundo Clot (2010a), uma relação direta e transparente com a atividade comum de trabalho. A proposta é que o método utilizado organize a controvérsia sobre os dilemas da atividade comum, de modo que se sobreponha “uma espécie de plurilinguismo profissional orquestrado contra qualquer canonização dessa atividade comum”. (CLOT, 2010a, p. 248).

Um dos objetivos metodológicos da Clínica da Atividade é “[...]desenvolver nos trabalhadores a observação de sua própria atividade”. (CLOT, 2010a, p. 249). Aqui instaura-se uma importante distinção entre a observação do agente de intervenção que visa o conhecimento e o resíduo deste ato, qual seja, a produção de atividade no observado que é o desenvolvimento da observação nestes, um dos efeitos mais desconhecidos da observação. “Observar a atividade de outro para compreendê-la é, imediatamente, transformá-la ao incentivar o ou os sujeitos em questão de uma atividade interior específica no próprio momento da atividade exterior.” (CLOT, 2010a, p.250).

Desta forma, “uma análise externa que ignore tais efeitos corre o risco, então, de esquecer que a observação produziu não só conhecimentos sobre a atividade do outro, mas também, nos sujeitos observados, atividade sobre a atividade”. (CLOT, 2010a, p. 252).

Outro ponto fundamental, com relação aos objetivos dos métodos utilizados na Clínica da Atividade, é a proposta de um novo contexto no qual o sujeito possa se tornar observador exterior de sua própria atividade. Desta forma, o vivido é revivido em uma situação transformada e, deslocado de suas condições habituais, passa de objeto à meio. “Descobre-se

que ele continua vivo, que não é somente o que havia acontecido ou o que se havia feito, mas o que não chegou a acontecer ou o que não se fez e que, eventualmente, poderia ter sido feito.” (CLOT, 2010a, p. 253).

O diálogo sobre a atividade nessa nova exterioridade diante de todos os destinatários que se apresentam – sobredestinatários ou destinatários de emergência, destinatário direto e subdestinatários, já aí possibilita ao pesquisador, - e devido a sua presença implicada em produzir certos efeitos - a coleta de resultados sobre o que um coletivo faz ou deixa de fazer da tarefa prescrita, a história coletiva da atividade, os subtendidos do ofício. Contudo, esta experimentação clínica tem ainda como resultado, desta vez em benefício dos sujeitos envolvidos, o desenvolvimento do real de sua atividade.

Posteriormente, faz-se necessário possibilitar o surgimento das controvérsias, aquele difícil de dizer que será terra fértil para o desenvolvimento do real. Em busca de um objeto-de-ligação para a resolução deste imbróglio, as fronteiras flutuantes se estenderão cada vez mais, atingindo em cheio a intimidade do trabalhador – seus diálogos internos - , agora parte integrante e responsável por um “devir-diferente” do ofício. “O conteúdo mais pessoal no diálogo acabou por se ampliar pela conflituosidade dialógica do social.” (CLOT, 2010a, p. 257).

Tendo em vista o uso dos diálogos provocados como matéria-prima para a pesquisa, para estudo do desenvolvimento do pensamento na controvérsia funcional, Clot (2010a) ainda trará algumas considerações que precisam ser observadas na análise dos dados. Dentre elas, o desenvolvimento da alternância funcional entre o discurso relatado e o discurso que relata. Na arena de luta entre as enunciações, nesta hibridação intencional do enunciado, na atividade dirigida de análise, de meio da atividade conversacional, “as palavra do outro se tornam *recurso* para o desenvolvimento do próprio pensamento.

Além disso, ao considerar as teorizações Bakhtinianas sobre o diálogo, Clot (2010a) destaca a fundamental distinção conceitual entre objeto de diálogo e objeto de discurso, visto que não há coincidência entre eles. “O debate progride se é realizado pelo discurso e, na controvérsia, reinventa-se.” (CLOT, 2010a, p. 275) Na atividade dialógica pode-se observar a alternância funcional entre eles. Além disso, nesta atividade existirão “sobras” e estas poderão ser aproveitadas numa operação dialógica posterior. “O que não é passível de intervenção em determinado momento da interação e deve ser transitoriamente subtraído, nem por isso é abolido.” (CLOT, 2010a, p. 276).

[...] os movimentos discursivos e os movimentos gestuais migram, também, um para o outro – inclusive, às vezes, até a fusão entre si – podemos fazer ideia do que está

implicado no envolvimento da ação conversacional. Ela se realiza no perímetro interlocutório em que é provocada; mas, ao proceder assim, ela transpõe suas fronteiras se o real permanecer seu horizonte. (CLOT, 2010a, p. 277).

Desta forma, não só o discurso, mas também o gesto em seus automatismos incorporados sofrerá a influência da atividade dialógica dirigida e, desta forma, poderá ser requalificado, recategorizado, rechaçado e revisto. Um ponto essencial diz respeito à função do diálogo e da interação nos movimentos dos gestos. Segundo Clot (2010a), a memória do gesto engendrada na ação dialógica conjunta “... pode tornar-se disponível para todos com a condição de prosseguir o seu caminho nos diálogos profissionais no âmago dos quais ela começa a encontrar uma segunda vida”. (CLOT, 2010a, p. 266).

É para fazer funcionar um coletivo de trabalho mais engrandecido e menos prisioneiro de verdades engessadas que os métodos servem na Clínica da Atividade. Tendo em vista que a última palavra nunca será dita, portanto, havendo sempre novas possibilidades de se pensar, dizer e fazer algo, que se busca liberar a atividade comum de “...tudo o que é convencional, necrosado, amaneirado, amorfo, de tudo que freia a sua própria evolução”. (CLOT, 2010a, p. 258).

4.3 CONFLUÊNCIA: O ENCONTRO DA CLÍNICA DA ATIVIDADE COM A PNH

A fim de produzir subsídios para a construção de novas disposições no âmbito da saúde do trabalhador e da Clínica da Atividade, ao redefinir a atividade de trabalho como trama complexa de conexões de vida, Tedesco e Pinheiro (2016) nos fornecem possíveis nexos entre o objetivo de um novo modo de subjetivação no campo do cuidado em saúde e a direção ético-metodológica proposta pela Clínica da Atividade.

Com a Clínica da Atividade, Clot inaugura uma novidade: “..., pensar uma zona de indiscernibilidade entre os estudos da subjetividade e da atividade” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 2). Esta postura se diferencia das adotadas pelas demais Ciências do Trabalho - seja nas linhas experimentais ou nas vertentes clínicas - que tendem a separar estes dois domínios. Para Clot, não há oposição metodológica entre a observação e a escuta.

Com isso, ferramentas de ação são forjadas para atender a uma nova forma de lidar com o saber que, não mais atributo exclusivo de experts, se amplia e passa a ser compartilhado. Assim, o trabalhador é tomado como ativo nesse processo de análise da atividade. Afirma-se, portanto, que há uma inseparabilidade entre o fazer e o conhecer, sendo

a forma de compartilhamento deste saber dada por intermédio do diálogo, dispositivo clínico principal da Clínica da Atividade.

Para um melhor entendimento da articulação feita por Clot entre a subjetividade e a atividade, entre o saber e o fazer, Tedesco e Pinheiro (2016) se debruçam sobre o conceito de dialogismo Bakhtiniano numa aproximação deste com as concepções de gênero e estilo e da ideia de multiplicidade polifônica.

Com a noção de dialogismo, Bakhtin se distancia das concepções psicológicas e subjetivistas e das teorias empiristas. Nem o sujeito como agente de enunciação, nem trocas homogêneas entre indivíduos, Bakhtin vem afirmar o caráter primordial do social.

[...] todo discurso está povoado dos dizeres de outrem e se caracteriza pela heterogeneidade presente entre eles. A subjetividade apropria-se desta diversidade e cria perspectivas e acentos próprios num processo de grande complexidade. Dessa maneira, pode-se dizer que, para Bakhtin (2003) importa a maneira pela qual as vozes dos outros se misturam à voz explicitada em cada enunciação. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 5).

Para Bakhtin importa o dizer coletivo, a polifonia das vozes. Desta forma,

O diálogo não busca o consenso, a conciliação, a totalização, o mesmo, mas se funda na divergência, na multiplicidade de vozes e sons (polifonia). Trata-se da dialogia de uma diferença que, por sua constituição, está impossibilitada de ser indiferente ao processo de diferir. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 6).

Nesta nova linguística, a translinguística, importa o fenômeno social da interação verbal. O social aqui é tomado não como busca de organização, denominadores comuns ou normalizações, mas como aquilo que suporta o dissenso. Para pensar a transversalidade implicada nessas relações dialógicas, os autores buscam parceria com Deleuze e Guattari, que, ao falarem sobre a dimensão coletiva da linguagem, possibilitaram a conciliação dos dizeres/fazerem sem perder de vista a indeterminação plural inerente a essa relação. O conceito de gêneros do discurso é o que dará suporte a esta concepção de diálogo social.

O conceito de gêneros do discurso tomado em sua potencialidade criativa e criadora, caracterizado pela estabilidade/regularidade e, concomitantemente, pela irregularidade, tem a potencialidade de produzir multiplicidades, conexões discursivas heterogênicas; o que se efetiva nas divergências que surgem no encontro de díspares. “Trata-se da relação entre componentes cuja diferença irreduzível tem como efeito desconfigurar os gêneros através da presença de enunciações em que as significações usuais desaparecem para dar lugar a sentidos inéditos.” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 9).

É justamente o caráter polifônico da atividade dialógica – conexão e resistência à tendência unificadora completa – que fornece as condições para o exercício criador da linguagem.

Ao transpor este conceito para o ambiente laboral, Clot propõe um novo modo de análise da atividade profissional. Com o conceito de gênero da atividade

A Clínica da Atividade, [...], desmonta a postura representacionista, opta pela perspectiva pragmática da linguagem e produz um deslocamento na função da palavra. Ela deixa de ser trabalhada como mero instrumento de tradução do mundo para ser ativada em sua potência de intervenção sobre a realidade e, em especial, sobre a subjetividade. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 10).

Desta forma, a palavra não é feita simplesmente para escutar o vivido, ela é feita para agir sobre ele.

Diríamos, apoiados na inseparabilidade língua/trabalho inaugurada por Clot (2006), que um gênero profissional, da mesma maneira que um gênero linguístico, conforma também um campo de potencialidades que contribuem com elementos para ação, ou seja, fornecem tom e cadências possíveis a serem retrabalhados de modo singular a cada momento. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 10).

Considerando o gênero da atividade como um sistema aberto, variável,

[...] destaca-se a importância da ação de estratégias que garantam sua vitalidade, sua capacidade de reinvenção operada pela ativação de seu domínio de multiplicidade - conjunto de fragmentos em variação contínua que, a todo tempo, se conectam e se reconectam na construção de séries de ações ainda não experimentadas. Seu acesso rompe o curso esperado da atividade. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 12).

Quando a atividade se encontra referida a um gênero profissional forte, sua direção segue a ampliação das condições de trabalho. Seu uso na experiência será constantemente arejado pelo choque entre as variações que nele se inscrevem, expandindo o poder de ação do coletivo de trabalhadores. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 12).

O gênero forte convoca a reconfiguração das “regras”, exige estilizações, isto é, estratégias ativas e singulares de agir sobre o gênero. Para as autoras, o que interessa são os processos que rompem com as ações de costume promovendo infinitos micro movimentos capazes de produzir novos modos de agir.

O estilo, por sua vez, denuncia as zonas de variação dos gêneros. Com sua potência de produção do novo, ele possibilita a mobilização de modos únicos de ação. Resultante da multiplicidade discursiva, “[...] se define pelos modos especiais de inventar novos nexos” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 16).

É essa bizarra característica de reunir o mesmo e o diverso – repetição e diferença –, é essa variação que retorna em sua potência infinita que nos interessa na construção de novos modos de trabalhar e, principalmente, na invenção de novos modos de ser trabalhador. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 17).

A subversão da “ideologia da identidade”, segundo Tedesco e Pinheiro (2016), foi uma das principais contribuições do dialogismo Bakhtiniano à Clínica da Atividade. Longe das concepções tradicionais de identidade – homogeneidade e invariância -, Bakhtin vai tomar, a partir do domínio dos gêneros, o conceito em sua dimensão plural.

Diante do risco de fazer uso da noção de identidade como algo dado, como essência, a solução encontrada pelos autores foi suportar a sua variação e uma certa constância, considerando um mínimo “eu”, a partir do conceito de estilo. Sendo assim, sobre a concepção Bakhtiniana de identidade “[...] interessa entendê-la como resultante de processos coletivos, ou seja, como efeito e não como origem dos diálogos”. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p.18). O estilo, então, dá o tom dessa assinatura plural e a subjetividade sob o seu prisma se configura como um mínimo “eu”.

Assim, considerando os traços de multiplicidade na conjugação entre estilo e subjetividade, o processo estilístico ou estilo-subjetividade instaura-se como uma quase-forma.

O interesse maior em pensar a natureza mista destes processos é preservar a potência de variação dos modos de subjetivação realizados na relação com o trabalho. Face a gêneros de atividade cristalizados, nos quais as tarefas se mostram imperiosas, as intervenções da Clínica da Atividade preservam as funções de revisitar os gêneros, através das suas técnicas dialógicas, e a um só tempo aticar as duas faces de um mesmo movimento pelo qual tanto ampliam-se os gêneros de atividades quanto exercitam o estilo-subjetividade do trabalhador. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 20).

Para os autores, Clot, ao destacar a atividade de trabalho da simples realização de tarefas, introduz, no âmbito das ciências do trabalho, processos de produção de subjetividade. Desta forma, para estes, as ferramentas e princípios éticos da Clínica da Atividade funcionariam como disparadores para a reinvenção da psicologia do trabalho no séc XX.

Ao estabelecer novas relações entre os conceitos de subjetividade e atividade a partir da lógica dialógica Bakhtiniana, Clot pensa a subjetividade como relação entre atividades. Com isso, ele inclui os jogos de atividade nos processos de produção de subjetividade. “As práticas de intervenção sobre a saúde do trabalhador vão atuar nas relações de mútua dependência entre atividade e subjetividade para destacar a potência inventiva aí presente como direção ética.” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 20).

Assim, ao operar com os conceitos de estilo-subjetividade

[...] ou seja, com as relações de reciprocidade entre o dizer/fazer e coletivo laboral, efetivado na força plural dos entrecruzamentos de discursos. Tal modalidade de intervenção incita os trabalhadores a (re)criarem suas relações na atividade profissional, face às situações inusitadas que, a todo tempo, se inscreve no curso da atividade. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 21).

Tomando como base clínica a polifonia de vozes, a Clínica da atividade busca promover situações empíricas com vistas ao confronto discursivo. Desta forma, “faz reverberar as diferenças presentes às enunciações por todo o processo”. (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 21) Assim como para os autores, em consonância com o objetivo de produção de uma nova subjetividade da PNH, nos é fornecido “novas alianças do trabalhador com os mundos do trabalho, elegendo como direção ética a reativação do compromisso da subjetividade com sua competência inventiva [...]” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 22).

As pesquisas clínicas, nessa perspectiva, têm como foco da análise a atividade produtiva e toma a dimensão da subjetividade “..., como matéria-prima de toda produção. Trata-se de colocar a subjetividade sob o signo da exterioridade na medida em que é forjada como relação entre atividades, de modo que pensar a atividade é já pensar a subjetividade.” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 3).

Por subjetividades, entendemos os modos de pensar, agir e sentir que são tanto pessoais quanto coletivos; são historicamente produzidos e nos atravessam, num entrecruzamento sempre singular. Nessa concepção, não há dicotomia entre individual e grupal, ou individual e coletivo: os valores coletivos atravessam cada um de nós em configurações singulares e jamais congeladas em formas acabadas. Na Clínica da Atividade, subjetividade e atividade são ambas matérias primas e produtos em um mesmo processo. Dado que os recursos coletivos para a ação, historicamente produzidos como recursos de ofício e de gênero de atividade profissional, nunca são “completos” ou “prontos”, devendo ser reinventados na situação, os processos de singularização desses recursos se dão permanentemente. (SILVA, 2015, p. 35).

4.4 O RE-CONHECIMENTO DE UMA TRILHA: A ANÁLISE INSTITUCIONAL.

Primeiramente, se faz necessário situar a escolha teórico-metodológica pela Análise Institucional. Para isso, uma análise da implicação coloca-se como fundamental. Em toda a formação desta aprendiz de pesquisadora esta foi uma escolha não só teórica que iria atravessar a sua prática, mas também política. Ao falar em *implicação*, busco enfatizar uma posição política obrigatória, visto que implicado sempre se está. Sendo assim, não é possível empreender uma análise sem considerar o seu aspecto político, tanto ao nível do objeto pesquisado quanto ao nível do sujeito que o pesquisa.

Tomando em um extremo a sociologia e, noutro, a psicanálise, a Análise Institucional inaugura, segundo Lourau (1993), um novo campo de coerência dentro das práticas de pesquisa. Seguindo uma lógica dialética e tomando as contradições como objeto de trabalho, “tenta analisar, em permanência, as suas próprias contradições, visto que só funciona dentro dessas (exatamente como qualquer ciência)”. (LOURAU, 1993, p.10).

Considerando que este novo campo de coerência toma a categoria da contradição como ponto de apoio, Lourau (1993) expõe alguns níveis de contradição da própria Análise Institucional cruciais para a sua compreensão geral. É importante observar que ao abordar estes níveis de contradição o autor expõe conceitos fundamentais da AI.

O primeiro nível de contradição se dá na articulação entre a multireferencialidade proposta pela AI e a coerência. Para construir o seu campo a AI faz uso de múltiplas técnicas e conceitos.

O segundo nível de contradição é a teoria da Instituição. A AI propõe a análise das instituições tomada não como vem sendo tratada pelas diversos campos do conhecimento, como uma coisa observável, mas como algo que está em perpétuo movimento "... dinâmica contraditória construindo-se na (e em) história, ou tempo". (LOURAU, 1993, p.11) Os movimentos instituídos e instituintes³⁸ dão o tom da contradição presente dentro das instituições.

Os movimentos instituídos e instituintes comportam ainda outras contradições que, se apartando de uma visão maniqueísta, têm como resultado a institucionalização. Esta "... é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução³⁹". (LOURAU, 1993, P.12) É importante enfatizar que estas últimas, de fundamental importância para a manutenção do seu dinamismo, estão sempre presente nas instituições.

O caráter político se coloca como mais um nível de contradição da AI e disto ela se orgulha. Este caráter tem, segundo Lorau (1993), como força motriz, o conceito – dos mais contraditórios - de autogestão⁴⁰. Segundo Lourau (1993), até o momento, " a autogestão que existe, a que tem podido existir, acontece dentro de uma contradição total, já que a vida cotidiana, [...], se passa no terreno da heterogestão". (LOURAU, 1993, p.14).

A noção de implicação, por fim, se impõe como contradição essencial. "Sabe-se, hoje, que o cientista confere à ciência os seus próprios valores, independente da posição ideológica que possui (seja esquerda, direita ou centro). Logo, a neutralidade axiológica, a decantada "objetividade", não existe." (LOURAU, 1993, p.16) Sendo assim, Lourau (1993) destaca a

³⁸Segundo Baremlitt (1992), os movimentos instituintes são momentos de transformação institucional que tendem a transformar ou fundá-las.O instituído, por sua vez, é o resultado/efeito da atividade instituinte.

³⁹ Baremlitt (1992) esclarece que se trata da natureza transitória e mortal de um dispositivo instituinte ou de um grupo sujeito. Esta é uma precondição para o bom funcionamento destes. Sendo assim, a perpetuação destes dispositivos e grupos não deve ser tomada como uma finalidade em si mesma.

⁴⁰ Segundo Baremlitt (1992) é, ao mesmo tempo, o processo e o resultado da organização independente que os coletivos se dão para gerenciar sua vida.

importância, para o trabalho científico, da análise da implicação do pesquisador em situação de pesquisa.

O conceito de *implicação* tomado da Análise Institucional fala de um processo não apenas “[...] psíquico, nem inconsciente, mas um processo de materialidade múltipla, complexa e sobredeterminada, um processo econômico, político, psíquico etc., heterogêneo por natureza, que deve ser analisado em todas as suas dimensões”. (BAREMBLITT, 1992, p. 73).

Desta forma, o entendimento é que a ciência se coloca como instrumento de poder político.

[...] as implicações políticas e libidinais e, é claro, materiais (financeiras) são uma realidade no ato científico. Isto não é nenhuma abstração inventada pela Análise Institucional. Penso que tais implicações sempre fazem parte do processo de pesquisa, conforme o conhecemos, por mais difícil que seja analisá-las. (LOURAU, 1993, p. 17).

Sendo assim, concluímos com Lourau que a Análise Institucional “considera muito importante, para a construção de um novo campo de coerência, uma relação efetiva, e nítida, com a libido e com os sentimentos em geral”. (LOURAU, 1993, p.19).

Com isso, entendendo que a *implicação* está presente em qualquer atividade que se realiza, neste sistema de lugares, o lugar que ocupo é o de recusa da neutralidade do pesquisador. Esta proposta de *pesquisa-intervenção* considera que os objetos são datados e não naturais; e que o sujeito e o objeto do conhecimento constituem-se ao mesmo tempo.

[...] o implicar-se do intelectual-pesquisador não se refere apenas à politização de demandas e encargos,..., mas exige que nos instalemos nessas condições, num engendramento sempre presente, e façamos da própria investigação-formação matéria de intervenção.” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 657).

A postura do pesquisador é, portanto, uma postura política e transformadora, porque entende que as práticas, inclusive as de pesquisa, produzem objetos e também produzem subjetividades. Desta forma, o que há é uma indissociabilidade entre a gênese teórica e a gênese social.

Falamos de uma lógica parcial e processual que questiona a própria ação. Nela ambas são práticas: teoria e prática. A proposta é de revezamento entre teorias e práticas, entendendo o caráter restrito e fragmentário desta relação. O que nos interessa não são resultados, mas movimentos, processos de objetivação/subjetivação. Distanciando-nos da *vontade de verdade*, do lugar da representação, encontramos o lugar implicado da ação/intervenção.

AI: O CONCEITO/TÉCNICA RESTITUIÇÃO E A TÉCNICA DIÁRIO DE PESQUISA

“Penso ser isso o que podem fazer os intelectuais: interessar-se apaixonadamente pela contradição, ao invés de "levar ao povo" a verdade universal.” (LOURAU, 1993, p.92).

Ao tomar a Análise Institucional como um dos referenciais teórico-metodológicos para a produção desta pesquisa, fez-se necessário a escolha de uma técnica que contemplasse dois pontos fundamentais para práticas de pesquisa neste campo, o processo e o político. Para tanto, o diário de pesquisa foi a técnica escolhida.

Para falar da técnica Diário de Pesquisa, segundo Lourau (1993), se faz necessário tratar de um conceito operatório fundamental para a Análise Institucional, a restituição. Abordaremos esse conceito a partir das considerações de Lourau em “Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.”

Em ciências humanas e sociais o uso desta técnica é relativamente recente. A restituição fez parte de uma importante revolução epistemológica no que tange as pesquisas de campo, ao trazer à cena o político presente no ato científico.

Fora da área inicial⁴¹, esta técnica passa, então, a ser proposta em alguns métodos de pesquisa que supõem um mínimo de coparticipação e cogestão entre “objeto” e pesquisador, como as pesquisas ação e participante. Esta se coloca como o ponto de intercessão entre a socioanálise e estes métodos de pesquisa. Faz-se importante ressaltar que, em Análise Institucional, “a restituição, qual os demais conceitos socioanalíticos, possui uma implicação diretamente política”. (LOURAU, 1993, p.63).

A restituição, enquanto conceito socioanalítico, supõe que se deva, e se possa, falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra. Essas coisas seriam as comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal. De fato, para nós, tais "coisas" são aquela "fala" institucional que não pode ser "ouvida" de forma pública. (LOURAU, 1993, p. 53).

Apesar de parecer um trabalho simples, a restituição requer cuidados, pois envolve alguns riscos⁴². Dentre eles, devemos nos atentar para o fato de não se tratar de uma mera denúncia recriminatória. Sendo assim, é importante que haja precaução no manejo desta técnica. Uma das formas mais efetivas de combater estes riscos é a aplicação desta pelo pesquisador em si mesmo. Além disso, o material restituído, em relação ao pesquisador, deve

⁴¹ Segundo Lourau (1993), o uso da restituição como técnica se iniciou devido ao processo de descolonização e passa a ser aplicada, necessariamente, à etnologia colonialista ou neocolonialista.

⁴² Entre estes: “a mera indiscrição, a acusação revanchista, as denúncias impotetizantes, as alianças espúrias e, até, irrefletidas.” (LOURAU, 1993, p. 52)

ter “[...] relação com a análise de suas próprias implicações, obviamente, na situação de intervenção”. (LOURAU, 1993, p. 57).

A restituição implica o respeito às regras, ontológica e técnica. Em relação à primeira, como já abordado anteriormente, devemos respeitar a regra da discricção. Quanto à técnica, devemos cuidar da escolha do momento oportuno para realizar a restituição.

Outro ponto fundamental sobre a restituição é que esta não se trata simplesmente de informação, pois o conteúdo a ser restituído independe da sua importância. Sendo assim, o seu conteúdo pode ser, inclusive, banal. Os sonhos, por exemplo, fornecem excelente material a ser restituído. No entanto, este material deve sempre estar relacionado à intervenção. Trata-se, portanto, de “enunciar ‘coisas’, e não denunciar outrem”. (LOURAU, 1993, p. 52).

Considerando a possibilidade de restituições com caráter de “exploração fantasiada”⁴³, é fundamental que sejam realizadas restituições concretas. Sendo estas “[...]restituição pessoal, implicada e posta, dentro da pesquisa, como um procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir)”. (LOURAU, 1993, p. 55) Esta, portanto, não deve ser considerada como “[...]um ato caridoso, gentil[...]” (LOURAU, 1993, p. 56), mas como uma “[...]uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados” (LOURAU, 1993, p. 56).

Considerando que a restituição permite que os participantes de uma pesquisa possam tomar parte do status de pesquisador, tornando-se uma espécie de pesquisador-coletivo, tomaremos a restituição como importante conceito-ferramenta capaz de promover autogestão através da socialização da pesquisa e, quiçá, das formas de produção de conhecimento em ciências humanas e sociais.

A autogestão[...]; é uma construção política permanente, que se apoia, principalmente, sobre a restituição. A restituição também não significa confissão privada ou pública, como em seitas religiosas, mas consiste em se centrar numa tarefa - a de análise coletiva da situação presente, no presente em função das diversas implicações de cada um com e na situação. É um dispositivo relativamente aberto, mas não tão aberto quanto uma casa vazia com janelas quebradas e sem teto. (LOURAU, 1993, p. 64).

⁴³ “ Isto é, população estudada é tratada como "serviçal doméstico", muitas vezes, efetivamente ‘servindo’ ao sociólogo; comumente negligenciada, em função da pesquisa, não obtém uma restituição verdadeira, concreta e objetiva de seus resultados - sequer sabe que pode exigir essa restituição.” (LOURAU, 1993, p. 55).

- DIÁRIO DE PESQUISA

Seguiremos ainda pelos caminhos desenhados por Lourau (1993) em “Práticas de Pesquisa em Análise Institucional”, agora para tratar diretamente sobre a técnica Diário de Campo ou, como designado por ele, o “fora texto”.

Sem desqualificar o texto ou redação “oficial”, como trata o autor, pois o reconhece como critério para legitimação tanto da pesquisa quanto do pesquisador, este traz a cena o “fora texto” para dar o seu devido valor, o político. O texto oficial, que não é de forma alguma acessório, somado ao diário de campo, vem trazer todo o aspecto processual implicado no trabalho de pesquisa.

A introdução desta técnica foi cara para algumas metodologias de pesquisas em ciências sociais e humanas. O diário de campo, embora muitas vezes publicado por cientistas, inclusive de renome, não eram aceitos pela comunidade científica e eram tomados como algo que tinha como fim violar a neutralidade da pesquisa e do pesquisador. É no contexto histórico-político do processo de descolonização que este viés da pesquisa passa a ter visibilidade científica.

Não é sem propósito que a escrita clandestina foi suprimida do corpo da pesquisa. Ela traía os segredos embutidos no processo de pesquisar como, por exemplo, as implicações do pesquisador. Era preciso preservar a imagem isenta, não contraditória, do pesquisador. Além disso, era preciso proteger a ciência da possibilidade de análises desnaturalizadoras e, assim, preservar também a sua lógica identitária. O “fora texto”, por sua vez, atinge o dispositivo em cheio e faz emergir os jogos de poder contingentes ao ato de pesquisar. Estão agora desvelados a intimidade, o racismo, o erotismo, enfim, os fatores libidinais envolvidos na produção da pesquisa científica.

O "hors-textuel" apresenta algumas características importantes quando se leva em consideração o ato processual de pesquisar. A primeira delas diz respeito a produção de conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa que está para além da produção de resultados ou da produção do texto institucional. Ao romper com o imaginário de um produção científica asséptica, possibilita o conhecimento sobre “como” se dá esta prática. Além de dar visibilidade a subjetividade do pesquisador, “Mostra, entre outras coisas, a contradição entre a temporalidade da produção pessoal e a institucional, ou burocrática”. (LOURAU, 1993, p. 78).

O ato de realizar a restituição da pesquisa de campo tal qual as pesquisas experimentais, ou seja, uma descrição minuciosa e detalhada do que acontece em campo é

outra característica importante desta técnica. Além disso, promove um movimento reflexivo, especular, que é próprio da escrita. Com isso, o exercício cotidiano de escrever sobre o cotidiano nos auxilia, ainda, “[...] a desnaturalizar as construções científicas, em especial a - já mitológica – NEUTRALIDADE”. (LOURAU, 1993, p. 79). No entanto, é importante ressaltar que nem por isso a autocensura deixa de ser exercida na produção do “fora texto”.

Com Lourau, a aposta é a de que

Talvez o diário (e outros dispositivos inventados ou a inventar) possa auxiliar a produzir outro tipo de intelectual: [...] o IMPLICADO (cujo projeto político inclui transformar a si e a seu lugar social, a partir de estratégias de coletivização das experiências e análises). (LOURAU, 1993, p. 85).

Além disso, na articulação e uso desta ferramenta em análise do trabalho, pelo viés da Clínica da Atividade:

O diário de campo funciona como instrumento que permite ao pesquisador se desvencilhar momentaneamente do impedimento provocado pela convocação a tarefas diferentes que interferem umas nas outras. Nesse diálogo consigo mesmo, feito por intermédio do diário de campo, o plano da análise e o da intervenção se alternam em graus de intensidade, evitando que a intensificação de um se faça impedimento ao outro. (SILVA, 2015, p. 42).

5. NO CAMPO

5.1 SITUANDO-SE EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE PESQUISA

A pesquisa de campo, terceira etapa desta investigação⁴⁴, se dividiu entre as fases de Observação Direta com construção de um Diário de Campo e Rodas de Conversa. A primeira vem sendo realizada dentro de um cronograma (APÊNDICE B) produzido a partir da aprovação do projeto pelo CEP/UFF⁴⁵ (ANEXO H). Contudo, com relação a esta fase, há uma particularidade que precisa ser colocada: houve a inserção de uma bolsista de iniciação científica no decorrer do trabalho e esta foi inserida no campo por um período circunscrito definido em um cronograma (APÊNDICE C), o que foi fundamental para a complementação do estudo, tendo em vista as implicações envolvidas no lugar que a pesquisadora responsável ocupa como trabalhadora-formadora-pesquisadora.

O período dedicado à Observação Direta com construção do Diário de Campo permitiu revelar tensionamentos, muitas vezes implícitos, dos conflitos que se dão entre forças instituintes e instituídas. Este amplo arcabouço de material cultivado e colhido também orientou o trabalho de revisão bibliográfica e, nas Rodas de Conversa, as intervenções candidatas a analisadores⁴⁶, assim como a análise das implicações da pesquisadora.

Após encontro realizado com a chefia e com as staffs da seção de psicologia para apresentar os pormenores da pesquisa, foi feito convite aos seus potenciais participantes para a reunião de apresentação da mesma. Nesta foram abordados os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, de acordo com o prescrito na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Com o aceite para a participação na pesquisa, formalizado com a assinatura do TCLE (ANEXO I) e da Declaração de Autorização de Uso de Imagem e Áudio (ANEXO J), foram agendadas as primeiras Rodas de Conversa.

O TCLE e a Declaração de Autorização do Uso de Imagem e Áudio foram entregues (09/05/2017) aos participantes para assinatura em duas vias - assinadas pelo pesquisador e

⁴⁴ Faço referência aqui ao projeto enviado para o CEP/UFF. A primeira etapa diz respeito a revisão bibliográfica e, a segunda, a pesquisa documental.

⁴⁵ O projeto foi aprovado pelo CEP/UFF no dia 26/12/2016 através do parecer consubstanciado: 1.901.559

⁴⁶ Os analisadores podem ser espontâneos/naturais ou artificiais/construídos. No caso da pesquisa em questão trata-se do segundo tipo. Os analisadores artificiais ou construídos “... são dispositivos inventados e implantados... para propiciar a explicitação dos conflitos e sua resolução. Pra tal fim pode-se valer de qualquer recurso (procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, científicos etc.), qualquer montagem que ponha de manifesto o jogo de Forças, os desejos, interesses e fantasmas dos seguimentos organizacionais.” (BAREMBLITT, 1992, p. 152).

pelo participante - no momento da apresentação da pesquisa. Contudo, algumas apresentações foram individuais e alguns participantes os entregaram em datas posteriores.

A pesquisa, desde o seu projeto, foi apresentada para o conjunto de trabalhadores do hospital do INI. Esta apresentação se deu em momentos diferentes e foi feita diretamente com cada serviço (medicina, nutrição, enfermagem, fisioterapia, serviço social e psicologia), para a Direção, Vice-direção de Serviços Clínicos⁴⁷ e Vice-Direção de Pesquisa.

É importante ressaltar que a próxima etapa, Rodas de Conversa, já deu início a seguinte, de restituição.

A escolha do Método da Roda está pautada no objetivo de criar um dispositivo que pudesse funcionar de forma a ampliar a capacidade de direção dos participantes da pesquisa, de “construir uma nova dialética entre autonomia e controle social...” (CAMPOS, 2000, p.142). Este método tem sido amplamente utilizado no SUS para a construção de arranjos que buscam uma gestão mais participativa dos coletivos envolvidos no cuidado. “Espaços Coletivos funcionando como arranjos que facilitassem o desenvolvimento integral das pessoas, usando-se o próprio trabalho e o exercício cotidiano do poder como escola: fator Paidéia”. (CAMPOS, 2000, p. 149).

As Rodas de Conversa foram realizadas no INI com 12⁴⁸ profissionais de saúde⁴⁹ que estão em processo de formação. Dentre eles, 11 alunos do curso de Especialização em Psicologia Hospitalar na Área de Infectologia e um estagiário⁵⁰. Os encontros se deram em três tempos que dividiremos entre: Aquecimento; Registro e Análise da Atividade; e Restituição.

⁴⁷ Responsável pela assistência do hospital do INI.

⁴⁸ Devido à própria lógica de funcionamento institucional, o número de participante sofria uma leve variação durante e entre os encontros, mas, no geral, 11 estavam presentes nas Rodas.

⁴⁹ Ao designar os participantes da pesquisa como profissionais de saúde, não estou levando em consideração as formalidades que envolvem a profissionalização. Considero, sim, que estes estão atuando na assistência, embora sob supervisão, como os demais profissionais. Além disso, a pesquisa extrapola a atuação de seus participantes porque busca englobar todos, formados ou não, envolvidos no cuidado no hospital do INI.

⁵⁰ A escolha dos participantes da pesquisa sofreu alteração desde o projeto apresentado para o CEP/UFF devido a questões de viabilidade técnica para realização e conclusão da pesquisa e de ordem teórico-metodológica. Inicialmente pretendia-se realizar a pesquisa com todos os profissionais de saúde em formação, que prestavam assistência no hospital do INI. O desenvolvimento de um trabalho com tal coletivo na instituição pesquisada demandaria organização e disponibilidade de uma gama de categorias profissionais que inviabilizaria a feita do trabalho proposto. Somando-se a isso, a Clínica da Atividade propõe como método a análise de uma atividade e, à época, praticamente inexistiam atividades que pudessem se dizer compartilhadas por todos. Tendo sido analisado no NUTRAS que não haveria prejuízo para a pesquisa, tendo em vista que o aspecto multiprofissional poderia ser contemplado também por uma única categoria profissional, optamos por tomar como participantes os alunos de Especialização em Psicologia Hospitalar na Área de Infectologia, o que demandaria um “plus” na Análise da Implicação, visto o meu envolvimento direto com esta formação específica.

No primeiro tempo foi realizada a apresentação dos participantes e dos pesquisadores. Posteriormente, duas perguntas foram colocadas para debate no grupo: Como se dá a produção de saúde no hospital do INI? Como tem se dado a formação neste campo (produção de subjetividade)?⁵¹. Finalizamos este primeiro encontro com a escolha, através de votação, da atividade a ser analisada e a forma de registro.

Participaram da realização das Rodas de Conversa 3 pesquisadoras do NUTRAS: uma doutoranda⁵² que ocupou a função⁵³ de coordenação das Rodas, e, na função de observação, a pesquisadora responsável⁵⁴ (mestranda) e uma bolsista de iniciação científica.

Entre os participantes da pesquisa 3 tiveram experiência anterior no SUS, 3 passaram por experiências no SUS - especificamente na rede hospitalar - e 5 estão vivenciando a sua primeira experiência no SUS. Os participantes que se encontram na pós graduação se dividem em 2 grupos: turma nova (2016/2017) e turma antiga (2017/2018). Os primeiros estão iniciando a formação (março/2017), enquanto os segundos a estão finalizando (junho/2017). O estagiário se encontrava em seu segundo ano de estágio (março/2017), não obrigatório e remunerado, no INI/FIOCRUZ.

Diante da primeira questão colocada, os participantes falaram sobre:

- A única atividade que consideram produtora de saúde⁵⁵ no hospital do INI, Discussão Multiprofissional de Casos Clínicos da Internação, e os efeitos desta na mudança do cuidado tendo em vista a visibilidade das ações através dela;
- A lógica da produtividade;
- A produção de saúde fragmentada;
- A predominância do saber médico e da doença;
- A ausência/falha na comunicação; e
- Os afetos no processo de cuidado.

A segunda questão suscitou temas como:

- A dificuldade na comunicação;
- Os desafios da formação;

⁵¹ As perguntas colocadas, embora tenham um forte caráter teórico, foram escolhidas tendo em vista o conhecimento da pesquisadora sobre a formação destes, da qual faz parte, assim como em observância ao que já vinha sendo trazido pelos mesmos durante a observação direta.

⁵² Ariadna Patrícis Estevez Alvarez.

⁵³ Essas funções não eram estanques. Foram estabelecidas tendo em vista a necessidade de uma organização mínima para a condução do trabalho, mas os papéis circulavam.

⁵⁴ A pesquisadora, que em um primeiro momento ficaria na função de coordenadora, após análise do pequeno grupo formado para a realização desta atividade, passou à observadora devido às implicações do lugar que ocupava – formadora-trabalhadora- pesquisadora – diante os participantes.

⁵⁵ As falas dos participantes demonstram que estes entendem a produção de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (OMS, 2016).

- As transformações no processo de formação;
- Os Afetos;
- As divergências no processo de formação.

Ao final deste encontro, o grupo escolheu como atividade a ser realizada, através de votação em dois turnos⁵⁶, com maioria considerável, a discussão de Casos Clínicos na Psicologia. Como forma de registro desta atividade, por unanimidade, foi escolhida a dramatização. O grupo ainda decidiu que seriam realizadas duas dramatizações: uma pela turma nova (alunos da Especialização) e outra pela antiga (alunos da Especialização e estagiário).

Iniciamos a segunda Roda de Conversa tratando sobre a escolha da atividade a ser analisada. Em seguida, considerando a coesão e o clima grupal para a execução da tarefa, não sendo necessário outros meios de aquecimento, a dramatização foi realizada somente pela turma antiga⁵⁷. A turma nova preferiu contribuir somente na análise da atividade.

Em relação à análise da atividade escolhida pelo coletivo, a discussão girou em torno:

- Da falta ou desconhecimento dos objetivos da atividade;
- Dos efeitos da atividade sobre a saúde;
- Da importância da implicação dos participantes na condução desta;
- Dos problemas na comunicação; e
- Da forte hierarquização.

Ao final deste segundo tempo, pedimos aos participantes que escrevessem sobre a impressão que tiveram em relação à atividade de pesquisa realizada e, ainda, sobre o que acreditam que, na atividade escolhida para análise, funcionava ou não funcionava e o que gostariam que ela fizesse funcionar. Além de buscar uma devolução sobre a participação na pesquisa com o objetivo de produzir mais uma análise, agora sobre o que se havia discutido coletivamente, ao propor a produção desta síntese sobre os temas abordados, os conflitos e

⁵⁶ 1º turno: 4 votos para Discussão Multiprofissional de Casos Clínicos na Internação e 4 votos para Discussão de Casos Clínicos na Psicologia. 2º turno: 8 para a segunda atividade e 4 para a primeira.

⁵⁷ A turma antiga, devido ao longo tempo de convivência do grupo, da forte ligação perceptível entre eles - muito provavelmente em função das próprias vivências no processo de formação - e, ainda de um de seus membros estarem ligados as artes, demonstraram estar muito à vontade para a realização da dramatização. A turma nova, embora iniciante, já também apresentava uma forte ligação entre os seus membros. Além disso, a atividade escolhida pelo grupo causava grande inquietação em todos - o que pôde ser percebido ao longo das Rodas e já vinha sendo através da observação direta -. Isto inclusive gerou muita comoção, em especial, no momento da escolha da forma de registro. O estagiário se colocou no entre e, sem deixar de se colocar, assumiu uma postura mais comedida. O que no decorrer do trabalho aconteceu também com a turma nova - possivelmente por se dar conta do tempo que ainda tinham de permanência na instituição e da relação que a pesquisadora tinha com eles. Este fato foi abordado pelos participantes (turma nova) no momento da restituição.

controvérsias trazidas, acreditamos que se abria mais uma possibilidade para o desenvolvimento.

A análise desses escritos trouxe, mais uma vez, em sua maior parte, questões ligadas ao que eles consideraram problemas na comunicação. Este tema, quase sempre atrelado a um funcionamento baseado em rígidas hierarquias de saber/poder⁵⁸, durante todo o processo que envolveu a pesquisa de campo – observação direta e Rodas de Conversa - aparece como o que mais tem afetado o coletivo (alunos e trabalhadores). Nos escritos estes aparecem como impeditivos para o desenvolvimento da atividade analisada que, segundo os alunos, no modelo atual, é um reflexo do funcionamento da instituição no que diz respeito às relações que envolvem o cuidado dos pacientes internados no hospital do INI.

No terceiro encontro foi realizada a restituição com a leitura de uma carta-relatório (APÊNDICE D) onde foram abordados os temas discutidos com uma análise inicial sobre os mesmos e trazidos alguns aspectos das implicações do pesquisador no processo de pesquisa. Neste, os copesquisadores puderam falar sobre os efeitos – emocionais, afetivos, cognitivos etc - da participação na pesquisa e, ao mesmo tempo, avaliar as análises do pesquisador responsável a respeito de suas falas.

Por fim, encerro as descrições da etapa Pesquisa de Campo, trazendo um elemento que aparece na fala dos participantes como analisador e, ao mesmo tempo, como possível promotor de mudança de desenvolvimento de toda esta lógica preponderantemente hierárquica que atravessa as práticas dos profissionais de saúde fortemente marcadas pelo modelo biomédico, que prejudica a comunicação e tudo o que dela depende: as relações, a formação e o cuidado, qual seja: os afetos. Os afetos surgem nas falas e nas observações como um meio de abertura para novas experiências de cuidado, tanto em relação ao paciente quanto em relação ao cuidador. É, talvez, por essa via, que se possa extrapolar as fronteiras de um modo-indivíduo de subjetivação⁵⁹ e que o outro possa deixar, mesmo que por um instante, de

⁵⁸ Para os alunos ela aparece na relação staff- alunos e nas relações entre as diferentes categorias profissionais, na qual a medicina ocupa o topo da cadeia. Para os trabalhadores, esta é marcada principalmente pela relação pesquisa-ensino-assistência e, também, como para os alunos, na relação entre as diversas categorias profissionais.

⁵⁹ Barros (2009) ao descrever macropoliticamente a passagem do feudalismo-capitalismo destaca a categoria indivíduo, “..., foco de uma política que começava a se instaurar e que visava a corpos úteis, produtivos, efeitos do capitalismo”. O modo-indivíduo de subjetivação se configura, segundo a autora, nos séculos XVII/XVIII como modo dominante de constituição dos objetos-sujeitos, uma forma/fôrma da qual pouco escapava. A esse respeito, especificamente no campo da saúde, a autora chama a atenção, fazendo referência às contribuições de Foucault(1979), para o desenvolvimento, ao mesmo tempo, de uma medicina privada, liberal, submetida às leis do mercado e aos mecanismos de iniciativa individual e da construção de políticas de saúde que passam a considerar a doença como problema político e econômico.

ser parte desta ou daquela posição na hierarquia do saber-poder para se estar/encontrar numa relação de troca efetiva. O permitir-se ser afetado de um outro modo, segundo os dados colhidos, tem possibilitado a percepção da complexidade dos acontecimentos e a abertura para uma nova lógica relacional e para uma nova perspectiva de cuidado.

5.2 ANÁLISE DOS DADOS PRODUZIDOS E COLHIDOS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO: PROCESSOS INSTITUÍDOS E INSTITUINTES DE HUMANIZAÇÃO NO INI

Desde o início da pesquisa, em 2016, existia apenas uma profissional responsável pela humanização ligada à Vice-Direção de Serviços Clínicos, Christiane de Roode Torres. As iniciativas neste período intencionavam⁶⁰:

- Na primeira atenção ao paciente: atendimento individualizado, ambiente privativo, escuta ampliada, linguagem acessível, estratificação de risco e orientações.
- A criação do Núcleo de Atendimento ao Familiar – NAF, que através de um funcionamento multiprofissional teria como objetivos: ser o principal elo entre o INI, familiares e os pacientes internados; realizar acolhimento; informar as normas da instituição, a localização dos pacientes, o estado clínico, o diagnóstico, a evolução da doença e óbitos; informar eventos assistenciais (“disclosure”); fornecer orientações pós alta; entre outras atividades de orientação solicitadas pelos familiares ou equipe multiprofissional.
- Na atenção ao paciente internado: horário de visita estendida, flexibilização do horário das refeições, equipe multiprofissional, médico de referência – enfermaria, equipe de referência – Centro de Terapia Intensiva e Pesquisa de satisfação na saída do paciente.

⁶⁰ Dados apresentados por Christiane de Roode Torres na mesa A Humanização no Hospital no I Simpósio do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar na Área de Infectologia do INI após a mudança da gestão, muitas dessas iniciativas - quando já concretizadas - se mantiveram e outras ainda estão em vias de serem realizadas.

Após a mudança de gestão (APÊNDICE A), em meados de 2017, não houve nenhuma formalização de trabalho no sentido da implementação da humanização no INI, apenas movimentos instituintes.

No ano de 2015 um arranjo particular chama a atenção pelos seus efeitos. Diante de intercorrências que se deram quando o INI foi designado como uma das referências para receber casos suspeitos do vírus Ebola, a direção, à época, reconheceu a necessidade de suporte aos trabalhadores. A princípio, a demanda de cuidado com o seu corpo de trabalho foi endereçada para a Seção de Psicologia – SEPS/INI. Contudo, entendendo não ser da sua competência a saúde do trabalhador, mas não se eximindo da responsabilidade que esta demanda⁶¹ implicava, a seção firmou parceria, em conjunto com a Vice-Direção de Serviços Clínicos, com o Núcleo de Saúde do Trabalhador – NUST/FIOCRUZ.

A partir de então se iniciou um trabalho com representantes⁶² do NUST. Extrapolando a demanda⁶³, a proposta inicial foi estabelecer um diálogo com os trabalhadores sobre os seus processos de trabalho. Participaram destes encontros trabalhadores de diversas áreas aparentemente dispostos a um diálogo sobre o que vivenciavam no seu cotidiano de trabalho no Instituto. Embora a direção estivesse envolvida nesta parceria, a mesma não oficializou o trabalho através de portaria. Contudo, foi produzido um documento pelo coletivo que identificava as principais problemáticas do centro hospitalar. Sendo identificado como o seu maior problema, a comunicação.

Além da oportunidade de participar de um espaço coletivo, democrático e participativo, de fala e escuta e da produção do documento citado, este trabalho resultou na constituição de uma atividade que vem persistindo até os dias atuais e que chama a atenção pela singularidade em um campo marcado por discursos e práticas biomédicas tradicionais. Esta atividade é a Discussão Multiprofissional de Casos Clínicos na Internação⁶⁴, que acontece semanalmente. Este arranjo tem um modo de funcionamento interdisciplinar⁶⁵, um

⁶¹ Segundo Baremblytt (1992), pelo viés da Análise Institucional, não existe demanda espontânea, pois toda demanda é produzida. Esta se trata, portanto, da solicitação formal, consciente, deliberada. Por outro lado, seu contraponto, os conteúdos não explícitos, não manifestos, latentes da demanda, é denominado encargo.

⁶² Todos psicólogos.

⁶³ A demanda de trabalho se restringia às situações específicas que envolviam os cuidados aos casos suspeitos de Ebola.

⁶⁴ Neste espaço é discutido um caso clínico escolhido pela equipe por sua complexidade e implicações no cotidiano do trabalho. O objetivo é construir um plano terapêutico singular considerando a necessidade de articulação interdisciplinar ao buscar lidar com o cuidado em saúde considerando a sua complexidade.

⁶⁵ Para Passos e Benevides (2000) a tentativa de flexibilização das relações das disciplinas com os seus respectivos objetos se realiza através de diferentes procedimentos: a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade. A multidisciplinaridade diz respeito “ao movimento de disciplinas que se somam na tarefa

ensaio para a transdisciplinaridade. Configura-se também como um espaço democrático e participativo de fala e escuta das diferentes práticas e discursos. Este espaço tem resistido⁶⁶ aos atravessamentos institucionais que por vezes arriscam a sua dissolução⁶⁷ ou a sua captura⁶⁸.

Outra atividade que tem suas raízes no trabalho realizado pelo NUST é a Reunião de Serviços. Esta acontece quinzenalmente com representantes de quase todos os serviços – nutrição, fisioterapia e medicina - e seções⁶⁹ – psicologia e serviço social - do centro hospitalar. Participam, ainda, de forma permanente ou quando convocados, setores que prestam apoio aos serviços e seções⁷⁰. Seu objetivo é a discussão coletiva sobre as atividades e processos de trabalho e desta saem algumas orientações que, por vezes, para serem realizadas, precisam passar pela Vice-direção de Serviços Clínicos. Esta seria um ensaio para a cogestão. Esta atividade foi iniciada a partir de uma parceria firmada entre o Hospital Sírrio-Libanês e o INI em função de renúncia fiscal⁷¹.

de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares” (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 74). A interdisciplinaridade, por sua vez, se trata de “... movimento de criação de uma zona de interseção entre elas, para a qual um objeto específico seria designado” (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 74). Contudo, para os autores, o efeito em ambos acaba sendo a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes.

Para distinguir a noção de interdisciplinaridade da noção de transdisciplinaridade, estes marcam uma diferença radical das noções de interseção e intercessão.

No primeiro caso, a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio. É o caso, como acima apontado, da interdisciplinaridade. No segundo, que é o caso da transdisciplinaridade, a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre outro. Na interdisciplinaridade, portanto, temos a gênese de uma nova identidade, enquanto na transdisciplinaridade temos um processo de diferenciação que não tende à estabilidade. (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 77).

⁶⁶ A Seção de Psicologia sustentou este espaço desde a sua inauguração, através da convocação, a cada encontro, dos profissionais, seja pessoalmente, seja formalizado por meio eletrônico (e-mail institucional).

⁶⁷ O espaço enfrentou redução de seu horário por ter sido colocada outra atividade coletiva no seu horário inicial. Além disso, a participação de representantes de alguns serviços e seções que prestam assistência ao paciente, principalmente da equipe médica, muitas vezes implica em um sobretrabalho pra equipe que tomou a responsabilidade de manter a atividade funcionando.

⁶⁸ Proposta de inserção de instrumentos que a descaracterizariam, identificando-a mais com espaços já existentes e problematizados pela própria equipe multiprofissional.

⁶⁹ A diferença entre serviço e seção diz respeito apenas ao número de trabalhadores do setor.

⁷⁰ Tais como: hotelaria, Núcleo de Segurança do Paciente – NSP, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, informática, Serviços de Documentação do paciente – SED, entre outros.

⁷¹ Esta parceria se dá por intermédio do Ministério da Saúde através de um Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e consultoria. No Curso de Especialização, em função das problemáticas apresentadas pelos alunos/trabalhadores do INI, foram divididos Grupos de trabalho para atuar em algumas frentes. Uma delas diz

Esta parceria deu início, ainda, a outra atividade importante no sentido das propostas da Humanização, os Rounds Multiprofissionais. Estes acontecem três vezes na semana e a proposta inicial era a de que neles fossem discutidos casos novos, complexos/difíceis e altas, tendo em vista a construção de um Plano Terapêutico Singular. O mesmo encontra-se em processo de construção e, efetivamente, somente os casos novos são discutidos. As discussões e efeitos destas ainda são incipientes. Esta já acena para uma abertura do grau de transversalidade, com funcionamento interdisciplinar e também se configura como um ensaio para a transdisciplinaridade.

O fundamental destes acontecimentos é observar o seu caráter inicialmente instituinte compondo com os já instituídos o processo de institucionalização de novas formas de produzir saúde e de produzir subjetividade neste campo. É interessante observar como, na percepção dos trabalhadores, os movimentos que deram início a eles se perdem e estes parecem ter surgido espontaneamente. Além disso, há uma grande descrença na continuidade dessas ações após o fim das parcerias e, concomitantemente, um desinvestimento vai ocorrendo à medida que se aproxima o fim destes contratos, sejam eles oficiais ou não.⁷²

5.3 RODAS DE CONVERSA: ANÁLISE 1 – SOBRE A PRODUÇÃO DE SAÚDE E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE NO INI.

A análise do extenso material produzido e colhido na Observação Direta e nas Rodas de Conversa nos deu algumas pistas sobre o funcionamento do hospital do INI no que diz respeito à forma como vem se dando a produção de saúde e de subjetividade na formação em suas práticas locais realizadas por atores concretos.

Entendo esta etapa como um processo de escolha, na qual, mais uma vez, a palavra implicação se impõe. Sendo assim, “sabe-se, hoje, que o cientista confere à ciência os seus

respeito às problemáticas relativas à comunicação. Na ocasião, eu fui chamada pela coordenadora do grupo para ajudá-la a pensar um arranjo para trabalhar o tema a partir do que havia sido levado pelos trabalhadores na intervenção realizada pelo NUST. A atividade realizada pelo NUST também havia dividido o coletivo em grupos para trabalhar as principais problemáticas identificadas e a comunicação já tinha sido apontada como o principal problema. Eu era a única participante deste grupo que ainda se encontrava exercendo atividades no Centro Hospitalar. Com a mudança de gestão, em junho de 2017, a coordenadora desta atividade, responsável pela humanização na época, Christiane de Roode Torres, que fazia parte da Vice-direção de Serviços, saiu de licença e a mediação passa a ser realizada por mim por solicitação da Vice-direção de Serviços Clínicos com anuência das chefias dos serviços e seções.

⁷² A descontinuidade de atividades como essas estão quase sempre associadas a impossibilidade de realização de mais uma tarefa, tendo em vista que não há aumento e, inclusive, tem havido redução do número de trabalhadores de determinados setores. Aliás, esta costuma ser a queixa principal dos serviços em relação a possibilidade de um funcionamento institucional considerado adequado.

próprios valores, independentemente da posição ideológica que sustenta (seja esquerda, direita ou centro). Logo, a neutralidade axiológica, a decantada "objetividade", não existe." (LOURAU, 1993, p. 16). Considerando tal fato, buscamos realizar este trabalho da forma mais coletiva possível – e desta análise participaram tanto os pesquisadores oficiais, quanto os co-pesquisadores (participantes da pesquisa).

As falas dos participantes, as observações diretas e os registros do diário de campo produziram robusto material que pôde ser levado para discussões coletivas (na restituição aos participantes da pesquisa e no grupo de pesquisa – NUTRAS), e a partir dele foi possível trazer aqui uma imagem dinâmica do cotidiano das práticas desenvolvidas no campo empírico em foco, em um dado momento de sua história. Neste processo de escolha tendemos para o que consideramos como mais preponderante nas falas e as afetações do coletivo participante da pesquisa, no que tange os temas em questão: produção de saúde e produção de subjetividade.

Primeiramente, ao adentrar este campo denso e fechado - tentando perceber as suas nuances, os seus movimentos e marcar concomitantemente as suas durezas e aberturas - nos deparamos não com um sentido, mas com diferentes sentidos sobre produção de saúde:

[...] será que isso é produzir saúde? É até saúde pra visão dos médicos, mas o paciente ele não só precisa de saúde com relação às doenças, e quais outras "saúdes" a gente podia tá produzindo pra ele? ... Então, vocês falam de modelo biomédico e estava lendo um texto ontem e aproveitando... pensando sobre isso... a integralidade surgiu realmente pra romper com isso, é vigente, é insistente, mas a gente também tem que ser insistente pra mudar e melhorar."(F1-1)⁷³

Quando a gente pensa em produção de saúde, a gente pensa numa coletividade mesmo, né! Eu tô pensando numa discussão que a gente tem às quintas-feiras, que é a discussão multiprofissional de casos clínicos na internação... Acho que é uma reunião que ajuda muito a gente como profissional a pensar juntos em relação a um caso ou algum tema que a gente achou importante pra internação. Acho que isso tem ajudado a gente a produzir saúde aqui dentro, porque quando paramos a rotina, tá todo mundo... na correria, a gente tira meia hora pra discutir alguma coisa e realmente se dedica para o trabalho, para aquilo. Então, acho que não só ajuda a nossa prática, porque a gente acaba tendo quase um plano terapêutico e isso acho que também ajuda o paciente, porque vai ter um plano terapêutico que tem mais a ver com o que ele precisa, a família dele. Pensando muito rápido, eu acho que isso é uma das coisas aqui que fazem produzir saúde. (J1-1)

Acho que a equipe em uma forma geral, pensando em todos os profissionais, pensam numa lógica muito da produtividade, da alta ser cada vez mais rápida, porque aí diz de uma cura mais rápida, ou de uma melhora do quadro clínico mais rápido. Então, alguns fatores que... às vezes a gente fala: "ué, mas essa pessoa pode ter alta?" "Pode!" Não é fator de exclusão da alta[...] A sensação que eu tenho, no

⁷³ As letras indicam os participantes das Rodas de Conversa e não têm qualquer relação com o nome destes. Associado à letra, o primeiro número faz referência ao número da fala na Roda específica. O último número, que sucede o hífen, diz respeito ao número da Roda de Conversa (1, 2 ou 3).

atendimento, é que algumas coisas ficam negligenciadas... acho que até considerando algumas negligências... pra que seja rápido, pra que tenha alta rápido, pra que a coisa funcione melhor[...] algumas questões desse paciente, social, psíquica, às vezes até... da fisioterapia também. Não tá andando? Não é fator de exclusão de alta. Vai pra casa! Não é isso que prende aqui. Isso é fala dos profissionais: não é isso que prende aqui, né!? Isso aqui não é um hotel. Não é isso? Então, o que é, né? Até foi discutido também nessas reuniões, o que que é impeditivo de alta? ... É muito delicado... porque o que é isso, né? Que saúde é essa que é produzida? (A2-1)

Eu penso que talvez tenha uma parte institucional aí, parece que existe[...] de liberação do leito... se, por exemplo, uma paciente está no leito, e está "mais ou menos", então vai pra casa para que possa vir outro pior. Então parece que tem uma parte institucionalizada, não sei, é uma impressão minha. Como exemplo, o meu paciente de hoje[...] veio a óbito. Como pode um paciente ter tido alta terça-feira e falecer na quinta, será que ele estava saudável? Então eu não entendo até que ponto tem essa preocupação com a saúde, culpo a instituição porque estou tentando entender essa parte... (C1-1)

Eu acho que só uma questão clínica relacionada à medicina e grave também. Tem uma questão aí de números de leitos... E ainda vejo essa produção de saúde muito fragmentada, para que o saber médico ainda impera, e as outras questões são: "Ah, mas isso é psicológico, só social.." e não importando muito. (D1-1)

Acho que essa questão que a E falou, de ser um hospital de infectologia. Se não é infectologia, fora. Ou se tem outra questão[...], então se tem uma questão de saúde mental, ou qualquer outra doença que esteja junto também é remetido...(A3-1)

Às vezes, um caso que é discutido na reunião, nessa reunião multidisciplinar, o ideal seria se desse para discutir todos, mas tem que eleger. E aí, a partir de uma necessidade que é vista pela equipe, é discutido. E, às vezes, esse caso até tem uma situação clínica que tá resolvida, mas é visto que isso é somente uma pendência, então esse caso é visto como "então vamos aguardar"... algo que vai ser dado alta agora. Acho que tem muitas questões, mas essa reunião é uma... luz no fim do túnel para manter uma chama da gente pensar nesses pacientes de uma maneira mais ampliada, não só na questão orgânica, mas em todos os seus aspectos. E aí... manter essa chama, acho que é importante... Por mais que, às vezes, a gente veja que um paciente... uma questão assim... poxa, às vezes a gente fica sabendo da alta do paciente de repente, isso é discutido na reunião, um paciente que foi discutido na reunião... mas a gente ainda encontra isso. Ontem atendi um paciente de manhã cedo, e quando retornei lá... ele: "Ah, tô de alta!". E eu soube assim. Mas a reunião, acho que é importante para as pessoas terem esse momento de pensar mais ampliado e ter outra visão, no caso. (L2-1)

Quando ela falou do assunto comunicação, eu tive a mesma impressão que a D teve sobre a fragmentação da produção de saúde. E a comunicação muitas vezes parece fragmentada também, assim como elas falaram da reunião quinta-feira, é perceptível que após a reunião desses pacientes que são eleitos, tem um direcionamento melhor, tanto clinicamente, quanto de encaminhamento até pra rede de saúde depois da alta aqui no hospital. Então... lógico, né?! há muita evolução a ser feita, até a própria adesão da equipe, mas tem um direcionamento melhor do que dos outros que não são discutidos. Justamente porque na reunião essa comunicação fica menos fragmentada, mais compartilhada, aí o direcionamento fica melhor, a produção de saúde é melhor nesse sentido. (I1-1)

O fato de estar sendo falado pra várias pessoas, né?! Uma coisa é a gente chegar pra um médico e perguntar... e um paciente que não tinha previsão de alta e no dia seguinte ele receber alta. Mas na discussão é dito na frente de outros profissionais... são várias pessoas ouvindo. Então eu penso que isso faz com que as pessoas pensem mais antes de falar, tenham um cuidado maior. (M2-1).

Este é um ponto que já traz em seu bojo contribuições fundamentais para o conhecimento do que está posto, dos instituídos, dos atravessamentos e, só por isso, também, para o que há de fluido; potencialidades para a entrada dos instituintes, singularizações, transversalidades, desenvolvimentos possíveis, sejam estes “individuais”⁷⁴ ou coletivos.

Segundo Baremlitt (1992), das instituições - lógicas, árvores de composição lógica - podemos distinguir duas vertentes: a instituinte, que trata dos momentos de transformação institucional que tendem a transformar ou fundá-las, e o instituído que é o resultado/efeito da atividade instituinte.

O atravessamento trata da interpenetração a nível da função, do conservador, do reprodutivo. A transversalidade, por sua vez, da interpenetração no âmbito do instituinte, do produtivo, do revolucionário, do criativo. Segundo Baremlitt (1992) a transversalidade, que se define também como uma dimensão da vida social e organizacional, não se reduz à ordem hierárquica da verticalidade nem à ordem informal da horizontalidade. Para o autor, os efeitos da transversalidade caracterizam-se por criar dispositivos que não respeitam os limites das unidades organizacionais formalmente constituídas, gerando, assim, movimentos e montagens alternativos, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais consagradas.

Observamos então duas concepções de saúde presentes neste campo. A primeira baseada em práticas biomédicas tradicionais, dentro de uma lógica de saúde fragmentada, pautada na ausência de doença e que há muito parece comportar modelos de gestão do trabalho e da formação baseados numa forte hierarquização, dentro de uma lógica produtivista baseada na rotatividade do leito, ou seja, da redução do tempo de permanência do paciente internado, com importantes consequências na comunicação entre todos os níveis das hierarquias.

Muniz (2000), em uma pesquisa sobre a gestão do tempo de permanência de pacientes internados, realizada em um hospital universitário, a partir dos referenciais teórico-metodológicos da ergonomia situada e da ergologia, corroborando uma pesquisa francesa realizada pela enfermeira e pesquisadora Matheron, sugere que a gestão do tempo de permanência que tem como meta - seja a redução de custos, seja o aumento da arrecadação - precisa ter a participação efetiva dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado/assistência.

⁷⁴ Consideramos a coletividade presente na noção de indivíduo, mas, ao nos referirmos ao indivíduo aqui, tentamos trazer o entendimento sobre atividade realizadas isoladamente, individualmente, sem participação concreta do coletivo.

Para o pesquisador, “quanto mais centralizadas as decisões, mais os riscos de serem impostas medidas condenadas ao fracasso por não se fundamentarem na experiência dos protagonistas da atividade”. (MUNIZ, 2000, p. 163).

Segundo Muniz (2000), Matheron chama a atenção para a necessidade de prevalência de uma preparação global do paciente para a alta - construção de uma relação e realização de um trabalho educativo – sobre a redução do tempo de permanência tendo em vista a redução das reinternações e, conseqüentemente, de gastos públicos e sequelas para o paciente.

Maia (2006) realizou um estudo teórico que utilizou o método cartográfico para o mapeamento de linhas de força do pensamento contemporâneo sobre o processo de trabalhar, tendo em vista a construção de ferramentas que servissem para a análise dos processos de trabalho em saúde. Com foco nas práticas de cuidado em instituições públicas e com o objetivo de encontrar novos sentidos para a ação de cuidar nos serviços de saúde, linhas de fuga para o modelo hegemônico, chama a atenção para uma particularidade da comunicação nessas instituições.

A busca da dominação pela produção do discurso competente, pelo especialismo, atravessa os diferentes grupos no hospital. Na formação do profissional de saúde há uma grande valorização do saber acadêmico, supostamente objetivo e frequentemente empolado. A segmentação por corporação profissional, visível no hospital, garante que cada um fale exclusivamente de e sobre seu domínio de competência. (MAIA, 2006, p. 170).

O discurso competente, reconhecido e autorizado, é cientificista e restringe a linguagem, informando que não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se com a linguagem institucionalmente autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones das esferas de competência. (MAIA, 2006, p. 170).

A segunda concepção fala de uma lógica, concomitante aos processos de implantação e implementação do SUS e de suas políticas, dentre elas a PNH, e que está embasada numa noção de saúde integral na qual o ser humano é compreendido em sua condição integral, e não parcial. Esta concepção traz consigo inúmeros conceitos e ferramentas já abordados ao longo deste trabalho e busca a implementação de um modelo de gestão mais democrático e participativo e que, se privilegia algum tipo de hierarquia, são as pautadas na potência de seus atores (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, alunos etc).

O que podemos observar é que neste campo empírico, até então, havia a prevalência de um sobre o outro, mais especificamente dos modelos biomédicos tradicionais sobre os modelos democráticos e participativos baseados numa concepção de saúde integral. Contudo,

considerando que estamos tomando este como um processo de institucionalização de uma organização viva, esta relação é bastante sinuosa.

Os movimentos instituídos e instituintes comportam ainda outras contradições que, se apartando de uma visão maniqueísta, têm como resultado a institucionalização. Esta "...é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução." (LOURAU, 1993, p. 12). É importante enfatizar que estas últimas, de fundamental importância para a manutenção do seu dinamismo, estão sempre presente nas instituições.

Sendo assim, podemos perceber, em relação às práticas de cuidado entre profissionais de saúde no exercício de suas atividades, além das diferenças individuais e coletivas mais preponderantes em determinado gênero de ofício, menos em outros, processos contraditórios em um mesmo ator.

Clot (2010b), ao desenvolver o conceito de atividade, amplia o conceito e previne que esta não diz respeito simplesmente ao que foi realizado. Com isso, ele define atividade realizada como aquilo que podemos ver, observar e descrever e o real da atividade como, também, o que "não se pode fazer, aquilo que não se faz, que gostaríamos de ter feito, é a atividade (re)engolida, impossível, as atividades suspensas, as atividades impedidas". (CLOT, 2010b, p. 226).

Observamos na análise do material que esta configuração hierárquica - verticalizada, rígida e todos os impedimentos proporcionados por ela, principalmente os de ordem comunicacional, que muitas vezes inviabilizam a realização das atividades desses atores, presente de forma mais explícita nas falas dos participantes da pesquisa - tem produzido adoecimento, sofrimento e mal-estar, com possíveis reflexos, direta e indiretamente, nas atividades fim, qual seja, a formação e o cuidado aos pacientes internados.

Acho até que o conflito é produtivo - pode ser produtivo - mas nem sempre é. Acho que a questão não é o conflito em si, mas essas formas, né?! É um pouco... essa questão hierarquizada. Se você for falar com um médico que é mais no final a última palavra é dele, entra por um ouvido sai pelo outro, você só vai sair angustiado daquilo e, às vezes, isso se dá, também, na reunião. Se eu me posiciono, mas não tem ninguém que possa escutar aquilo, eu volto só com a angústia, claro que nem sempre, também é assim, né? Às vezes aquilo pode produzir alguma coisa, mesmo a gente querendo que produza mais e... A gente se angustia também porque quer promover alguma coisa e nem sempre é possível. Mas claro, né, se não houvesse conflito, também não haveria mudança. Mas é que alguns conflitos produzem mais angustias do que resoluções e aí é a questão do adoecimento. (A1-3)

É porque eu acho que tendo conflito, acho que tem que ter argumentos também e eu acho que é em cima desses argumentos que algo vai ser produzido. E a gente vê, às vezes, um conflito que é finalizado com "é isso!". É a palavra do médico, então vai

ser isso, né. Até por essa hierarquia. Aí eu vejo que não é um conflito produtivo, é mais um adoecimento. (D2-3)

Aqui chegamos ao segundo ponto: a produção de subjetividade na formação. Propomos aqui a ideia de “... uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida.” (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 33). Desta forma:

[...] Não existe uma essência ou estrutura invariante, ubíqua e universal do sujeito filosófico, social ou psíquico. Do mesmo modo que não existe uma imagem do homem idêntica a si mesma em qualquer sociedade, momento histórico, classe social, raça etc. (BAREMBLITT, 1992, p. 192-193).

Há, com isso, um descentramento do conceito de sujeito/indivíduo/identidade para o conceito de produção de subjetividade que, tal qual definido por Guattari, se “... constitui como matéria-prima de toda e qualquer produção.” (GUATTARI; ROLNIK, 1999 *apud* SOARES; MIRANDA, 2009, p. 415).

[...] um fluxo contínuo de sensações, modos de existir, amar e comunicar, de imagens, sons, afetos, valores e formas de consumo literalmente fabricadas no entrecruzamento de instâncias sociais, técnicas, institucionais, individuais, [...] (SOARES; MIRANDA, 2009, p. 415).

Porque aqui quem forma são os profissionais que estão aqui, se os profissionais que estão aqui não produzem saúde da forma que a gente considera uma saúde integral, eles vão ensinar o que? (A.6-1)

Silva e Rocha (2008), ao tratar sobre as implicações subjetivas do ato médico pelo viés psicanalítico, tendo em vista os efeitos iatropatogênicos desta relação, seja de ação ou de omissão⁷⁵, chamam a atenção para o fato de ser preciso furar a barreira narcísica da prática e saber médicos a fim de reinventar um ato que reconheça a amplitude do território humano que atravessa o vínculo com o paciente.

Atentar para a forma como a prática médica se estabelece nos hospitais da rede pública, no Sistema Único de Saúde, é de crucial importância, evitando, assim, que complicações contornáveis em condições específicas de atenção e cuidados venham a se somar às que já fustigam os pacientes a partir de sua própria enfermidade e sintomatologia. Torna-se uma tarefa primordial e necessária um apuro incessantemente crítico das práticas exercidas, para que não se perca de vista o que há de fundamental em tão cara empreitada de cuidados em relação ao outro que padece. (SILVA; ROCHA, 2008, p. 79).

⁷⁵ A iatrogenia de omissão diz respeito “a toda ação do médico, envolvendo a natureza do vínculo estabelecido com o paciente, diagnóstico, terapêutica e prevenção gerados a partir de *imprudência* ou *imperícia*.” (SILVA; ROCHA, 2008, p. 73). A iatrogenia de ação, por sua vez, “é circunscrita à falta de ação do médico, em qualquer momento do tratamento e, portanto, da sua relação com o paciente, caracterizando-se, portanto, como um ato de *negligência*.” (SILVA; ROCHA, 2008, p. 73).

A produção de subjetividade no campo pesquisado, embasados em modelos de gestão verticalizados e com baixo grau de transversalidade, segundo os participantes desta pesquisa, profissionais de saúde, se dá, predominantemente, a partir do assujeitamento das subjetividades. Aqui, especificamente, falamos tanto das relações de saber-poder que envolvem as relações de formação (preceptor/supervisor/professor/staff – aluno/supervisionando/orientando), quanto sobre as diferenças entre as diversas áreas do conhecimento, gêneros profissionais que coabitam um mesmo ambiente laboral. Produção que, com os dados da observação direta, podemos estender para as diferentes relações organizacionais que envolvem os seus diversos cargos (técnico, analista/tecnologista, auxiliar de pesquisa e pesquisador), as atividades desenvolvidas (assistência, ensino e pesquisa), as formas de vínculo (estatutário, CLT e bolsista) e, até mesmo, a formação dos trabalhadores da instituição (especialização, mestrado e doutorado).

Contudo, como já dito anteriormente, os movimentos, os fluxos, as forças que se interpenetram em uma organização expressam uma realidade pouco perceptível a olho nu, difícil de ser expressa de forma ordenada como muitos desejariam. Sendo assim, nesta pesquisa-intervenção situada, estes movimentos foram abordados em seus sentidos de produção. O que estes têm feito funcionar no que diz respeito às práticas inter-relacionadas de formação e de cuidado, desenvolvidas no hospital do INI, em especial no que diz respeito ao que estas produzem em termos de saúde e de subjetividade para o atores que dela fazem parte? Entendendo que este é um campo de assistência, ensino e pesquisa - unidade da FIOCRUZ - importante organização da Saúde Pública Brasileira e, portanto, submetida ao SUS e às Políticas Públicas de Saúde, a exposição à questão se faz fundamental.

Foi através de mudanças nas relações afetivas que se mostrou possível encontrar saídas micropolíticas mais potentes, singularizações e estilizações, para o que ocasionava mal-estar e adoecimento no funcionamento organizacional. Não negando a importância organizativa das práticas formais de fomento da mudança (consultorias, organizações pontuais de coletivos, formação etc) é, mesmo para a efetivação destas, imprescindível a consideração dos afetos como força pungente.

Os afetos, ao mesmo tempo em que atuam micropoliticamente, proporcionando transformações intensivas, constituem força propulsora extensiva que carrega em si a potencialidade de desenvolver coletivos - aqui expressos através de gêneros de trabalho que atravessam, repetem instituídos e, ao mesmo tempo, se desenvolvem transversalizando as práticas cotidianas, concretas e atuais de profissionais de saúde.

A primeira coisa que eu percebo é a diferença dos residentes quando eles chegam e como eles estão quando vão sair. Eu acho uma mudança drástica, eu percebo eles muito mais humanizados, assim, preocupados com questões subjetivas. No início! E depois quando saem, mal fala "oi" pra você. (L: Tem alguma coisa aí nesse processo de formação). A humanização vai saindo da pessoa. (D5-1)

Teve uma reunião dessas de quinta que você perguntou pra Drª. (residente), “ Como você se sentiu?” Você fez uma pergunta, tipo: “Como é que lidava com um paciente acidentado?” Era uma médica residente. Ela ficou parada, assim... (Ela ficou irritada, respondeu uma coisa que você não tinha perguntado). (L3-1)

Uma questão que a gente precisa pensar muito, porque hoje eu perguntei pra um médico daqui, staff, Drº...: “ Drº como é que você lida com isso, com os óbitos dos pacientes? Como é que é isso pro senhor?”. (Você falou?). “ O quadro dele...” Em nenhum momento ele conseguiu responder, ele só falou do quadro do paciente. “ Não, mas eu quero saber o que o senhor acha? Porque eu tô triste”. “Então, porque o tumor dele estourou...”. “ Não tô perguntando isso?” Ele não falou. Então, até que ponto eles conseguem ou não falar sobre isso ou isso é uma proteção deles também? Ele falou: “Os casos são complicados, os casos são assim mesmo, tem muito óbito mesmo...” Assim, como quem diz: “não tem jeito, eles vão morrer e eu preciso – uma fala minha, tá?! – eu preciso suportar”. Porque todo dia eles lidam com isso, né?! Se eu que, já foi dois, já tô assim, imagine ele... Então, eu falei, penso, né?! Eles pensam numa normalização até pra conseguir lidar com isso, né?! Porque eles também são humanos. Eles devem sentir... Não parece, mas eles devem sentir. (C3-1)

Também parece que não há muito espaço/possibilidade para eles serem escutados dessa forma. (D6-1) – falando sobre afetos e emoções dos médicos)

Ela falou disso e eu lembrei de uma situação que é até fora do contexto do INI, mas acho que até vale a pena falar. Foi quando eu trabalhava num hospital público, na administração, e trabalhava com uma médica anestesista. Um dia a gente conversando, alguém falou pra ela que o médico não tinha cuidado do paciente. Ela falou: "Olha, isso não pode ser cobrado da gente, porque a gente não se forma pra isso, a gente não se forma pra atender o quadro emocional do paciente, a gente não tem capacidade pra isso. A gente se forma pra olhar o corpo e fazer o corpo melhorar". E isso me chamou muito a atenção porque ela deixou isso muito claro. "Na minha faculdade não existe matéria sobre isso exatamente, eu não sou preparada para uma situação de morte ou alguma coisa assim, eu chegar e acolher a família. Quem faz isso é o psicólogo, quem tá se formando em psicologia que tá aí pra isso. Porque não adianta você querer cobrar o médico... “ – e isso ela já tinha alguns anos de formada – Ela: “Não adianta você querer me cobrar de uma coisa que eu não sou capacitada para, de uma coisa que eu não me formo pra fazer.” E isso é uma deficiência, talvez, na formação médica, mas ela deixou bem claro que isso não é o mais importante, porque ela não é preparada pra isso. Eu acho que isso aparece um pouco aqui também. Justamente isso que C falou... que ela perguntou: “O que você sentiu?” “ O que que você acha?” “Ah, o quadro é esse”. Não, mas e você: “O quadro é esse.” Eu não vou falar disso, porque eu não tô preparado pra falar disso. Não tenho esse espaço aqui.” (I2-1)

Uma vez eu escutei uma história, mas não sei se foi aqui em algum momento, de uma médica que falou assim: "Eu não consigo saber da história de vida desse paciente, se não eu não consigo cuidar dele". (Foi aqui!) Foi aqui? Aquilo me chamou a atenção. Achei lindo! É o limite dela. Se ela escutar a história dele, ela não vai conseguir mexer nele, enfim... Me chamou a atenção.(B3-1)

Já outra médica, em outra experiência, me falou que se apegou ao paciente. Eu peguei dei dinheiro pra ele, meu Facebook. Ela disse assim: “Ué gente, não tem como desvincular, eu sou gente também. Eu tenho muito apego ao paciente também.” Então, tem os dois lados também.(C4-1)

Eu fico pensando em outra coisa, o enfermeiro, ele cuida. Mas fico pensando nesse distanciamento do médico que foi formado pra curar, se eu me apegar ao paciente eu não vou conseguir fazer aquele procedimento que eu vou ficar solidário e com pena do paciente. E o enfermeiro, ele foi formado pra quê ? Ele que mete a mão na massa, que faz os procedimentos invasivos, furar etc, é o enfermeiro. E eu, assim, sabe, que distanciamento é esse? Por quê?” Reconhecer os limites eu acho até que é legal, mas você se distanciar porque você não foi formado pra isso. (F4-1)

Mas eu também percebo esse distanciamento da enfermagem, às vezes, até mais. (D9-1)

Eu sinto isso também, eu falo com muito mais propriedade. Eu lembro no começo das aulas, eu tinha muito medo de apresentar as coisas[...] eu fico muito nervosa, né?! Mas eu tinha muita dificuldade em me posicionar, assim[...] acho que desde a graduação. Eu entrei aqui com essa dificuldade. E assim[...] acho que é tanta coisa que atravessa isso, que a gente pensa assim: “Cara, não pode ser assim”. E se a gente não se posicionar, as coisas não podem ser assim e a gente tem que fazer alguma coisa e o que a gente pode fazer é falar. E em relação aos atendimentos também, antes eu tinha uma resistência muito grande de falar com os médicos. Às vezes eu fugia de falar com eles[...]só quando era uma coisa muito importante... E assim, hoje é uma coisa que eu sei que às vezes vou ficar falando sozinha, ou que não vão me dar atenção, ou que o paciente é assim mesmo. Mas com o tempo a gente vai aprendendo a dar algumas respostas, não de forma grosseira, mas contornar algumas coisas que eles falam e tentar mostrar que não é exatamente assim. Acho que em alguns momentos até surte alguns efeitos, a gente vê que depois de algumas conversas, ne[...] já teve médico indo lá na sala procurar. Não sei, algum tipo de coisa acaba mobilizando. Por isso reafirmar a importância de falar, falar e que existem outras formas de se olhar pra esse paciente.(M2 - 3)

Logo no começo, quando alguém falou, eu não lembro quem falou que uma vez teve que falar com o médico e teve que falar andando porque o médico virou as costas e saiu andando. E eu fiquei: "Caramba! Se eles falam assim com psicólogos já formados, imagina comigo, estagiário. O que que eu vou fazer?". Então, isso apareceu muito. Esse período de prática[...] como a experiência amadurece mesmo. Eu lembro de algumas vezes, eu lembro de uma situação específica[...] uma das primeiras vezes que fui falar com o médico e como foi importante esse posicionamento, né?! Eu já tinha conversado com a supervisão antes e tal. Eu cheguei e perguntei e ele tava sentado, e como foi importante mostrar pra ele que eu queria ouvir[...]ele queria ser ouvido também. Esse posicionamento de... porque foi bem assim a experiência, né: eu cheguei assim e falei que queria conversar. Ele disse: “Fala. Pode falar”. Eu fiquei quieto esperando ele virar e olhar pra mim. Então isso fez uma diferença muito grande[...]. de ele ouvir o que eu tava falando, de responder aquilo e de eu ouvir ele também, de como isso era importante para o paciente. Então, esse posicionamento que é contínuo, é diário, é sempre quando a gente tá ali[...] todas as pessoas são diferentes né?! (I1-3)

Eu tava pensando em algo quando a E falou[...] as rejeições, né, que a gente está muito novo aqui então pode ser que em algum momento a gente não consiga lidar bem com isso. Não só da equipe profissional, mas dos pacientes, né?! Tem pacientes que negam atendimento, porque eles não querem. Essa semana comecei a atender um rapaz que[...] ele já recebeu até alta. Ele falou que a forma como eu cheguei para me apresentar pra ele, fez com que ele continuasse conversando comigo, porque se eu chegasse pra falar como outros profissionais ele ia ficar de cara amarrada. Então quando E falou sobre isso, eu pensei que isso também está suscetível de acontecer.(F3-3)

O que eu penso é assim, tem uma coisa institucional de querer mandar o paciente embora, tanto que a gente tem muitos caso de reinternação, de pacientes que vão embora e uma ou duas semanas voltam e voltam bem mal. Mas também sinto que tem uma coisa com alguns pacientes, de "adotarem" certos pacientes, porque às

vezes são pacientes que não estão tão graves quanto outros e não recebem alta porque por algum motivo a equipe se apegou e[...] (M1-1)

Sponholz *et al.* (2016) realizaram um estudo transversal que buscou traçar o perfil epidemiológico de médicos residentes do 1º ano em dois hospitais de Curitiba.

Para Blaya (1967), na formação médica existe uma desvalorização do preparo psicológico dos médicos. Ao lado do forte investimento na aquisição dos conhecimentos técnico-científicos, há um evidente desprezo aos aspectos emocionais do médico em formação, resultando dessa formação um profissional que, embora bem equipado com conhecimentos médico-científicos, ressenete-se da possibilidade de usá-los adequadamente devido à angústia e à depressão que lhe provoca o paciente. (SPONHOLZ *et al.*, 2016, p. 81-82).

Sponholz *et al.* (2016) alertam para a lógica capitalista da produção de mais-valia mesmo nas residências em hospitais públicos.

Produz-se o que Arouca (2003) denomina de mais-valia indireta. Nessa perspectiva, o que interessa é a máxima produtividade – maior número de procedimentos possível pelo menor custo possível – a fim de obter a reprodução da força de trabalho para o capital da forma mais barata possível. Tal finalidade subordina todo o resto. (SPONHOLZ, 2016, p. 78).

Fugindo das tentativas tradicionais de solução para as condições de vida do médico residente que tendem para a individualização diante dos fracassos, os autores, que as consideram óbvias e ineficientes, sugerem que, destacando os nexos entre os níveis abordados,

A tomada de medidas paliativas continuará sendo necessária, mas apenas como parte daquelas medidas cujo objetivo final é construir outra sociedade, não se aceitando, em nenhuma hipótese, a subordinação da vida à produção da mais-valia, o valor de troca acima do valor de uso, o trabalho abstrato sobre o trabalho concreto. (SPONHOLZ, 2016, p. 83).

Assim, falar de humanização, a partir da proposta da PNH, não se trata de falar do que somos ou deixamos de ser, mas de nos entregarmos à análise cotidiana de como estamos sendo produzidos em uma dada sociedade e do que estamos produzindo nela e para ela, porque o entendimento aqui é que a subjetividade é forjada a partir de agenciamentos coletivos⁷⁶.

⁷⁶ Segundo Guattari e Rolnik (1996), estes agenciamentos são duplamente centrados, eles colocam em funcionamento máquinas tanto de natureza extrapessoal e extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não são mais imediatamente antropológicos) quanto infra-humana, infrapsíquica e infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção de ideias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos...). Este conceito fala da polifonia de vozes, devires imperceptíveis, mutações afetivas, sensibilidades, presentes neste processo produtivo.

Benevides e Passos (2005b), a partir da análise Foucaultiana do poder, se dedicam a examinar o conceito de humanização na relação do Estado com as políticas públicas. Para os autores, a confrontação do tema do humanismo no contemporâneo é imprescindível para que seja possível garantir uma política nacional de saúde. Os mesmos acreditam que, para apostar na humanização das práticas de saúde, é preciso repensar a relação entre Estado e as políticas públicas. Com isso, entendem que a PNH deve operar no limite entre a máquina de Estado e o plano coletivo na série governo-Estado- políticas públicas⁷⁷, e estas últimas devem prevalecer quando o que está em questão são as ações governamentais.

É retomando a força emancipatória do criticismo moderno que se dá em função da crise do Antigo Regime, que a questão da humanização deve ser posta em outros termos. A aposta dos autores é no trabalho democrático que exige um reposicionamento subjetivo a fim de constituir sujeitos comprometidos e corresponsáveis com a construção de sua história na experiência concreta de produção de realidade, sendo, desta forma, a humanização um processo contínuo.

Neste sentido, não havendo uma imagem definitiva e ideal do Homem, só nos resta aceitar a tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, o que não pode se fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas de saúde. (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 570).

É, portanto, também, falar das nossas práticas e das relações que estabelecemos com o saber e o poder. Sendo assim, nada está dado, sempre é possível encontrar formas outras para o instituído, o prescrito, o estabelecido como verdade incontestável; principalmente quando estes são produtores de mal-estar, de sofrimento, de adoecimento. Desta forma, especialmente nestas condições, os prescritos sempre poderão ser estilizados proporcionando o desenvolvimento dos gêneros nas atividades cotidianas de seus atores. Entre outras coisas, esta pesquisa permitiu dar visibilidade a potencialidade dos afetos, tendo em vista as mudanças necessárias para uma produção de subjetividades sujeitas e implicadas com a saúde integral de todos os envolvidos no cuidado em saúde.

Acrescentamos a esta concepção de saúde a proposta pela Clínica da Atividade:

⁷⁷ Esta série é resultado da subversão realizada por Foucault da série tradicional Estado-governo-políticas públicas a partir da introdução do conceito de *governamentalidade*. “Quanto ao governo político, inverte-se a série que partia da centralidade do Estado. Temos agora uma outra série que considera o Estado uma das referências para as artes de governar. Neste caso, a série se altera para governo-Estado-política pública entendendo-se, assim, que é em um regime moderno de governamentalidade que o governo político se faz na referência ao Estado em sua relação com a dimensão pública das políticas.” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 566).

Longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros. Ela está ligada à atividade vital de um sujeito, àquilo que ele consegue, ou não, mobilizar de sua atividade pessoal no universo da atividade do outro em seu próprio mundo. (CLOT, 2010a, p. 111).

5.4 RODAS DE CONVERSA: ANÁLISE 2 – A ANÁLISE DIALÓGICA DE UMA ATIVIDADE: DESENVOLVIMENTO, PODER DE AGIR E SAÚDE NO TRABALHO

Considerando ser esta uma pesquisa-intervenção embasada nos referenciais teórico-metodológicos da Clínica da Atividade e da Análise Institucional, buscaremos nesta etapa cumprir com o objetivo primordial de analisar os benefícios da pesquisa para aqueles que se disponibilizaram participando efetivamente, como co-pesquisadores, deste processo.

[...] o implicar-se do intelectual-pesquisador não se refere apenas à politização de demandas e encargos,..., mas exige que nos instalemos nessas condições, num engendramento sempre presente, e façamos da própria investigação-formação matéria de intervenção.” (AGUIAR; ROCHA, 2007, p. 657).

Os participantes, através da confiança depositada neste trabalho, mesmo conhecendo o lugar que ocupa a sua pesquisadora neste campo- concomitantemente, a função de trabalhadora-formadora-pesquisadora - contribuíram de forma incomensurável para esta pesquisa. Imbuídos de certa temeridade, expressaram genuinamente os seus posicionamentos diante das questões e da atividade colocadas como dispositivos que fizeram funcionar como analisadores deste campo de formação em saúde.

Sendo assim, esta análise tem por objetivo trazer os movimentos observados e analisados – seja os de manutenção dos instituídos, dos prescritos; seja de desenvolvimento, de estilização, de singularização - a partir dos dados produzidos pelas falas deste coletivo. Movimentos que falam sobre como foi vivenciar este processo de análise de sua própria atividade em relação a ela mesma, ao objeto e aos outros – entendendo que toda atividade é dirigida⁷⁸ - a partir da análise de uma atividade que escolheram porque entendiam que precisava ser transformada, desenvolvida, já que esta, para eles, produzia qualquer coisa menos saúde.

Sobre a formação como profissional de saúde neste campo, os participantes qualificaram como angustiante e desafiador. Passaram a entender esta como um processo

⁷⁸ Para Clot (2007), toda atividade de trabalho é dirigida para o objeto, para outros e para si mesma. A atividade dirigida é uma unidade elementar de análise na psicologia do trabalho. Tomando os conflitos como ponto de partida da pesquisa, a atividade dirigida expressa a arena, um teatro de luta, movimento desarmônico entre os possíveis da atividade que levam a um estado de equilíbrio transitório.

permanente no qual é preciso cuidar dos afetos e de difícil, ou impossível, separação entre o pessoal e o profissional. Encontraram grande potência na prática (instituintes) em detrimento da teoria (instituídos) e superaram fantasias em relação ao possível estado acabado de ser um “profissional de saúde”.

O que me veio assim, né, associação livre... O que me veio foi que o que a gente mais aprende aqui é na prática. A forma mesmo da gente lidar com aquele sofrimento que aparece, porque[...] de ver vários tipos de sofrimento e não é porque tá no hospital que o sofrimento vai ser orgânico só. Eu penso nisso, nessa prática mesmo, até na comunicação que a gente falou, formas de se comunicar nesse ambiente, apesar da comunicação ser difícil, então a gente tem que criar formas, né?! (D3-1)

A primeira palavra que me veio foi angústia. Acho que essa coisa... a gente se depara muito com os limites, né? Seja institucional, seja comunicação, seja dentro da própria equipe como a gente tem lidado com algumas coisas, os nossos limites... Eu pensei nessa questão da prática. A palavra que me veio foi "realidade", porque eu vim de um estágio em hospital, só que era diferente porque era um hospital geral e eu tava em outro papel também. Não era formada, não tinha CRP. E lá, como era HG, me deparava com um universo maior de pacientes, atendia de criança a idoso. Aqui a gente não atende criança, às vezes aparece adolescente, então é bem diferente. Eu sinto que me jogaram aqui e tipo: “é isso que vai ser daqui pra frente querida, vamos lá!”. No estágio eu não tinha muito essa percepção de : “ Caramba é com esses limites que eu vou me deparar quando sair daqui mesmo”. Acho que eu não tinha essa maturidade pra ter essa visão de que é isso mesmo. Temos que criar formas, o mercado de trabalho está aí pra isso mesmo: pra você ser criativo. Então acho que essa coisa da prática que é bem importante.
(J3-1)

[...] Assim, quando você falou a primeira palavra que veio pra mim foi desafio, principalmente na internação que eu nunca tive vínculo com o hospital, nem na graduação, nem com família e aí eu caio numa internação. Foi muito difícil o começo. Continua sendo, mas acho que eu tô me adaptando. Essa questão do desafio, eu vejo principalmente nessa área da internação, eu sinto que quando vou atender um paciente, eu começo uma pessoa e eu termino outra. É tão intenso que eu me vejo me modificando o tempo todo, então pra mim a palavra-chave, não sei se condiz, mas é ver esse como um desafio. (Como esta participante chegou após o início da Roda, Ariadna, neste momento, diante da dúvida de B sobre a pertinência de sua resposta, retoma o contrato para falar que não há resposta certa ou errada, e aproveita para retomar também a pactuação em relação ao sigilo: o que for falado no grupo, fica no grupo). Então a palavra desafio pra mim é bem presente... e na internação, então... não que no ambulatório não seja, mas a internação pra mim... todo dia eu respiro fundo. (B2-1)

Pra mim assim - não sei se cabe - humanidade e humanização, juntos. Porque... é difícil, porque a gente vê um sofrimento muito grande, histórias muito sofridas, então até que ponto isso influencia na minha vida, não só na formação, né?! Mas como pessoa, como ser humano. Não sei se foi porque o meu paciente faleceu hoje, porque ontem à noite eu pensei nele, hoje eu acordei pensando nele. Senti que ele não ia tá vivo na hora da discussão, não sei explicar muito bem... Mas, assim... esse limite, como ela tinha falado, tem coisas que você não tem como imaginar lendo. Pra prova dessa especialização, tem um caso que eu chorei a beça lendo... (sei qual é!). Chorei muito lendo em casa e quando eu cheguei aqui o primeiro paciente que faleceu eu falei: "eu quero chorar", "Posso chorar?", "Onde vou chorar?". Então assim... a formação é real, né, pra nossa vida também, não só a parte acadêmica, é muito pra vida, principalmente as histórias... é muito sofrido, é muito sofrimento... E até respondendo uma pergunta anterior, a gente não produz só saúde, mas doença...

psíquica, o profissional de saúde também... a gente tem que tomar cuidado com isso. (C2-1)

Eu acho que esse nome "formação", pelo menos pra mim, me induziu a uma certa fantasia de que você pode de alguma forma estar formado, habilitado para fazer algo. Nesse sentido, acho que é uma coisa meio impossível. Acho que é impossível formar profissionais de saúde, profissionais de saúde estão eternamente sendo sempre construídos. Se você tem a ilusão de que você tá formado, você tá errado, você está na direção errada. (Pior pro paciente!) É, pior pro paciente. Então assim, é... eu lembro de uma utopia que eu tinha da Fiocruz, como se fosse um lugar que tivesse formado em questão de saúde. Eu ia entrar aqui e ia ser lindo... que fosse o exemplo de profissionais de saúde que eu vou encontrar lá, né?! E não... não é! Porque todos dentro do hospital estão de alguma forma se formando de uma forma continuada. Eu lembro dessa fantasia e eu acho que é isso, né, um pouco do que a J trouxe, é uma eterna criação de algo, a cada paciente, a cada contato com o médico, enfermeiro... Agora eu sei falar com o médico. Não! vai mudar a equipe toda de residentes, já não sei mais nada, né?! E você tem que refazer isso tudo. Então é uma formação sempre em aberto. (A5-1)

Pensei, também, em aprendizagem, porque eu também me sinto... mesmo com concurso, como psicóloga, a cada dia vou aprendendo. Eu aprendo com cada paciente, com cada colega, com cada... outro profissional de saúde, então pra mim realmente me passou isso, é um contínuo. Uma capacitação que eu vou adquirindo os pontos e vou superando também, assim... medos, também pra mim vai soando como desafios. Porque, até então trabalhando na área de reabilitação, as pessoas com deficiência, mas você está num contexto de que elas não estavam internadas. Elas estavam ali buscando a inclusão numa escola, num emprego, trabalhar com a família pra ver como ela pode lidar com ele, também a angústia da família em relação ao desenvolvimento da pessoa. E é diferente, aqui, o ambiente hospitalar parece que despersonaliza um pouco, aliás, um pouco não, bastante, despersonaliza o ser humano, o indivíduo. Porque ele já não vai ser mais atendido pelo nome. Lógico que nós aqui... Eu sempre me dirijo a ele pelo nome. Mas é o número, leito, é o caso clínico, é doença que ele tem, que ele vem apresentando. Então, é esse resgate mesmo que eu procuro fazer com o paciente também, pra ele sentir-se como pessoa. E isso eu vou aprendendo com ele também, aprendendo, vou superando... Também terça-feira passei pela minha primeira perda aqui também de um paciente, no qual conversamos na semana passada sobre o caso clínico dele. Então ele veio a óbito e eu me vi ali diante da família toda, que estava precisando de apoio, acolhimento e eu, graças a Deus, consegui fazer aquilo, fui me superando porque também é difícil trabalhar com as perdas que trazemos, né?! Então... coloco assim como uma aprendizagem, uma capacitação, quero aprender mais, também não estou formada totalmente[...] Vamos construir. (E1-1)

Eu acho que quando se pensa em formação, não dá pra separar uma formação profissional e a nossa como pessoa. Eu acho que até talvez pela nossa profissão isso fique ainda mais acentuado - não que as outras profissões também não sejam assim - . Então, acho que, como as colegas falaram, acho a gente tá numa formação profissional, mas coisas ali nos afetam e a gente também afeta os outros e isso se constrói. (D4-1)

Em nosso segundo encontro – 2ª Roda de Conversa – iniciamos com a dramatização da atividade escolhida. Sobre a análise da atividade escolhida, a “discussão de casos na psicologia”, as mais diversas falas apontavam para:

- A falta de objetivo ou de desconhecimento destes sobre esta e da falta de efeitos/produção da mesma.

A gente escolheu esse modelo porque tinha alguma coisa que a gente percebia que não funcionava e que talvez não esteja funcionando da melhor forma agora... (M1-2)

Falando particularmente, pra mim ainda é um ponto de interrogação, eu não sei muito qual é a função dela, pra que isso ser no final das contas[...] Isso tá produzindo alguma coisa? São algumas interrogações minhas que ficam[...] “Que que eu tô vindo fazer aqui, sabe?” Eu Vou lá só pra reunião. De que serve afinal de contas? [...] Às vezes dá até um desânimo, sabe? Eu vou lá só pra essa reunião. Se eu posso atender, fazer alguma coisa “útil”[...] Porque eu sinto que[...] tanto antes como agora. Teve uma mudança de modelo, mas a reunião continua pra mim sendo uma coisa sem efeitos. (A16-2)

A impressão que eu tenho é que a mudança foi pior, porque antes sentia que... eu vinha só pra essa reunião na terça-feira e eu pensava: “Vou lá só pra isso, né?” Eu sentia que ela era um pouco mais produtiva. A gente conseguia falar mais expansivamente sobre alguns casos que estavam incomodando mais a gente na internação, a equipe conseguia se debruçar mais numas questões institucionais que esses casos traziam, mas agora é bate-ponto. Não consigo ver finalidade na reunião.(J1-2)

Antes o formato era diferente, a ideia era a gente poder ouvir... Como a gente não tá aqui todos os dias, às vezes acontece, no dia que a D não está... aquela demanda do paciente dela, no caso eu já tenho uma ideia de "que história é essa?". Que na terça-feira a gente comentou, mas assim a gente se debateu sobre essa questão da mudança, do formato que ficou muito próximo até desse discurso, desse formato médico[...] do round[...] Antes a gente acabava discutindo algumas questões mais amplas.(M2-2)

Então me senti representado desde o momento que a turma decidiu que era a reunião de terça-feira, porque também era um incômodo pra mim desde a primeira. A primeira nem tanto, mas da segunda e da terceira, assim, da pouca objetividade. A pergunta da A: "será que no final atinge um objetivo?", porque eu também não sei se atinge um objetivo. Me falaram, falaram pro grupo que era pra que todos soubessem do caso de todo mundo[...] Eu entendo isso, compreendo isso, acho super louvável, mas depois de ouvir 20 casos, eu não consigo sair daqui e guardar aquilo tudo principalmente pela riqueza de detalhes: qual a equipe de fisioterapia de referência? Qual enfermagem de referência? A nutricionista de referência? E aí ter que seguir esse script[...] quem é a assistente social de referência. E eu não consigo guardar de um imagina de 17 pacientes. Ou seja, aquilo não me agrega, todo mundo falando isso é como se eu deletasse logo em seguida. Eu acho pouco objetivo. (H1-2)

[...] Como H, não consigo armazenar a metade das informações, então essa passagem de caso não tá passando. Na outra semana eu não lembro do conteúdo, de quem era, a idade que tem[...] enfim, é bastante complicado. Eu me sinto incomodada e não acho que eu chego a aprender muita coisa... (F1-2)

- Os efeitos desta sobre a produção de saúde:

Embora o objetivo seja esse, acho que mesmo antes, não era bem isso que acontecia, eu sempre via essa reunião como mais um gerador de stress – isso pessoal, né?! – pra mim do que compartilhar os casos, saber o que as outras psicólogas estão atendendo. (D2-2)

[...] Acho que a gente tá doente também. Eu saio triste. É um desabafo e é uma implicação minha também, porque eu tô dentro disso aí. Saio sempre pensando.(B3-2)

Produz tanto stress. Na última reunião eu estava tão cansada de esperar. (C4-2)

Eu acho que como está sendo não está produzindo saúde, não. Está produzindo angústia, stress. Eu acho que pra mudar (J16-2)

- A importância da implicação dos participantes na atividade:

Acho que a gente quer mostrar também como que... a forma como as pessoas se colocam nessa reunião, acaba influenciando negativamente o modelo da reunião. Independente dele ser mais médico ou mais solto, né, acho que ... o que move a reunião é a postura de quem tá participando. (M3-2)

Essa visão, que eu acho desse novo modelo, eu acho que a proposta não é nem ser uma coisa roteirizada de ter que falar da equipe médica, de enfermagem, tudo... Acho que foi uma coisa mesmo pra fechar um pouco, cada um ter sua chance de falar. Mas como a gente quis mostrar na dramatização, acho que por uma falta até de comunicação entre as pessoas, porque nós somos alunos, então assim, querendo ou não a gente tá subordinado a outras pessoas e, essas pessoas, a gente sente que não tem uma comunicação. Então eu tenho certeza que esse modelo foi criado, não pra roteirizar, como um modelo médico, mas sim como um guia, pra outra pessoa vai ser isso que aconteceu com a F. A gente fica um pouco perdido. Então, até trazendo uma implicação minha, eu me vejo muitas vezes nessa reunião passando o roteiro porque já tô cansada, já não me interessa mais, enquanto eu poderia tá ali tentando fazer de uma outra forma, mas eu já não consigo.(D21-2)

Então assim[...] eu não sei nem se a questão realmente é o instrumento, mas é uma falta de escuta. (D23-2)

Eu acho que o que a A tá falando (...) Quem vai conduzir uma reunião de hoje? Dependendo quem vai conduzir tem uma mega objetividade (...) se não, aí ficam perguntas que não acabam nunca e a reunião acaba tomando outra proporção e não cumpriu um papel. Se é que ela tinha um papel. Então assim... a cara de quem vai conduzir... dependendo de quem vai conduzir, a reunião tem uma cara. Entende? Ela não tem padrão. Por isso que cada vez a gente fica mais confuso. Por exemplo, qual o objetivo dessa reunião? Depende de quem tá conduzindo também.(H3-2).

Mesmo acreditando, em alguns momentos, que funcione para determinado objetivo ou que esta não tenha saída.

Sobre isso que você perguntou, acho que antes de responder se precisa tirar ou não, tem que ser respondido qual o objetivo. Porque se o objetivo, na minha visão, na minha opinião, for passar todos os casos, ele é ideal, porque é bem objetivo mesmo e a gente consegue falar de todo mundo. Se não for esse... (I14-2)

Acho que, ao mesmo tempo que não sente que tá produzindo nada pro paciente, também sinto que não tá produzindo nada pra gente, pelas falas assim... eu acho, por mim, que o roteiro seria eliminado.(M22-2)

Seja porque, acreditando que os problemas na comunicação ou de um funcionamento baseado em hierarquias de poder/saber verticalizadas impedem o andamento da atividade.

E, inclusive, hoje eu me posiciono, medindo aquilo que eu vou falar (F2-2)

[...] porque sempre vem "vai ser modelo tal a partir da semana que vem, tá bom?", ninguém perguntou nada. (J15-2)

Não tem decisão coletiva, tem decisão hierárquica.(A13-2)

A impressão que dá, é que assim como a gente emprega esse saber médico que tá superior aos nossos saberes, parece que eu vejo isso dentro da equipe. (D25-2)

Mesmo diante disto, propuseram algumas saídas para um melhor funcionamento da atividade, inclusive dos instrumentos utilizados:

Eu sinto que quando as questões são mais amplas, que pegam a instituição, pegam como a gente se sentiu quando outro caso, quando outro profissional veio pra atender junto, acho que agrega mais do que ficar modelo médico. (J11-2)

Mas se nesse sentido de produzir saúde, produzir um conhecimento maior sobre a instituição e sobretudo produzir saúde para o paciente... Acredito que isso que a J falou acontece quando, nessa situação, de uma questão ampla que abrange diversas áreas institucionais nossas aqui, na nossa atuação, e aí tem o efeito maior sobre o paciente que é o que é o nosso trabalho. Tem um efeito externo ao que fica aqui. E aí transcende e tem o efeito de produzir saúde realmente. Acho que essa é a questão: qual é o efeito produzido pela reunião? Sai daqui, não sai daqui, produz ou não alguma coisa de eficiente para o cuidado do paciente de uma maneira integral, né?! Porque quando a gente discute essas coisas institucionais, reunião com os médicos, com muitas especialidades em geral, a gente consegue pensar alguma coisa. Quando a gente sai daqui a gente reflete sobre isso e isso aparece quando a gente vai se comunicar com outras pessoas, outros profissionais e a gente começa a pensar em outras possibilidades, acho que isso é o que todo mundo tem falado um pouco. Que que é produzido após isso? (I13-2)

[...] eu acho interessante ser uma coisa mais solta, mas é diferente, por exemplo, do que a J falou, trazer questões institucionais ou de questões que incomodaram a gente, acho que isso é importante... (M22-2)

Primeiro eu acho que seria um espaço até de acolher. Porque é o único momento que eu tenho entre os profissionais da equipe, que a gente pode se reunir e nessas reuniões... não sinto que é pra isso.(F2-2)

[...] eu pensei que existe um roteiro que é entregue pra gente,(...) e aquele roteiro eu vejo como um norte. (F5-2)

[...] uma questão institucional, acho que, por exemplo, isso mexeu comigo, acho que seria interessante falar sobre isso (...) (M23-2)

Então assim, acho que são questões institucionais que valem a pena serem discutidas. (M24-2)

Mas sabe o que eu tô pensando... Nem um de mais, nem o de menos. (...) Às vezes a gente segue um roteiro e tudo direitinho, e no final o paciente é uma senhora emocionalmente legal, nem que a gente conversasse sobre isso. Quais seriam os pacientes que a gente gostaria de falar hoje, não 2, não 3, não 4, não 3, mas quais pacientes vocês acham que é relevante/significativo trazer.(F6-2)

Ainda que, para eles, seus objetivos sejam alcançados muitas vezes a despeito do prescrito (atividade sugerida):

Então assim, o que eu guardo dos pacientes normalmente são encontros não oficiais de corredor, da sala, de ambulatório, do quê da reunião em si. (D22-2)

Enquanto alguns buscaram saídas individuais para as problemáticas e para o sofrimento, outros propuseram saídas coletivas.

Por isso que nós devemos adquirir mais autonomia, eu saio um pouco da reta e vou por minha conta e procuro um médico agora que eu tenho assistido casos do CTI, eu mesma vou me inserindo, peço orientação [...] Eu mesmo estou me sentindo impelida a adquirir essa autonomia pra não chegar um pouco impregnada [...] (E2-2)

Eu às vezes tento ficar sozinha. Às vezes é tanta coisa que a gente fica impregnada muito fácil. Então às vezes eu prefiro ficar sozinha pra seguir minha linha e ir me encontrando. Tento filtrar. (B4-2)

E a gente poderia falar como uma equipe, né? Ter como equipe um posicionamento, né?! Uma fala ou...até pra aumentar a comunicação porque eu acho que isso não aumenta a comunicação [...] (A10-2)

É uma construção coletiva também[...] (J15-2)

Eu penso que um espaço como esse seria produtivo se outras pessoas estivessem abertas a ouvir, porque quando tem reuniões mais tensas a gente fala as coisas e as pessoas levam como se fosse algo pessoal e ficam irritadas e [...] fazem de outro jeito, e dane-se o que a gente falou, a gente não é escutado. (M27-2)

O importante é a gente sempre se posicionar[...] (M28-2)

[...] E a gente tem que tá lutando porque somos profissionais e estamos aqui, e é esse posicionamento que cada uma está batalhando [...] Se a gente não acredita nas pessoas e reduz elas a um determinismo, qual sentido nisso tudo? (L14-2)

A gente quer dar nossa opinião como profissional.(C.6-2)

Só queria concordar com a M que uma das formas é você se impor como profissional também.(F8-2)

O essencial é construir junto, (J17-2)

Algumas falas trazem uma certa percepção de desenvolvimento na realização das atividades :

[...]Eu sinto uma diferença muito grande em questão de amadurecimento, mesmo, até pra me sentir mais confiante em relação a minha prática.(J2-3)

Eu lembro até de uma experiência no CTI, porque é uma coisa que é um pouco diferente na prática. Como a proximidade, o posicionamento lá com ele, vai

tornando diferente. Eu lembro de algumas falas, que chamavam... uma fisioterapeuta me chamava de menino da psicologia. Então, quando vinha falar comigo era menino da psicologia. Certa vez eu tava numa sala lá, numa sala de prescrição e ela me chamou: “I, vem cá.” E ela me chamou pelo nome! Me chamou a atenção, né?! Então, essa proximidade, esse contato com ela fez uma diferença enorme. Isso que ela falou, né?! Esse posicionamento [...], de insistir e tal, faz uma diferença enorme no contato com a equipe. (I1 – 3).

Ao final, pedimos que escrevessem sobre a impressão que tiveram em relação à atividade de pesquisa realizada e, ainda, sobre o que acreditam que, na atividade escolhida para análise, funcionava, não funcionava e o que se gostaria que ela fizesse funcionar.

A análise dos escritos deu pistas de que as 3 últimas proposições estavam diretamente ligadas. As questões ligadas à comunicação foi o ponto que mais afetou o coletivo e nelas residem os impeditivos para o desenvolvimento desta atividade e, conseqüentemente, em seu objetivo, que deveria ser uma melhor produção do cuidado. Portanto, implicada em qualquer coisa, menos na produção de saúde de seus envolvidos, das práticas exercidas neste espaço, foram demandadas pelos participantes uma maior abertura, escuta, acolhimento, flexibilidade, para que este seja um lugar de criação coletiva genuína implicada na produção de saúde de todos os envolvidos (pacientes, trabalhadores e alunos).

Siqueira e Leopardi (2016) ao avaliarem o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem, sustentado por metodologia participativa problematizadora, em uma pesquisa participativa em uma escola do SUS, apontam para “... a contingência social ainda posta por um modo de produção interessado na economia de custos com a máxima produtividade, que faz do sistema de saúde um espaço inadequado para a assistência criativa e qualificada...”(SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 129).

Para as autoras “..., as diretrizes do SUS são intrinsecamente coerentes com proposições de construção de cidadania em todos os momentos da trajetória das pessoas como usuárias deste sistema.” (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 120).

Por outro lado, promoção, prevenção e recuperação da saúde estão implicadas necessariamente com ações educativas, consistentes com a proposta da Reforma Sanitária, no sentido de superação do modelo biomédico, que não considera o contexto de relações sociais e particulares que constituem o substrato para o desenvolvimento da vida, do adoecimento e das formas de atenção necessárias à promoção e manutenção da saúde. (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 120).

Ainda, a formação profissional deve ser pautada no sentido de reorientar e qualificar a prática profissional, com vistas à integralidade das ações, privilegiando os conhecimentos, experiências e expectativas do sujeito em formação como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem (OSORIO, 2002; BRASIL, 2006; CUTOLO, 2006 *apud* SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 121).

As autoras observaram

[...] que compreender um problema da prática e tentar encontrar soluções estimulam a participação, propiciando um espaço de troca de conhecimentos e experiências entre docentes e discentes, em suas buscas pelo aprendizado. Permitem contextualizar o assunto que será estudado, desenvolvendo uma visão crítica e ‘empoderamento’ do discente, o que contribui para mudanças na prática do serviço e para que a aprendizagem seja significativa.” (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 132).

E, ainda, que nas relações mais horizontais “há valorização do sujeito na relação professor e aluno, motivando e estimulando a autoestima,[...]” (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 132).

As autoras chamam a atenção para o fato de uma mudança unicamente do modelo hegemônico no campo educacional ser incipiente se

[...] na área da saúde, não forem também quebrados diversos paradigmas que dificultam a integralidade das ações e a concretização da filosofia do SUS. Problematizar adquire maior sentido quando as questões paradigmáticas em relação ao objeto saúde-doença são também problematizadas e as demandas em saúde são tratadas na sala de aula. (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 133-134).

Deste estudo, entre outras coisas, concluíram que

[...] a situação demanda desenvolvimento de novas formas de pensar a saúde, assim como novas formas de pensar o ensino. Em outras palavras, a proposta está implicada com um paradigma novo, alicerçado na processualidade dialética, enquanto modo de ver e caminhar no mundo, na consideração da natureza, da vida social e da construção do conhecimento. (SIQUEIRA; LEOPARDI, 2016, p. 133).

Nos escritos produzidos pelos participantes da pesquisa, as divergências e conflitos aparecem como um problema. Ao colocar a questão: o que pode fazer funcionar os conflitos, as controvérsias? Será que de fato são eles que impedem o nosso desenvolvimento? Ou a fuga destes - seja através do uso rígido de instrumentos, de normas prescritas ou de hierarquias altamente verticalizadas – que impedem que as nossas atividades funcionem/se desenvolvam dentro de uma nova lógica, de um novo paradigma? Com isso, o coletivo consegue chegar a algumas potencialidades dos conflitos e, através disso, fala do desenvolvimento possível desse gênero profissional específico e da ampliação do poder de agir diante da análise dialógica da atividade escolhida.

Acho até que o conflito é produtivo - pode ser produtivo - mas nem sempre é. Acho que a questão não é o conflito em si, mas essas formas, né?! É um pouco... essa questão hierarquizada. Se você for falar com um médico que é mais no final a última palavra é dele, entra por um ouvido sai pelo outro, você só vai sair angustiado daquilo e às vezes isso se dá, também, na reunião. Se eu me posiciono, mas não tem ninguém que possa escutar aquilo, eu volto só com a angústia, claro que nem sempre, também, é assim, né? ... Mas é que alguns conflitos produzem mais angustias do que resoluções e aí é a questão do adoecimento. (A1-3)

Às vezes aquilo pode produzir alguma coisa, mesmo a gente querendo que produza mais e... A gente se angustia também porque quer promover alguma coisa e nem

sempre é possível. Mas claro, né, se não houvesse conflito, também não haveria mudança. (A1-3)

Segundo CLOT (2010a), o desenvolvimento – e não a atividade em si - é de fato o objeto da Clínica da Atividade. O entendimento é o de que é preciso transformar para conhecer. Desta forma, a atividade só é visível “[...]: quando se torna meio para viver outras experiências”. (CLOT, 2010a, p. 147) A tomada de consciência sobre a atividade é uma re-criação, redescoberta de uma experiência, é a metamorfose do passado. Portanto, a tomada de consciência⁷⁹ sobre uma atividade.

[...] não consiste em reencontrar um passado intacto pelo pensamento, mas, de preferência, em o re-viver e em fazê-lo reviver na ação presente, para a ação presente. É redescobrir o que ele havia sido como uma possibilidade, finalmente realizada entre outras possibilidades não realizadas, mas que nem por isso deixaram de agir. (CLOT, 2010a, p. 148).

Por fim, atendendo aos objetivos desta etapa do trabalho, se faz imprescindível falar dos efeitos da pesquisa sobre os participantes:

[...] E esse trabalho aqui foi um pouco possível a gente trazer um pouco algumas questões, colocar um pouco pra fora num ambiente seguro, protegido, aqui... poder se expressar. Foi muito positivo.(L1-3)

[...] Então, assim, eu acho que a pesquisa é uma forma de valer alguma coisa, não ser só um título pra você, não ser só falas soltas aqui, que possam produzir alguma coisa. A gente não tá aqui à toa, né?! A gente tá aqui pra poder produzir conhecimento também.(A3-3)

Acho que foi importante pra ver que não estou sozinha, que tem outras pessoas... não só as mesmas reclamações, mas com propostas de pensar a mudança, porque... Tem até uma fala sua na carta que você falou: incrivelmente vieram mais soluções do que problematizações, sei lá! [...] Acho muito importante a gente não estar sozinho nos lugares, de trabalhar em conjunto mesmo e aqui foi mais um espaço onde eu vi um coletivo funcionar (J4-3)

Pra mim foi muito bom nesse sentido, a gente ver que outras pessoas compartilham da opinião. Ao mesmo tempo é muito angustiante ao ver que tantas pessoas compartilham dessa opinião e que isso tem passado batido. Pra mim foi um misto de sensações, assim[...] (M5-3)

Então vai ser um conflito mais saudável agora. (E1-3)

O grupo mostrou uma grande sensibilidade em relação ao campo e ao que ocorre nele - e já aqui aparece uma forte questão ligada à implicação da pesquisadora, porque, sem dúvida, há uma grande identificação com o que foi possível perceber a partir das observações diretas imersas em afetações. Enfim, o grupo denunciou, entre outras coisas, na escolha da

⁷⁹ A noção de tomada de consciência é desenvolvida aqui a partir das contribuições dos estudos de Vygotski sobre a consciência.

atividade e na dramatização dela, como podemos muitas vezes reproduzir aquilo que supostamente pretendemos combater. Os participantes expressaram como lutam contra o assujeitamento produzido por relações de poder/saber hierarquizadas com nenhuma ou muito pouca abertura para a escuta.

Chama a atenção o uso da expressão “falta de implicação”, que inúmeras vezes aparece nos escritos da última tarefa. Contudo, o conceito de implicação não comporta tal consideração, pois não há falta de implicação, mas implicação em produzir algo - pelo que trazem - contrário ao que se diz pretender, qual seja, saúde. Contudo, as estratégias coletivas e individuais para lidar com isso, para diante dos conflitos encontrar saídas potentes, é perceptível. Foi possível perceber que, mesmo na adversidade, é possível produzir algo novo, desenvolvimento de si e de seu coletivo.

Sendo assim, pudemos perceber que o coletivo conseguiu e está conseguindo caminhar no sentido de um outro modo de produção de saúde e de subjetividade no cuidado em saúde. A história de encontros e afetações forjaram subjetividades que hoje lutam, através do posicionamento (palavra de ordem) pelo não assujeitamento diante de jogos de poder/saber verticalizados.

A escolha desse coletivo, formado em função da pesquisa em questão, é pelo cuidado integral e por uma abertura para a escuta de todos, independente da posição que ocupe na hierarquia do saber/poder. Assim, mesmo diante das atividades impedidas, se tem lutado pelo desenvolvimento de si, pelo desenvolvimento coletivo, do seu gênero de trabalho e de sua profissão em suas diversas nuances (psicólogo, psicólogo hospitalar, profissional de saúde etc).

5.5 ANÁLISE 3 : ANÁLISE DO COMUM

Tomando a importância do desenvolvimento do poder de agir para se pensar em um outro modo de subjetivação e de produção de saúde neste campo situado, nas análises da pesquisa de campo, chegamos a um denominador comum: o afeto.

Para Clot (2010a) o desenvolvimento do poder de agir profissional, que não segue de forma mecânica o desenvolvimento do sujeito, implica na disponibilidade de uma plasticidade subjetiva conquistada ao longo de sua história.

A noção “poder de agir” está ligada

[...] a capacidade de o sujeito aumentar a amplitude de sua ação no trabalho, colocando em sua atividade elementos de sua própria subjetividade, demonstrando domínio e controle sobre instrumentos e ferramentas, e conseguindo responder à

atividade do outro para conseguir realizar a sua própria.(BENDASSOLLI, 2011, p. 85).

Contudo, estes “... podem promover, ou não, em sua esfera habitual, novas relações com os objetos, com os outros ou com eles próprios;...”. (CLOT, 2010a, p. 23).

A subjetividade aqui, portanto, não é tomada como simples disposição constitutiva do sujeito, mas como o seu poder de ser afetado, construção que se dá em função da história singular. Para o autor, é a incompletude que dá o tom para uma vitalidade dialógica interna, que torna o sujeito disponível para o desenvolvimento. A latitude subjetiva - ou o poder de ser afetado – está ligada a um campo de forças com maior ou menor grau de liberdade, considerando as possibilidades em aberto, as possibilidades não realizadas.

Assim, segundo Clot (2010a), mais bem preparado para o desenvolvimento ou atrofia do poder de agir é o sujeito encarnado, concomitantemente, delimitado e inacabado. Esse sujeito capaz de ser afetado faz uso de sua mobilidade funcional, “ ...; a sua capacidade de colocar uma função a serviço da outra - por exemplo, suas emoções a serviço de seu pensamento e inversamente”. (CLOT, 2010a, p. 32). Migrações necessárias para a manutenção do afeto. Ao contrário, a doença psíquica é descrita por ele como uma indiferenciação funcional na qual a experiência encontra-se encarcerada, sedentária, desligada, intransformável. Nela, a atividade encontra-se sobre-afetada.

Segundo Clot (2010a), para ampliação do funcionamento psíquico faz-se imprescindível a exposição à conflituosidade externa e esta energia conflitante é alimentada pela relé social.

Algo está funcionando e fazendo funcionar, ao menos localmente, uma produção de saúde e de subjetividade que escapam da lógica hegemônica. Contudo esta ainda produz fortemente os seus efeitos, reduz a saúde ao corpo orgânico e escalona numa ordem de valores a relação dos campos do saber com o cuidado, estabelecendo hierarquias rígidas nas quais as bases são silenciadas, não ouvidas e/ou não acolhidas.

O pequeno coletivo formado em função da pesquisa nos contou sobre a sua percepção do funcionamento institucional, o que encontrou reverberação no material colhido pela pesquisadora na observação direta, registrado em diário de campo. O afeto foi lançado como um analisador que permitiu se chegar a uma questão crucial, mas que ficará em aberto sobre as possíveis e necessárias intervenções na instituição saúde a partir de um novo modo de subjetivação.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa-intervenção, que tem como referenciais teórico-metodológicos a Clínica da Atividade e Análise Institucional, buscou realizar um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde em formação no atual contexto de implementação da PNH, tendo como foco as mudanças nos processos de subjetivação implicados nos processos de produção de saúde.

Considerando as implicações de caráter relacional e coletivo que se impõem aos atores do SUS para a efetivação da PNH, com esta pesquisa, pretendeu-se realizar um estudo sobre a atividade de cuidado em saúde. Desta forma, a relevância esperada foi de, concomitantemente, promover a análise coletiva da atividade de profissionais de saúde, ampliar o conhecimento sobre o campo e, de forma localizada e concreta, contribuir com as mudanças nos processos de produção de saúde e de subjetivação necessárias para a efetivação da PNH.

Hennington *et al.* (2008-2012), nos deram algumas pistas sobre o funcionamento organizacional, à época, no que tange o planejamento e ações tendo em vista a implementação da PNH no instituto. Os autores citam como exemplo deste funcionamento: a forte hierarquização das formas de trabalho e gestão, nenhuma capacidade estrutural para realizar mudanças de suas práticas e modos de fazer o trabalho; assim como a centralização no saber biomédico.

Cardoso e Hennington (2011) apresentam os resultados parciais de uma pesquisa qualitativa realizada no mesmo instituto, que tinha como objetivo apreender a vivência dos trabalhadores nas relações interprofissionais no contexto específico das práticas de atenção à saúde em doenças infecciosas crônicas no setor de internação hospitalar. As autoras destacam, devido à forte prevalência nas falas dos participantes da pesquisa (entrevistas semi-estruturadas e observação participante), como intervindo negativamente nas práticas e relações interprofissionais dentro da perspectiva da atenção integral e humanizada: a assistência fundamentada no modelo biomédico, fragmentação da atenção, produção da saúde centrada nos procedimentos e na doença – não no usuário –, assim como a concentração de poder na figura do médico. Além disso, chamam a atenção para a atuação dos demais profissionais, que tendem a agir de forma periférica e com valorização desigual. Os resultados parciais da pesquisa apontavam para o fato de que, embora houvesse um desejo de se trabalhar de forma efetiva em equipe, contemplando a atenção integral e humanizada, havia prevalência de uma postura de espera pelo sujeito da mudança.

Embora estes trabalhos tenham sido realizados anteriormente no mesmo local, decerto eles contemplam outro contexto a partir de outros olhares, de outros ângulos. Com isso, se, por um lado, parecem complementar-se no que diz respeito à ratificação dos instituídos, por outro lado, complementam-se de uma outra forma. Ao desvelar as pequenas diferenças, movimentos instituintes, nuances de um processo que caminha num outro rumo, permitem dar visibilidade a um novo modo de subjetivação e de produção de produção de saúde em uma dimensão bastante tênue, mas não menos importante.

Este trabalho de pesquisa, embora fazendo uso de recursos técnicos e atores diferentes dos trabalhos anteriores, aponta para a indiscutível semelhança na percepção, seja dos trabalhadores, seja dos alunos ou dos próprios atores engajados na função de pesquisa e de gestão. Esta semelhança diz respeito a um funcionamento organizacional pautado, ainda, numa forte hierarquização das relações com repercussões, de diversas formas, na qualidade da comunicação, o que podemos contemplar aqui como baixo grau de transversalidade. Este é parte da imagem dinâmica registrada do funcionamento organizacional de 2008 até o presente momento.

Retomaremos a partir daqui as “experiências de humanização do INI” - e nestas já incluindo este trabalho - para falar sobre as expectativas em relação ao que fora realizado ou ao que se esperava em relação à implementação da PNH. E, a partir disso, pensar na relevância da insistência de trabalhos como estes tendo em vista o seu potencial de intervenção, de efeito analisador e do que se quer alcançar através deles; seja por meio das técnicas-dispositivos utilizados no campo empírico, seja por meio da divulgação dos seus resultados.

Hennington *et al.* (2008-2012), embora não tenham obtido os resultados que idealizavam para o Comitê de Humanização, acreditavam na potência dos seus efeitos, na perpetuação do seu trabalho através do surgimento de novos personagens que poderiam, a partir desta referência, refletir e se inspirar para “...construção de novas estratégias e ferramentas visando a transformação dos processos de trabalho para uma atenção à saúde humanizada e de qualidade.” (HENNINGTON *et al.*, 2008-2012, p. 20).

Cardoso e Hennington (2011), por sua vez, deram ênfase para a importância do enfrentamento do desconforto coletivo a partir do reposicionamento de seus atores, que ao sair de sua “zonas de conforto” poderiam realizar movimentos de contágio no sentido do protagonismo, da gestão participativa, da corresponsabilidade, da ampliação do grau de transversalidade, entre outras prerrogativas do SUS e, especificamente, da PNH.

Cardoso (2010) diante dos resultados finais da pesquisa acima citada, que apontam para diversas formas de fragmentação do cuidado num cenário de disputa entre racionalidades distintas, conclui que as “... mudanças podem acontecer a partir dos próprios sujeitos-trabalhadores nas suas relações com os gestores e usuários.” (CARDOSO, 2010, p. 59).

Garcia *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa exploratória, bibliográfica, documental e investigativa em dois hospitais do Estado de Santa Catarina entre 2008 e 2009, com o objetivo de investigar a eficácia dos Grupos de Trabalho de Humanização no processo de humanização da assistência a partir da percepção de usuários, profissionais e gestores. Deste estudo, os pesquisadores concluíram que havia um grande desconhecimento sobre a Política Nacional de Humanização e uma ineficácia dos GTHs no processo de humanização da assistência; que se dão segundo apontamentos dos participantes da pesquisa, devido aos limites de atuação deste dispositivo diante de questões de âmbito político-administrativo mais amplas e das próprias características da sociabilidade capitalista⁸⁰.

Contudo, para os autores

A necessidade de investimento no processo de humanização da assistência à saúde é fundamental para a efetivação do SUS. Apesar de o tema humanização da saúde provocar debates, visto sua questão principal, ou seja, a necessidade de humanizar o humano, não se pode descartar a imprescindível reflexão em torno da condição da assistência. (GARCIA *et al.*, 2010, p. 832).

Traremos aqui, retomando as perspectivas citadas, colocando a lupa nos processos moleculares e nos desenvolvimentos possíveis, algumas contribuições da pesquisa atual sobre o tema para que esta sirva tanto como produção de conhecimento quanto de fomento para novas intervenções (seja no âmbito da assistência, pesquisa e/ou gestão), tendo em vista a capacidade transformadora das ações no tempo⁸¹. Embora ainda persistam todas as características já amplamente citadas sobre o funcionamento organizacional em todos os trabalhos e, de forma hegemônica, aparentemente cada vez em menor grau, houve uma mudança significativa no que tange a postura dos atores envolvidos.

⁸⁰ “A evolução do capital exige trabalhadores capazes de lidar com as tecnologias constantemente renovadas, o que exige formação. Do mesmo modo, precisa de profissionais sadios para que o processo produtivo seja o mais rentoso” (GARCIA *et al.*, 2010, p. 812). Contudo, o que o estudo desvela é que, na prática, entre outras coisas, há: problemas de comunicação, falta de profissionais e de condições de trabalho, demanda excessiva, descontentamento dos profissionais, baixa remuneração, área física inadequada, falta de capacitação, rotinas hospitalares rígidas.

⁸¹ Acompanhando Pelbart *apud* Corrêa (2006), tomaremos aqui a noção de tempo como o tempo do devir. Diferente do tempo cronológico é um tempo não hierarquizado, não linear, mas um tempo que se passa entre dois, de coexistências.

Não se sabe em que medida um influencia o outro, nem o grau de tensionamento exigido para tanto, contudo, podemos atribuir parte da potência dessas mudanças à possibilidade da coletividade. Muito embora elas ocorram em alguns momentos a despeito do coletivo, de forma isolada, seu alcance é menor no sentido da promoção de mudanças efetivas. Seja de forma micro ou macro, instituída ou instituinte, constituir coletivos possibilita o estremecimento das estruturas rígidas ao colocar os conflitos, divergências, controvérsias no jogo limpo das relações, não escondê-las como se inexistentes fossem – reflexo de uma organização pretensamente ilibada. Isto pôde ser demonstrado a partir da observação direta e do uso da técnica “Roda de Conversa”, para análise da atividade e para discussão sobre os temas propostos, assim como, muitas vezes, nesses espaços democráticos e de abertura para a fala e escuta, foi referido nas falas dos participantes em relação a outras atividades realizadas na organização.

Com o interesse de estudar o trabalho coletivo como um produtor de saúde para os trabalhadores, Farias (2011) conclui a partir de uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos, dissertações e teses sobre o trabalho em serviços de saúde pública no Brasil, que

[...] o trabalho nos serviços de saúde pública tem sido estudado por diversos especialistas, que destacam a importância do trabalho coletivo ao mesmo tempo em que denunciam os obstáculos importantes enfrentados na gestão dos serviços. (FARIAS, 2011, p. 85).

A autora destaca “[...] a necessidade da existência de mais contato, afetos, trocas e debates entre os sujeitos que vivem e realizam a gestão da aprendizagem diária da sua atividade”. (FARIAS, 2011, p. 85). Para ela, o encontro de experiências promove a construção e um processo contínuo de aprendizagem.

Segundo Farias (2011), o trabalho coletivo efetivo se dá através dos vínculos que se constroem com a convivência e com a troca de experiências e de uma liberdade que permita o questionamento das regras formais da atividade. A preocupação dos pesquisadores gira em torno da importância do entendimento do trabalho coletivo, pois, para eles, isto influiria no aumento ou diminuição do potencial deste coletivo, o que estaria atrelado à forma como se dá a interação entre os profissionais e a organização.

Para Farias (2011), o trabalho coletivo acontece, para além das arbitragens coletivas, também a partir de escolhas individuais. Sendo assim, o gerir-se promove a reformulação das normas prescritas tanto pelos sujeitos, quanto pelos coletivos.

A pesquisa demonstra que as dificuldades do trabalho em instituições de saúde têm sido enfrentadas pelos trabalhadores com estratégias de ação conjuntas e a sua eficácia depende da cooperação entre estes “[...] a qual se opera a partir da construção de um coletivo

que não seja apenas um grupo composto por indivíduos heterogêneos, mas sim o resultado da relação de confiança construída entre pessoas que atuam em conjunto.” (FARIAS, 2011, p.87).

Os profissionais envolvidos com o processo de cuidar estão articulados a uma rede que pressupõe sua afetação e sensibilização. Eles são, ao mesmo tempo, produtores e atores de suas próprias cenas; por isso, operam a gestão de suas vidas profissionais enfrentando os complexos problemas inerentes aos serviços públicos no Brasil. De um modo geral, diante da organização do trabalho, eles se mostram interessados e procuram fazer o possível para darem conta de suas tarefas. (FARIAS, 2011, p. 88).

Sendo assim, a convivência e a reflexão coletiva sobre os acontecimentos têm potencial transformador da capacidade de criação. Mesmo em condições onde o coletivo de trabalho parece camuflado, há um coletivo atuante e há respostas positivas dos profissionais frente aos obstáculos e demandas do dia a dia.

A pesquisa aponta que as vivências grupais nas atividades em serviços de saúde dão suporte e sentido ao trabalho. O trabalho coletivo como montagem exige consistência e engates que proporcionem invenção e produção de sentido. Sendo assim, conclui que, na gestão de si, no enfrentamento dos complexos problemas ligados aos serviços públicos no Brasil, destaca-se “... a necessidade de que os cuidados com a saúde dos usuários, assim como a saúde dos profissionais, devam ser considerados conjuntamente.” (FARIAS, 2011, p. 88).

A dizibilidade do coletivo permitiu dar visibilidade ao que parece permitir estes encontros entre diferentes, mas concretos, atores: as emoções, os afetos, a capacidade de ser afetado. A abertura do grau de transversalidade, a partir dos dados colhidos por esta pesquisa, permitiu demonstrar que a mudança, quase sempre imperceptível, latente, nem por isso deixar de acontecer e produzir os seus efeitos. Falamos aqui de uma mudança tanto na relação staff-aluno, profissional de saúde-paciente, quanto na relação profissional de saúde-profissional de saúde; entre outras relações que permeiam esse campo circunscrito. Constatamos, a princípio, que as proposições, mesmo as que tendem a ser mais oficiais do ponto de vista organizacional, apresentam maior potencialidade para se tornarem disparadoras de processos de mudança, quando o coletivo⁸², de alguma forma, se sente afetado por elas.

Assim, pudemos observar, tanto diante de uma lupa “particular” (pesquisador) quanto de uma lupa coletiva (copesquisadores) que, embora a repetição de fato aconteça, ela não exclui a existência de movimentos cada vez mais potentes de mudança, de estilização e de

⁸² Falamos aqui de um coletivo, mas as propostas podem afetar mais de um coletivo ou, até mesmo, de formar coletivos a partir da afetação de indivíduos.

singularização. As experiências vivenciadas e relatadas pelas participantes e as observações em campo dos processos, indicam que atividades como a Discussão Multiprofissional de Casos Clínicos na Internação, a Reunião de Serviços e os Rounds Multiprofissionais com vistas a produção de um Plano Terapêutico Singular, indicam o funcionamento da PNH enquanto política pública consolidada e que independe, em certa, mas expressiva medida, da vontade exclusiva do aparelho de Estado ou mesmo da gestão oficial das organizações⁸³. É o coletivo que, de fato, nesses espaços, parece sustentar os princípios da PNH: o aumento do grau de transversalidade e a corresponsabilidade da atenção e da gestão. Com isso, ao acompanhar o movimento deste campo que, no momento da pesquisa, não tinha uma organização oficial no sentido da humanização, pudemos presenciar o funcionamento da PNH, conforme preconizado por Pasche, Passos e Hennington (2011), fruto de uma relação de complementaridade entre macro e micropolítica, de estratégias extensivas e intensivas.

Acompanhamos, tanto através das falas dos participantes ao analisarem a sua atividade, o objeto desta e os outros envolvidos nela- afinal para a Clínica da Atividade toda atividade é dirigida -, quanto através das observações e registros da pesquisadora pretensamente engajada em um processo de pesquisar que considera as suas implicações, ainda mais diante de seu triplo papel como “profissional de saúde”- trabalhadora- formadora- pesquisadora – movimentos que caminham em uma nova forma de produzir saúde, uma nova forma de subjetivar-se dentro das perspectivas da PNH.

Através da ampliação do grau de transversalidade que se dá através de diversas formas de intervenção - e essa (a pesquisa) é uma delas - alcançamos, aos poucos, em passos miúdos, mas firmes - não sem cansar, mas de forma insistente e persistente - a produção de subjetividades protagonistas, corresponsáveis, cogestoras, que caminham no sentido de uma produção de saúde integral.

Por fim, este trabalho de pesquisa deixa algumas questões/inquietações para, quem sabe, um *por vir*. Estas dizem respeito à necessidade de uma visitação, ou melhor, de uma revisitação do tema dos afetos na formação dos profissionais de saúde e nas práticas de cuidado em saúde, já que estes se mostram afetivamente potentes, ao mesmo tempo que aparentemente negligenciados, para as mudanças pretendidas. Não será preciso revisitado este

⁸³ Em relação às atividades citadas que iniciaram em função da parceria com o HSL, não se sabia se haveria continuidade com o fim desta e/ou com a posse do novo gestor. A atividade citada que foi deflagrada a partir do trabalho desenvolvido pelo NUST, se manteve após o fim do mesmo e com a mudança de gestão. O fato é que encontramos pistas (novos modos de afetação, funcionamento coletivo), mas não se sabe ao certo o que deflagra e sustenta esses processos.

tema para mudarmos de alguma forma a lógica da formação em saúde, principalmente em relação aos gêneros historicamente forjados numa concepção de saúde e em modelo de gestão obsoletos, mas que ainda exercem fortemente o seu poder? Não será preciso revisitar o tema dos afetos na formação e no cuidado em saúde para que prossigamos, de forma mais substancial e efetiva, na implementação de uma lógica que toma a saúde em sua concepção integral e que possa seguir em frente com o intento de produzir subjetividades sujeitas, autônomas, corresponsáveis, cogestoras?.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, 2007.
- AMIN, T. C. C. *Projeto institucional e as iniciativas de trabalho condizentes com a Política Nacional de Humanização do SUS*. Rio de Janeiro: IPEC/FIOCRUZ, 2005. 31 p. Mimeografado.
- BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 261-306.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. 204p.
- BARROS, M. E. B.; TEIXEIRA, D. V. ; LOUSADA, A. P. Clínica da Atividade em uma via deleuziana: por uma Psicologia do Trabalho. *Informática na Educação: teoria & prática*, Porto Alegre, v. 12, p. 25-43, 2008.
- BARROS, R. B. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2009. 350p.
- BENDASSOLLI, Pedro F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. *Revista mal-estar e subjetividade*, Fortaleza, v. X, n. 1, p. 63-98, mar. 2011.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005a. Disponível em: <<http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/02/17.1.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- BENEVIDES, R. ; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 561-571, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300014&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a implementação do HumanizaSUS*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizasus/11-humanizasus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS: material de apoio*. 3. ed. Brasília: MS, 2006. 84p. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.
- CARDOSO, C. G. *Trabalho em equipe multiprofissional: relações interprofissionais e humanização da assistência hospitalar em doenças infecciosas*. 2010. 182 f. Dissertação (Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- CARDOSO, C.G; HENNINGTON, H. A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 85-112, 2011.
- CHAVES, A. G. C. R. et al. Na composição de um mosaico: investigações entre a experiência e o sintoma nos processos de formação em humanização. *Saúde & Transformação Social*, Santa Catarina, v. 5, p. 69-78, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3274/3847>>. Acesso em: 3 jan. 2017.
- CLOT, Y. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. *Fractal: revista de psicologia*, Niterói, v. 22, n. 1, p. 207-234, jan./abr. 2010b.
- CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- CLOT, Y. *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010a.
- CORRÊA, S. L. Esquizoanálise: clínica e subjetividade. *Avesso do Avesso*, Araçatuba, v. 4, n. 4, p. 33-51, nov. 2006.
- FARIAS, M. M. *A dimensão coletiva do trabalho entre "nós" e suas multiplicidades*. 2011. 93f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.
- FOUCAULT, M. Nietzsche: a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009a. p.15-37.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009b. p. 99-111.
- GARCIA, A.V. et al. O Grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Subjetividade e historia: em micropolíticas: cartografias do desejo*. Petrópolis; RJ: vozes, 1996.

GUIMARÃES, M. R. C. *Hospital de Manguinhos: 90 anos de pesquisa clínica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; IPEC, 2009.

HENNINGTON; E. A. *et al. Desafios da humanização em instituto de pesquisa: experiências e reflexões*. Rio de Janeiro: IPEC/FIOCRUZ. 2008-2012. 21p. (Relatório Técnico do Comitê de Humanização). Mimeografado.

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS. *O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI): missão*. Disponível em: <<https://www.ini.fiocruz.br/o-ini>>. Acesso em: 4 fev. 2017.

LOURAU, R. *Rene lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MAIA, M. A. B. *O corpo invisível do trabalho: cartografia dos processos de trabalho em saúde*. 2006. 196 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Departamento de Psicologia, Niterói, 2006.

MENICUCCI, T. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.77-92, jan./mar. 2014.

MUNIZ, H. *A gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*. 2000. 172 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro- COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2000.

OSORIO, C. Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho. *Informática na Educação: teoria e prática*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 41- 49, Jan./Jun. 2010.

PASCHE, D. F. ; PASSOS, E. ; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PASSOS, E. ; BENEVIDES, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista EPOS*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 156-181, jun. 2014.

Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178700X2014000100009&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 nov. 2016.

SILVA, C. O. Clínica da atividade e análise institucional: Inflexões do transformar para compreender. In: SILVA, C. O.; ZAMBONI, J.; BARROS, M. E. B. (Org.) *Clínicas do trabalho e análise institucional*. Vitória: EDUFF, 2015. p. 28-55. (No prelo).

SILVA, P. M. ; ROCHA, M. S. O ato médico e a subjetividade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 69-81, mar. 2008.

SIQUEIRA, M. C. G. ; LEOPARDI, M. T. O processo ensino-aprendizagem na formação de trabalhadores do SUS: reflexões a partir da experiência da ETSUS. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 119-136, jan./abr. 2016.

SOARES, L. B; MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa?. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 408-424, maio/ago. 2009. Universidade do Estado do Rio de Janeiro., Brasil. Disponível em:
<<http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a10.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2016.

SPONHOLZ, T. *et al.* Processo de trabalho na residência médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 67-87, 2016. Suplemento1.

TEDESCO, S. H.; PINHEIRO, D. A. L. A clínica da atividade e o dialogismo Bakhtiniano: por uma psicologia do estilo. In: AMADOR, F. S.; BARROS, M. E. B., ; FONSECA, T. M. G. (Org.). *Clínicas do trabalho e o paradigma estético*. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. p. 189-209. Volume 1.

ANEXO A – OFÍCIO CIRCULAR DHGMS/ RJ Nº



Diretoria de Gestão da Rede dos Hospitais do
Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

OFÍCIO CIRCULAR DHGMS/RJ Nº 15

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2005

Assunto: Indicação e convite para a Oficina de Implantação da Câmara Técnica de Humanização

Caro Sr. Diretor(a)/Responsável pelos Hospitais Federais do MS-RJ

A Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, é por um lado, fruto de um debate no campo da saúde pública interessada em fazer avançar os princípios do SUS. E Por outro, protagonista neste debate fazendo propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos Serviços, são operados pelos gestores, trabalhadores e usuários.

Como política transversal e com claras propostas de alteração dos modelos de atenção e de gestão comprometidas com a melhoria da qualidade da saúde – tanto para usuários, quanto para trabalhadores – a PNH retomou, com a atual gestão do Ministério da Saúde (MS) suas ações, redesenhando modos de funcionar e estabelecendo prioridades em consonância com as necessidades expressas pelos estados, municípios e serviços.

Hoje o Rio de Janeiro, após o processo de Requisição dos Hospitais Federais e a partir da instalação da Assessoria Especial da Região Metropolitana do Rio de Janeiro por intermédio da Diretoria dos Hospitais sob Gestão do MS no RJ e da Secretaria Executiva da Comissão Metropolitana de Saúde, a PNH foi considerada uma das políticas estruturantes e em necessária articulação com as demais políticas de atenção e gestão para garantir sustentação/apoio ao Estado e municípios no sentido de alterar o grave quadro de saúde da população fluminense.

Desta forma, solicito que seja enviada a esta Diretoria a indicação de dois representantes da Unidade hoje Coordenada/Dirigida por vossa senhora, que, em conjunto com a presença do senhor (a), participarão da Oficina de Implantação da Câmara Técnica de Humanização: HumanizaRio; a presença da PNH no Rio de Janeiro, que ocorrerá nos dias 03 e 04 de outubro de 2005 no Auditório Central do

1 de 2

Handwritten signature and initials

Hospital dos Servidores do Estado, cito a rua: Sacadura Cabral nº 176 - Bairro. Saúde
- Rio de Janeiro - Dia 03 de 9 às 17:00 e dia 04 de 9 às 12:30 h.

Esta Oficina terá como um dos objetivos: a construção de um Mapa de Iniciativas de Humanização, em curso nos hospitais, um Mapa de Demandas, de um Plano de ação de Humanização e da instauração da Câmara Técnica de Humanização. Neste sentido, consideramos de fundamental importância que os indicados conheçam a realidade institucional e possam assumir posição de liderança no processo de implantação/fortalecimento/multiplicação das ações da PNH na instituição

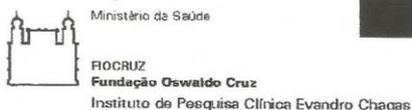
Atenciosamente,


Dr. Valcley Rangel Fernandes

Diretoria de Gestão dos Hospitais do Ministério da Saúde

Srs. Diretores e Diretoras	Resp. pela gestão dos Hosp. Fed. MS/RJ
Hospital Geral de Bonsucesso	Hospital Geral de Jacarepaguá
Hospital dos Servidores do Estado	Hospital do Andaraí
Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia	Hospital da Lagoa
Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras	Hospital de Ipanema
Instituto Nacional do Câncer	
Hospital Universitário Antônio Pedro	
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	
Hospital Universitário Gafres - Guinle	
→ Instituto Evandro Chagas	
Instituto Fernandes Figueira	
Hospital Universitário Pedro Ernesto	

ANEXO B – PORTARIAS/ COMITÊS DE HUMANIZAÇÃO IPEC



PORTARIA DA DIREÇÃO

Número	
24/2005	
Folha	De
01	01

A Direção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1.0 PROPÓSITO

Designar o Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas para a função que especifica.

2.0 OBJETIVO

Sistematizar as ações já implantadas na instituição voltadas a Humanização da atenção ao cliente compreendidas como Acolhimento, Respeito, Resolutividade e Participação na gestão.

3.0 COMISSÃO

Adriana Costa Bacelo	Membro
Ana Claudia Celestino Leite	Membro
Antonio Carlos Cruz de Souza	Membro
Braní Rozemberg	Membro
Elaine Ferraz Cascardo	Membro
Flávia Cristina P. C. Barbosa	Membro
Henrique Anderson Silva	Membro
Iracema Forni Vieira	Membro
José Cerbino Neto	Membro
José Liporage Teixeira	Membro
José Luiz Gatto Pereira	Membro
Kátia Santos do Nascimento	Membro
Liane Maria Braga da Silveira	Membro
Márcia Franco Silva	Membro
Maria Aparecida Cavalcante Fonseca	Membro
Maria de Fátima Madeira	Membro
Nilza de Oliveira Pereira	Membro
Odílio de Souza Lino	Membro
Rosanea Ignacio da Silva	Membro
Simone da Rocha P. Ferreira	Membro
Solange Alves da Cruz	Membro
Sonia Maria F. da Silva	Membro
Tereza Cristina C. Amin	Membro



Ministério de Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas



Ubirajara Cosme Mello de Oliveira	Membro
Valdílea G.V. Santos	Membro
Valéria Maria Waltrick da Silva	Membro
Yara Hahr Marques Hokerberg	Membro

4.0 VIGÊNCIA

A presente Portaria entra em vigor a partir da data de publicação.


 Dra. Keyla Belizia Feldman Marzochi

Cancela	Altera	Distribuição IPEC	Data 03/11/2005
---------	--------	----------------------	--------------------



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
 INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS



PORTARIA DA DIREÇÃO

Número		128/2008
Folha	De	
01	01	

A Direção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1.0 PROPÓSITO

Designar o Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC para a função que especifica.

2.0 OBJETIVO

Sistematizar e fortalecer as ações já implantadas na instituição voltadas a Humanização da atenção ao cliente compreendidas como Acolhimento, Respeito, Resolutividade e Participação na gestão, assim como representar o IPEC junto à Câmara Técnica de Humanização/MS.

3.0 COMISSÃO

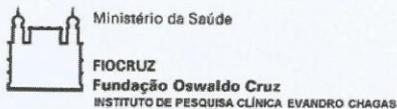
Nilza de Oliveira Pereira	Mat SIAPE: 0462864	Coordenador
Márcia Franco Silva	Mat SIAPE: 0464051	Membro
Jose Liporage Teixeira	Mat SIAPE: 0464926	Membro
Elida Azevedo Hennington	Mat SIAPE: 1557095	Membro
Maria do Socorro Ferraz Machado	Mat SIAPE: 1631340	Membro
Corina Helena Figueira Mendes	Mat SIAPE: 1533482	Membro
Lusiele Guaraldo	Mat SIAPE: 1555807	Membro

4.0 VIGÊNCIA

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Portaria nº 24/2005.

V. Veloso
 Dra. Valdílea Gonçalves Veloso dos Santos

Cancela	Altera	Distribuição IPEC	Data 10/09/2008
---------	--------	----------------------	--------------------



PORTARIA DA DIREÇÃO

Número	131/2008	
Folha	De	
01	01	

A Direção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1.0 PROPÓSITO

Designar o Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC para a função que especifica.

2.0 OBJETIVO

Sistematizar e fortalecer as ações já implantadas na instituição voltadas a Humanização da atenção ao cliente compreendidas como Acolhimento, Respeito, Resolutividade e Participação na gestão, assim como representar o IPEC junto à Câmara Técnica de Humanização/MS.

3.0 COMISSÃO

Elida Azevedo Hennington	Mat SIAPE: 1557095	Coordenador
Níza de Oliveira Pereira	Mat SIAPE: 0462864	Membro
Márcia Franco Silva	Mat SIAPE: 0464051	Membro
Jose Liporage Teixeira	Mat SIAPE: 0464826	Membro
Maria do Socorro Ferraz Machado	Mat SIAPE: 1631340	Membro
Corina Helena Figueira Mendes	Mat SIAPE: 1533482	Membro
Lusiele Guaraldo	Mat SIAPE: 1555807	Membro

4.0 VIGÊNCIA

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Portaria nº 128/2008 de 10/09/2008.

V. V. Santos
Dra. Valdílea Gonçalves Veloso dos Santos

Cancela	Altera	Distribuição IPEC	Data 18/09/2008
---------	--------	----------------------	--------------------



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
 INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS



PORTARIA DA DIREÇÃO

Número	19/2009	
Folha	01	De 01

A Direção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1.0 PROPÓSITO

Designar o Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC para a função que especifica.

2.0 OBJETIVO

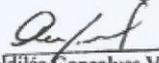
Sistematizar e fortalecer as ações já implantadas na instituição e fomentar novas práticas voltadas à humanização da atenção em saúde compreendidas como Acolhimento, Respeito, Qualidade, Resolutividade e Participação na gestão, assim como representar o IPEC junto à Câmara Técnica de Humanização/MS.

3.0 COMISSÃO

Elida Azevedo Hennington	Mat SIAPE: 1557095	Coordenador
Christiane Fonseca de Almeida	Mat SIAPE: 1554125	Membro
Corina Helena Figueira Mendes	Mat SIAPE: 1533482	Membro
Livia Dumont Facchinetti	Mat SIAPE: 1533142	Membro
Lusiele Guaraldo	Mat SIAPE: 1555807	Membro
Márcia Franco Silva	Mat SIAPE: 0464051	Membro
Maria do Socorro Ferraz Machado	Mat SIAPE: 1631340	Membro
Martha Vieira Rodrigues	Mat SIAPE: 0629183	Membro
Nilza de Oliveira Pereira	Mat SIAPE: 0462864	Membro

4.0 VIGÊNCIA

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.


 Dra. Valdílea Gonçalves Veloso dos Santos

Cancela	Altera	Distribuição IPEC	Data 04/05/2009
---------	--------	----------------------	--------------------

PORTARIA DA DIREÇÃO

Número	
19/2010	
Folha	De
01	01

A Direção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1.0 PROPÓSITO

Designar o Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC para a função que especifica.

2.0 OBJETIVO

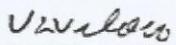
Sistematizar e fortalecer as ações já implantadas na instituição e fomentar novas práticas voltadas à humanização da atenção em saúde compreendidas como Acolhimento, Respeito, Qualidade, Resolutividade e Participação na gestão, assim como representar o IPEC junto à Câmara Técnica de Humanização/MS.

3.0 COMISSÃO

Elida Azevedo Hennington	Mat SIAPE: 1557095	Coordenador
Cristiane Fonseca de Almeida	Mat SIAPE: 1554125	Membro
Corina Helena Figueira Mendes	Mat SIAPE: 1533482	Membro
Livia Dumont Facchinetti	Mat SIAPE: 1533142	Membro
Lusiele Guaraldo	Mat SIAPE: 1555807	Membro
Márcia Franco Silva	Mat SIAPE: 0464051	Membro
Maria do Socorro Ferraz Machado	Mat SIAPE: 1631340	Membro
Maria Regina Cotrim Guimarães	Mat SIAPE: 0463801-9	Membro
Patricia Celestino dos Santos Mauro	Mat SIAPE: 1197662	Membro
Rogério Valls de Souza	Mat SIAPE: 0463646-6	Membro

4.0 VIGÊNCIA

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a portaria 19/2009 de 04/05/2009.


 Dra. Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos

Cancela	Altera	Distribuição IPEC	Data 15/10/2010
---------	--------	----------------------	--------------------



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas



PORTARIA DA DIREÇÃO

Número		160/2013
Folha	De	
01	01	

A Direção do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1.0 PROPÓSITO

Designar o Comitê de Humanização do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC para a função que especifica.

2.0 OBJETIVO

Sistematizar e fortalecer as ações já implantadas na instituição e fomentar novas práticas voltadas à humanização da atenção em saúde compreendidas como Acolhimento, Respeito, Qualidade, Resolutividade e Participação na gestão, assim como representar o IPEC junto à Câmara Técnica de Humanização/MS.

3.0 COMISSÃO

Eunes de Castro Milhomen	Mat SIAPE: 1552273	Presidente
Raquel Lisboa Oliveira	Mat SIAPE: 1510831	Membro
José Cerbino Neto	Mat SIAPE: 2310096	Membro
Michele Fernanda Borges da Silva	Mat SIAPE: 1350258	Membro
Kátia Regina de Oliveira Azevedo Rocha	Mat SIAPE: 1634284	Membro
Noemi Pereira Lorenzi	Mat SIAPE: 0464075	Membro
Solange Alves da Cruz	Mat SIAPE: 0463406	Membro
Estevão Portela Nunes	Mat SIAPE: 1555986	Membro
Claudia Santos de Aguiar Cardoso	Mat SIAPE: 1286311	Membro

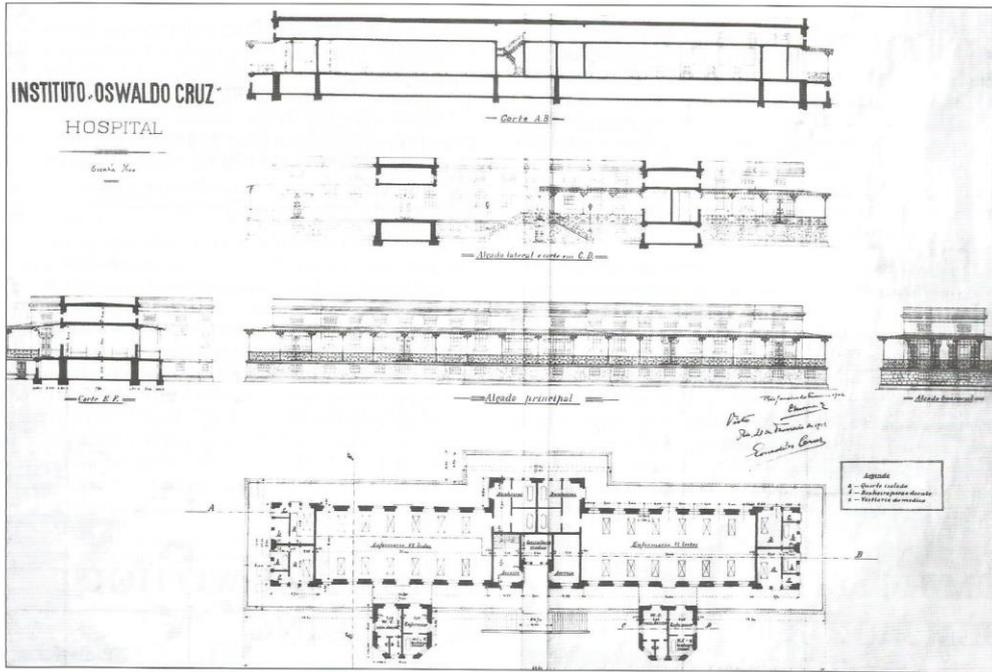
4.0 VIGÊNCIA

Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a portaria 19/2010 de 15/10/2010.

Dr. Alejandro Marcel Hasslocher Moreno

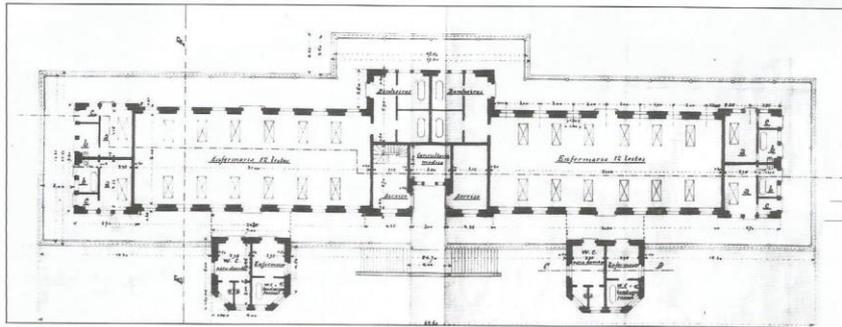
Cancela	Altera	Distribuição IPEC	Data 17/09/2013
---------	--------	----------------------	--------------------

ANEXO C – PLANTA DO HOSPITAL/INI

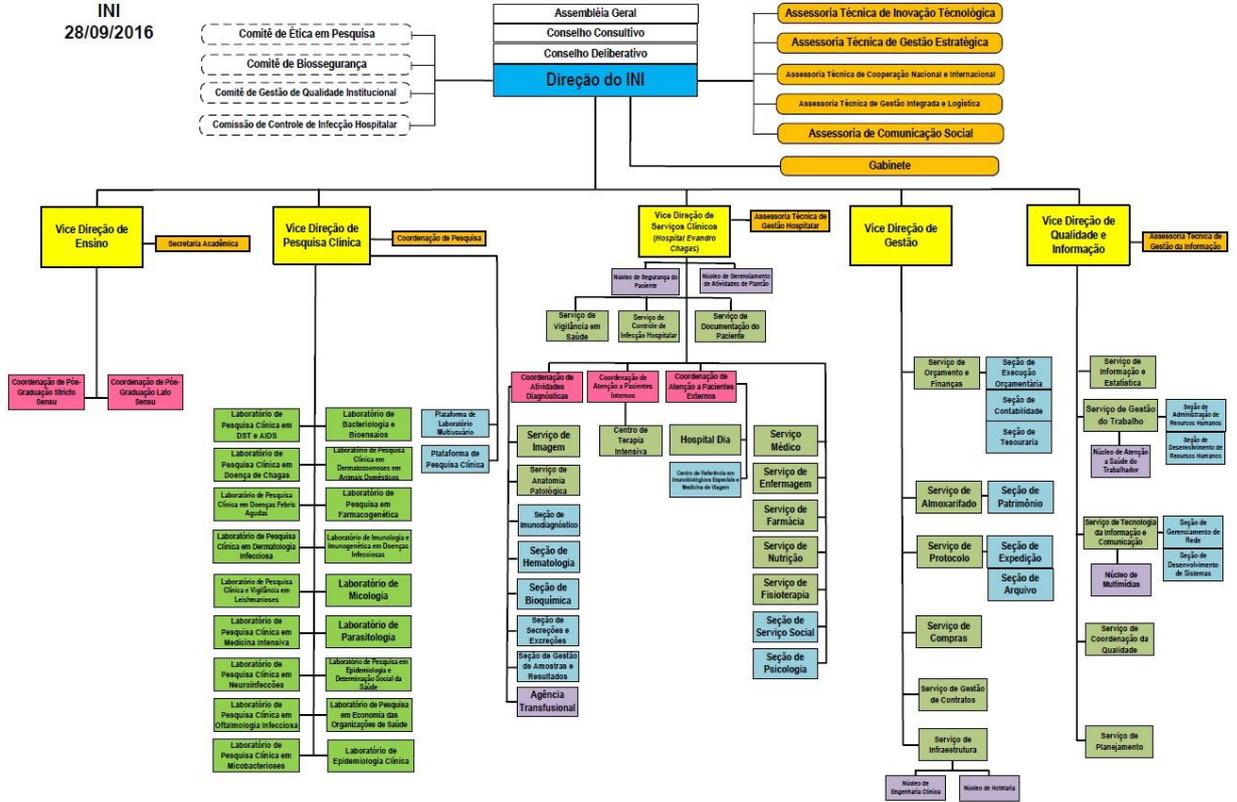


Planta Hospital (Benchimol tomo II, pg 163)

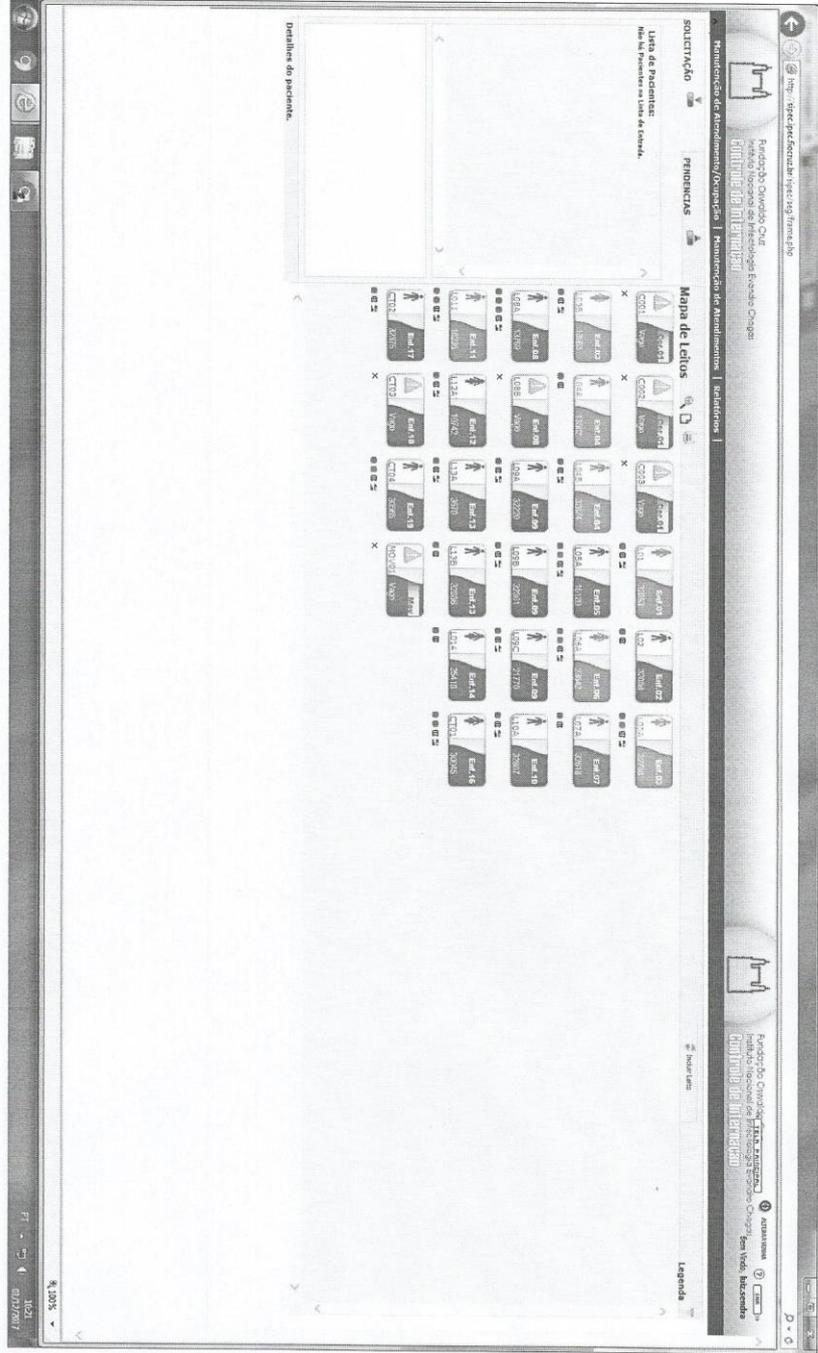
Photograph of the Hospital floor plan (Benchimol, volume II, p. 163).



ANEXO D – ORGANOGRAMA/INI



ANEXO E – MAPA DE LEITOS/INI



ANEXO F – BOLETIM 2017/SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DO INI

MOVIMENTO/INDICADOR		MÊS												TOTAL					
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO			
ENTRADAS		57	54	45	42	57	59	37	56								314	93	407
Internação		21	22	23	23	20	35	19	23								144	42	186
Reinternação		36	32	22	19	37	24	18	33								170	51	221
Homem		35	32	28	31	21	31	22	35								178	57	235
Mulher		22	22	17	11	36	28	15	21								136	36	172
Portador de doença infecciosa atendido ⁽¹⁾		57	52	40	32	46	47	29	35								274	64	338
SALDAS		57	53	43	42	60	54	42	52								309	94	403
Alta Médica		43	36	34	35	49	46	32	42								243	74	317
Transferência		7	6	5	3	4	4	6	4								29	10	39
Óbito		6	9	1	3	7	4	4	5								30	9	39
Evasão		1	1	-	-	-	-	-	1								2	1	3
A pedido (a revelar)		-	1	3	1	-	-	-	-								5	-	5
Óbito com menos de 24h		2	3	-	1	-	-	-	-								6	-	6
Leito-dia oficial (CNEC - incluído CTI)		25	25	25	25	25	25	25	25								150	50	200
Leito-mês oficial (CNEC - incluído CTI)		775	700	775	750	775	750	775	775								4.525	1.550	6.075
Leito-dia Enfermaria		18	20	20	20	20	20	20	20								118	40	158
Leito-mês Enfermaria		558	570	620	600	620	600	620	620								3.568	1.240	4.808
Leito-dia (incluído CTI)		22	24	24	24	24	24	24	24								142	48	190
Leito-mês (incluído CTI)		682	662	744	720	744	720	744	744								4.272	1.488	5.760
Paciente-dia (incluído CTI)		22	22	22	22	24	21	23	23								22	8	15
Paciente-mês		668	614	672	653	742	621	712	710								3.970	1.422	5.392
Paciente - mês < 24 horas		4	6	4	1	7	7	-	-								29	-	29
Paciente - mês >= 24 horas		664	608	668	652	735	614	712	710								3.941	1.422	5.363
Taxa de ocupação hospitalar - oficial (CNEC)		86,2	87,7	86,7	87,1	95,7	82,8	91,9	91,6								87,7	91,7	88,8
Taxa de ocupação hospitalar ⁽²⁾		97,9	92,7	90,3	90,7	99,7	86,3	95,7	95,4								92,9	95,6	93,6
Taxa de ocupação operacional ⁽³⁾		95,5	90,6	90,3	89,6	97,3	85,3	94,0	94,4								91,4	94,2	92,8
Quantidade de dias com taxa de ocupação diária maior que 100%		9	5	-	5	11	4	9	6								6	8	6
Percentual de dias com taxa de ocupação diária maior que 100%		29,0%	17,9%	0,0%	16,7%	35,5%	13,3%	29,0%	19,4%								18,7%	24,2%	20,1%
Taxa de reinternação		63,2	59,3	48,9	45,2	64,9	40,7	48,6	58,9								54,1	54,8	54,3
Taxa de reinternação no período		-	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4								0,1	0,3	0,2

CAPA

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
 Vice-Direção de Serviços Clínicos - Serviço de Internação
 TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES
 2017

TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES
2017

MOVIMENTO/ INDICADOR	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
Coefficiente de mortalidade	10,5	17,0	2,3	7,1	11,7	7,4	9,5	9,6					9,7	9,6	9,7
Coefficiente de mortalidade - óbitos com menos de 24h	3,5	5,7	-	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	-	1,5
Tempo médio permanência	11,7	11,6	15,6	15,5	12,4	11,5	17,0	13,7					12,8	15,1	13,4
Índice de renovação ⁽²⁾	2,6	2,2	1,8	1,8	2,5	2,3	1,8	2,2					2,2	2,0	2,1
Intervalo de substituição ⁽³⁾	0,2	0,9	1,7	1,6	0,0	1,8	0,8	0,7					1,0	0,7	0,9
Necropsia	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Taxa de necropsia	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-

Fonte: Serviço de Informação Estatística e Secretaria do Serviço de Internação.

(1): Obito através do censo diário - controle interno do SIE. Inclui pacientes remanescentes do ano anterior.

(2): Taxa calculada com base nos leitos operacionais não oficializados no CNES.

(3): Indicador calculado com base nos leitos disponíveis não oficializados no CNES incluindo leitos extras.

(4): A partir de 2013 passaram a calcular os indicadores de internação considerando os leitos de CTT na contagem de Leito-dia.

NOTA:

1. **Leitos instalados** (portaria sasms nº 312, de 30 de abril de 2002): leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por um certo período, por qualquer razão. Termos equivalentes: leitos permanentes, leitos fixos, leitos ativos.

Notas técnicas: Os leitos instalados devem corresponder aos leitos informados no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

2. **Leitos operacionais** (portaria sasms nº 312, de 30 de abril de 2002): são os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados. Termos equivalentes: leitos disponíveis.

Notas técnicas: Inclui os leitos extras que estiverem sendo utilizados.

3. **Leitos no INI**: Desde 2012 estão cadastrados no CNES 25 leitos de enfermaria, incluindo os 4 leitos de CTT (ainda não autorizados). Houve redução no número de leitos da Enfermaria (de 25 para 20) conforme solicitação Anvisa em dia 11/06/2015. A partir de 2013 passou-se a considerar os leitos de CTT na contagem de Leito-dia de acordo com a Portaria SASMS nº 312/2002.

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
Vice-Direção de Serviços Clínicos - Serviço de Internação
TABELA 1.2 - INTERNAÇÃO POR DIAGNÓSTICO INICIAL
2017

DIAGNÓSTICO	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
Acidente Ofídico	2	-	1	-	2	4	1	-					9	1	10
Chagas	1	2	1	2	3	1	1	3					10	4	14
Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Dengue	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Dengue	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	1	-	-	-	-	-	1	-					1	1	2
Esporotricose	-	-	-	-	-	-	-	-					6	1	7
Hanseníase	-	-	1	-	2	2	-	1					3	1	3

TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES

MOVIMENTO/ INDICADOR	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
Hepatite	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	3
Histoplasmose	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1	2
HTLV	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
Influenza	2	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	5	-	5
Leishmaniose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirose	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Malária	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3	1	4
Paracoccidiodomicose	-	1	3	-	-	3	-	2	-	-	-	-	7	2	9
Pneumonia por Pneumocystis Carinii (PCP)	1	1	2	3	-	2	2	4	-	-	-	-	9	6	15
Pneumonia	6	-	3	3	4	-	4	2	-	-	-	-	16	6	22
Sarkoma de Kaposi	1	3	-	-	1	2	1	1	-	-	-	-	7	2	9
Sepsis	5	1	2	2	4	-	-	4	-	-	-	-	14	4	18
Sida/HIV	8	6	11	29	29	33	22	40	-	-	-	-	116	62	178
Sífilis	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Síndrome consupliva	-	-	-	1	-	-	3	2	-	-	-	-	1	5	6
Toxoplasmose	1	2	-	1	4	-	-	2	-	-	-	-	8	2	10
Tuberculose	7	5	3	8	1	8	2	4	-	-	-	-	32	6	38
Outra doença/ Síntoma	24	33	27	21	37	30	21	29	-	-	-	-	172	50	222
TOTAL	62	59	58	75	90	90	61	95	-	-	-	-	434	156	590

Fonte: Serviço de Informação Estatística

Obs.: Inclui todos os pacientes que entraram na internação no período. Cada paciente pode ter mais de um diagnóstico inicial. Dados atualizados por reclassificação em set/2017.

TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES

MOVIMENTO/INDICADOR	2017												TOTAL		
	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
DIAGNÓSTICO	MÊS												TOTAL		
Acidente Ofídico	3	-	-	-	2	3	2	-	-	-	-	-	8	2	10
Acidente vascular cerebral	1	-	4	-	2	1	-	-	-	-	-	-	8	-	8
Chagas	4	7	7	8	4	4	5	3	-	-	-	-	34	8	42
Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chippococose	2	1	-	1	-	-	2	3	-	-	-	-	4	5	9
Chipposporidíase	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3	1	4
Esporidíose	1	-	2	-	1	4	-	2	-	-	-	-	8	2	10
Hanseníase	-	-	1	1	2	1	3	-	-	-	-	-	5	3	8
Hepatite	1	2	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	6	-	6
Histoplasmose	1	-	1	2	-	1	1	1	-	-	-	-	5	2	7
HTLV	2	1	1	3	2	-	2	-	-	-	-	-	9	2	11
Leishmaníose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptosírose	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Malária	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	2
Meningite	2	1	1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	7	1	8
Paracoccidioníose	-	-	3	1	-	1	2	-	-	-	-	-	5	2	7
Pneumonia	7	3	6	1	5	4	7	3	-	-	-	-	26	10	36
Pneumonia por pneumocisto Garthii (PCP)	1	2	1	-	2	-	4	4	-	-	-	-	6	8	14
Sarkoma de Kaposi	-	1	-	1	3	-	2	1	-	-	-	-	5	3	8
Sepse	5	5	-	2	1	3	3	1	-	-	-	-	16	2	18
SIDA/HIV	38	31	23	19	33	28	22	36	-	-	-	-	172	58	230
Sífilis	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose	5	9	3	6	5	10	2	6	-	-	-	-	38	8	46
Outro	32	41	28	14	38	38	27	45	-	-	-	-	191	72	263
TOTAL	107	108	82	60	104	100	84	106	-	-	-	-	559	190	749

Fonte: Serviço de Informação Estatística

TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES

MOVIMENTO/INDICADOR	2017												TOTAL		
	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS															
Vice-Direção de Serviços Clínicos - Serviço de Internação															
TABELA 1.3 - INTERNAÇÃO POR PEPES															
2017															
MÊS															
TOTAL															
PEPES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
Dermatologia em Doenças Infecciosas	1	-	1	-	2	7	3	3					11	6	17
Doenças Febris Agudas/Dengue	3	4	4	3	2	-	2	1					16	3	19
Doenças de Chagas	5	8	11	8	14	8	8	4					54	12	66
Doenças Infecciosas em Neurologia/HTLV	3	1	2	3	5	-	2	-					14	2	16
HIV/AIDS e outras DSTs	33	32	19	29	27	33	37	40					164	77	241
Leishmanioses	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Micoses (1)	2	2	4	1	-	2	1	3					11	4	15
Oftalmologia em Doenças Infecciosas	1	-	-	-	-	-	-	-					1	-	1
Otorrinolaringologia em Doenças Infecciosas	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Tuberculose e Outras Micobacterioses	5	3	2	2	1	5	5	5					18	10	28
Toxoplasmose	-	-	-	-	-	1	1	-					1	1	2
Varicela meningocócica	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Outras DfIs (2)	2	2	-	2	2	7	7	3					15	10	25
Não DfIs	2	2	2	3	4	6	4	2					19	6	25
Sem especificação de PEPES	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
TOTAL	57	54	45	42	57	69	70	61					324	131	455

Fonte: Serviço de Informação Estatística e Serviço de Enfermagem

(1) Inclui Paracoccidiodiomicose e Esporitricose.

(2) Inclui: Malária, Esquistossomose Leptospirose.

Obs.: Inclui todos os pacientes que entraram na internação no período. Pode conter repetição de pacientes, devido a existência de pacientes cadastrados em mais de um pepes.

TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES

MOVIMENTO/INDICADOR	2017												TOTAL		
	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
DIAGNÓSTICO															
Aids	4	5	1	1	3	3	2	3					17	5	22
Chikococose	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Dengue	-	-	-	1	-	-	-	-					1	-	1
Desidratação	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Doença de Chagas	-	2	-	1	1	1	2	-					5	2	7
Esporotricose	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
HTLV	-	-	-	-	2	-	-	-					2	-	2
Infeção Bacteriana	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Leishmaniose	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Leprosiose	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Paracoccidioniose (PCM)	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Pneumonia	-	1	-	-	-	-	-	1					1	1	2
Sepicemia	-	-	-	-	-	-	-	-					-	-	-
Tuberculose	2	1	-	-	1	-	-	1					4	1	5
TOTAL	6	9	1	3	7	4	4	5				30	9	39	

Fonte: Serviço de Informação Estatística e Serviço de Enfermagem

TABELA 1.1 - MOVIMENTO E INDICADORES

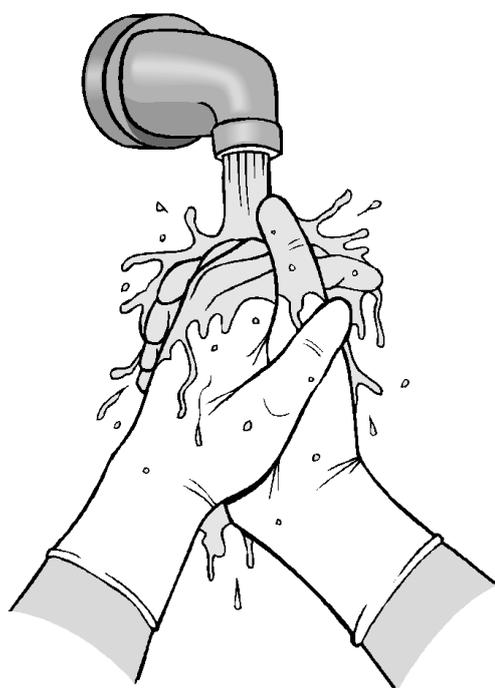
MOVIMENTO/INDICADOR	2017												TOTAL		
	MÊS												TOTAL		
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º SEM	2º SEM	ANO
ENTRADAS	14	8	13	14	11	16	10	10	10	-	-	-	76	20	96
SAÍDAS	13	10	15	12	12	15	10	10	8	-	-	-	77	20	97
Entermeia	5	5	11	10	7	11	7	8	-	-	-	-	49	15	64
Alta	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Transferência	4	1	4	-	-	1	2	-	-	-	-	-	10	2	12
Obitos	4	4	-	2	5	2	1	2	-	-	-	-	17	3	20
Evasão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A perdo / à revelia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leito-dia	4	4	4	4	4	4	4	4	4	-	-	-	4	1	3
Leito-mês	124	112	124	120	124	120	124	124	124	-	-	-	724	248	972
Paciente-dia	4	3	3	3	4	3	4	4	-	-	-	-	3	1	2
Paciente-mês*	121	97	89	86	109	100	123	124	-	-	-	-	602	247	849
Taxa de ocupação	97,6	88,6	71,8	71,7	87,9	83,3	99,2	100,0	-	-	-	-	83,1	99,6	87,3
Tempo médio permanência	9,3	9,7	5,9	7,2	9,1	6,7	12,3	12,4	-	-	-	-	7,8	12,4	8,8

Fonte: Serviço de Informação Estatística

*Ver com Iome.

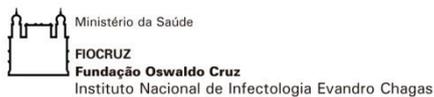
**ANEXO G – FOLDER/ ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES, VISITANTES E
ACOMPANHANTES**

**A saúde está em suas mãos !
Deve-se lavá-las antes e depois de visitar o paciente.
Utilize as pias nos corredores!**



Versão: Agosto / 2017

SERVIÇO SOCIAL



Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Elaboração

Assistentes Sociais:

Ana Cristina Riberio Rohem

Ionara F. da Silva Garcia

Mary Hellen C. do Nascimento

Patricia Fidalgo Braguês

OUVIDORIA

www.fiocruz.br/ouvidoria

Informações: (21) 3885-1762

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Av. Brasil, 4.365 – Manguinhos

CEP: 21045-900 – Rio de Janeiro

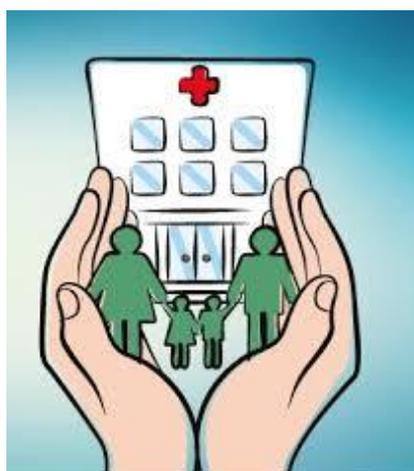
www.ini.fiocruz.br

Tel.: (21) 3865-9595

Serviço Social: (21) 38659514/38659527



Orientações aos Familiares, visitantes e acompanhantes



Serviço de Internação

- É muito importante a participação da família no processo de tratamento/ recuperação da saúde.
- Casos em que o paciente não tenha prontuário no INI, um familiar ou representante deverá se dirigir ao Serviço de Documentação do Paciente (SDP), portando Documento de Identificação Civil (RG, Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento) além de CPF e comprovante de residência do paciente para o fornecimento dos dados necessários para a abertura do prontuário.
- A família deverá providenciar o material de higiene e uso pessoal do paciente na internação (chinelos, roupa íntima, sabonete líquido, escova e pasta de dente, shampoo, etc.)
- É importante que seja informado ao Serviço de Enfermagem se o paciente faz uso de próteses, lentes de contato ou óculos.

- Não é permitida a entrada com alimentos de nenhuma natureza, pois o paciente receberá alimentação de acordo com a avaliação do Serviço de Nutrição.
- Não é permitido trazer plantas ou flores para dispo-las no leito.
- É proibido fumar nas dependências do Hospital.
- A equipe de saúde do INI não fornece informações sobre o estado clínico do paciente por telefone.
- O visitante será identificado na portaria e receberá um crachá, cujo uso é obrigatório.
- É permitida somente a entrada de visitantes maiores de 12 anos (portando documento comprobatório de idade), sendo liberada a entrada de 01 visitante por vez para cada paciente na Enfermaria.
- Visitantes menores de 18 anos e portador de necessidades especiais deverão entrar na companhia de um responsável.
- Pacientes em precaução aérea ou de contato poderão receber somente 02 visitantes por dia na enfermaria.
- No CTI é permitida a entrada de 02 visitantes, sendo um de cada vez, em cada um dos horários liberados para visitas.
- No caso de pacientes com precaução aérea ou de contato, os visitantes deverão procurar a equipe de enfermagem para receberem as devidas orientações, colocação de máscara, etc.
- A visita religiosa será permitida mediante a solicitação do paciente e/ou familiar. Não são permitidos cultos, pregações e cantos no Hospital.
- Pertences dos visitantes ou acompanhantes deverão ser deixados no armário com chave na Portaria.
- Visitantes e Acompanhantes não devem sentar-se nos leitos dos pacientes devido ao risco de contaminação e não devem entrar em leitos de outros pacientes.
- Não é permitida a administração de qualquer medicação ou manuseio de equipamentos hospitalares pelos visitantes/ acompanhantes, mesmo que sejam um profissional de saúde.
- O acompanhante receberá o desjejum, almoço e jantar pelo Serviço de Nutrição da Unidade.
- O acompanhante poderá fazer revezamento com outro indivíduo disponível, respeitando a norma de permanência de apenas 1 acompanhante por vez. A troca entre os acompanhantes deverá ser efetuado no período das 8:00 às 20:00 hs.
- Esta é uma Unidade Pública de Saúde, financiada com recursos públicos. Portanto, nenhum procedimento, serviço, alimentação, medicação, etc, disponibilizado ao paciente será ser cobrado.

Horários de Visitas**ENFERMARIA:**

Diariamente de
12:00h às 18:00 h

CTI:

Diariamente de
11:30 às 12:30 e
18:00 às 18:30 h

**Horário de atendimento
da família com equipe médica**

De 11:30 às 12:00 horas
(enfermaria e CTI).

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO

CEP/UFF

UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A ATIVIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO HOSPITAL DO INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA

Pesquisador: Claudia Osorio da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57072216.8.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Pos Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.901.559

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora, "trata-se de uma pesquisa participativa que tem como referencial teórico-metodológicos, a Clínica da Atividade e Análise Institucional. A Clínica da Atividade (Clot, 2010) é um corrente da Psicologia do Trabalho que se insere no campo mais específico das clínicas do trabalho. Esse referencial é central para a análise participativa do trabalho visando o desenvolvimento de novos recursos para a ação. Nessa proposta é possível pensar a co-análise das atividades de trabalho como formação dos

trabalhadores frente a uma nova constelação de valores, como se dá no caso da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH). Enquanto, "a Análise Institucional faz uma discussão de metodologias de pesquisa, considerada como pesquisa-intervenção, podendo contribuir com os conceitos de encomenda, demanda e restituição, além de uma discussão importante sobre a relação pesquisador-pesquisado". Como objetivo propõe: "realizar um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde no atual contexto de implementação da PNH tendo como foco as mudanças nos processos de subjetivação implicados nos processos de produção de saúde. A pesquisa será desenvolvida no período de 2015 a 2017, e será composta de 3 etapas: revisão bibliográfica, pesquisa documental; e pesquisa de campo, na qual se utilizará a observação direta e rodas de conversa". O propósito inicial é que "

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITERÓI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.901.559

a partir da análise dialógica a ser realizada nas rodas de conversa e da observação direta", haja produção "conhecimento sobre a atividade de profissionais de saúde num cenário de implementação da PNH", e contribuição para "mudanças nos processos de produção de saúde e de subjetivação necessárias para a efetivação da PNH".

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora,

Objetivo geral

- Realizar um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde no atual contexto de implementação da PNH tendo como foco as mudanças nos processos de subjetivação implicados nos processos de produção de saúde.

Objetivos Específicos:

- Realizar revisão bibliográfica:

a. De estudos sobre a implementação da PNH no que tange aos processos de subjetivação implicados nos processos de produção de saúde.

b. De estudos sobre a atividade de profissionais de saúde no contexto da implementação da PNH.

- Realizar pesquisa documental sobre como, no hospital do INI:

• Se deu a articulação com processo de implantação e implementação da PNHAH no SUS;

• Se deu a articulação com o processo de implantação da PNH no SUS; e

• Vem se dando a articulação com o processo de implementação da PNH no SUS.

- Realizar Pesquisa de Campo utilizando os métodos:

• Rodas de Conversa. A partir do relato das observações de profissionais de saúde em formação sobre a sua própria atividade no cotidiano de trabalho no hospital do INI, este método tem como objetivo promover a análise dialógica coletiva e produzir dados sobre a atividade de profissionais de saúde no atual contexto de implementação da PNH tendo como foco as mudanças nos processos de subjetivação implicados nos processos de produção de saúde.

• Observação direta. A partir da observação do pesquisador sobre o cotidiano da atividade de profissionais de saúde no hospital do INI, este método tem como objetivo acompanhar os possíveis movimentos associados ao processo de implementação da PNH neste contexto, tendo como foco as mudanças nos processos de subjetivação implicados nos processos de produção de

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.901.559

saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora,

Riscos:

Embora nesta pesquisa não estejam em curso procedimentos que, por hipótese, ofereçam risco à saúde física ou psíquica do participante, sabe-se que os sujeitos podem viver as mesmas situações de diferentes maneiras. Assim, estaremos atentos a qualquer sinal de sofrimento que o participante manifeste. Caso ocorra, ele será questionado sobre o interesse em interromper sua participação na pesquisa. Caso o participante opte

por permanecer, é possível neste caso, já que se trata pesquisadora-psicóloga, dar o apoio necessário para manejar a situação. É importante salientar que, neste projeto de pesquisa, a perspectiva ética que engloba o bem-estar dos participantes é

prioridade em relação a qualquer outro procedimento. A pesquisadora - mestranda em psicologia - está capacitada a abordagem individual e coletiva nas formas e com os objetivos propostos. Dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer tempo, assim como, o sujeito poderá desistir de sua participação se assim que lhe convier. Não será revelado e nem divulgada a identificação dos participantes, seja pelo nome dos participantes seja por outros dados, a menos que esses expressem claramente o desejo de ter sua participação reconhecida em um momento ou documento específico. A restituição dos resultados da pesquisa está prevista em todos os estudos a serem realizados, sendo feita inicialmente ao grupo de sujeitos diretamente envolvidos. Será feita também à organização que acolheu a pesquisa, após a submissão do relatório aos

diretamente envolvidos. Os resultados da pesquisa serão divulgados em relatórios, dissertação e, possivelmente, em artigos e estarão acessíveis a qualquer pessoa. Não haverá despesas pessoais nem compensações financeiras relacionadas à participação dos candidatos na pesquisa.

Considerando a participação de estudantes nesta

pesquisa, conforme o parágrafo VI.6, alínea b, da Resolução 466/2012, será observada, ainda, a liberdade do consentimento particularmente garantida para os participantes de pesquisa que, embora plenamente capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos, ou à influência de autoridade, caracterizando situações de limitação de autonomia.

Benefícios:

Os benefícios esperados são próprios da abordagem metodológica utilizada na pesquisa. Busca-

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.901.559

se, com a análise do trabalho, ampliar o poder de agir dos profissionais em formação - participantes da pesquisa. Com as intercessões que se darão nas relações dialógicas dos grupos - Rodas de Conversa -, busca-se uma mobilização no sentido de uma nova produção de subjetividade no campo do trabalho em saúde. Desta forma, a

intercessão se dará no sentido de beneficiar a capacidade de articulação dos atores/participantes da pesquisa com os agenciamentos coletivos, no plano micropolítico, com o objetivo de construir novos modos de subjetivação que singularizam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora tem como perspectiva desenvolver uma pesquisa com o tema relacionado à humanização na área de saúde, na qual se faz fundamental sua efetivação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Houve apresentação dos Termos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1- Quanto aos Objetivos desta pesquisa:

1.1- Adequar a escrita para clareza, principalmente quanto ao número de objetivos;(Pendência Atendida)

2- Quanto à Metodologia:

2.1- Rever os desfechos propostos em Análise de Dados;(Pendência Atendida)

2.2- Definir em todos os documentos acerca da amostra, uma vez que em "Informações Básicas do Projeto",o número de participantes é de 30, e no Projeto Detalhado é de 353.(Pendência Atendida)

2.3- Incluir Declaração de Uso de Imagem e Áudio;(Pendência Atendida)

3- Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

3.1- Adequar o TCLE, incluindo um cabeçalho com dados da pesquisa e do pesquisador, e excluindo a palavra "Apêndice" do documento;(Pendência Atendida)

A pesquisadora atendeu à todas solicitações deste CEP, inclusive com maior clareza na terceira etapa desta pesquisa.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

UFF - HOSPITAL
UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 1.901.559

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662573.pdf	26/12/2016 14:43:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	26/12/2016 14:42:45	JULIANE ALMEIDA CHAVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_RESPOSTA_PARECER.docx	26/12/2016 14:36:27	JULIANE ALMEIDA CHAVES	Aceito
Outros	PROJETO_DETALHADO_RESPOSTA_PARECER_COM_SINALIZACOES.docx	26/12/2016 14:34:27	JULIANE ALMEIDA CHAVES	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	26/12/2016 14:32:42	JULIANE ALMEIDA CHAVES	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_AUTORIZACAO_DE_USO_DE_IMAGEM_E_AUDIO.docx	26/12/2016 11:50:19	JULIANE ALMEIDA CHAVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/12/2016 11:45:56	JULIANE ALMEIDA CHAVES	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_INI.pdf	22/05/2016 17:08:35	Claudia Osorio da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Juliane_Chaves.pdf	29/03/2016 11:34:35	Claudia Osorio da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 30 de Janeiro de 2017

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

ANEXO I - TCLE**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Título do Projeto: “Humanização: um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde no hospital do Instituto Nacional de Infectologia.”

Pesquisador Responsável: Cláudia Osório da Silva

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato do Pesquisador: (021)26292830

Nome do voluntário: _____

Idade: ____ anos

R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

R.G. Responsável legal: _____

Prezado participante,

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Humanização: um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde no hospital do Instituto Nacional de Infectologia.”, de responsabilidade da pesquisadora Cláudia Osório da Silva

Esta pesquisa tem como objetivo central realizar um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde no atual contexto de implementação da Política Nacional de Humanização.

O convite para a sua participação se deve ao fato de você ser um profissional em formação na área de saúde que atua na assistência do hospital do Instituto Nacional de Infectologia/ FIOCRUZ.

Caso aceite participar, você **será observado(a) em suas atividades de trabalho** e será convidado(a) a participar de Rodas de Conversa em que o tema será o trabalho da assistência, considerando sua própria experiência de profissional em formação.

Os dados produzidos nestes grupos serão registrados, mediante autorização dos participantes, em áudio e, eventualmente, em fotografias e vídeos. Após a análise haverá restituição do resultado aos participantes.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados sem nenhuma forma de identificação pessoal. Pretende-se divulgar os resultados da pesquisa em relatórios, dissertação de mestrado e, possivelmente em artigos e eventos científicos. Caso haja registro em imagens a divulgação dessas só será feita mediante expressa autorização dos participantes da pesquisa.

Participando da pesquisa você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre a atividade de profissionais de saúde num cenário de implementação da Política Nacional de Humanização. E também para o debate dos modos como se faz a formação do profissional de saúde.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira, caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Seguem o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, da pesquisadora no campo e do CEP local, caso você queira tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

COORDENADORA DA PESQUISA: Cláudia Osório da Silva.

ENDEREÇO: Campus do Gragoatá - Rua Prof. Marcos Waldemar de Freitas Reis, s/n, bloco O, sala 214 - Gragoatá - Niterói - RJ - CEP: 24210-201.

TELEFONES (021)26292830

PESQUISADORA NO INI: Juliane Almeida Chaves

ENDEREÇO: Avenida Brasil 4.365, Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, CEP 21.040-900, Pavilhão Gaspar Viana. Seção de Psicologia do Instituto Nacional de Infectologia (SEPS/INI).

TELEFONES (021) 38659528/983842520

CEP

ENDEREÇO: Av. Brasil 4.365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ

CEP 21045-900

TELEFONES (021) 3865-9560

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Rio de Janeiro,-----de-----de-----.

Assinatura do responsável pela aplicação do TCLE

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa).

Nome do participante:

Observação:

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações:

E.mail: etica@vm.uff.br

Tel/fax: (21) 26299189

Rio de Janeiro,-----de-----de-----.

Assinatura do responsável pela aplicação do TCLE

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa).

Nome do participante:

Observação:

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

ANEXO J - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E ÁUDIO**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E ÁUDIO**

Eu _____, CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou voz, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Cláudia Osório da Silva e Juliane Almeida Chaves do projeto de pesquisa intitulado “Humanização: um estudo sobre a atividade de profissionais de saúde no hospital do Instituto Nacional de Infectologia.” a realizar as imagens e gravações em áudio que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas imagens e/ou áudios para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados.

Rio de Janeiro, __ de _____ de 20__

Pesquisador responsável pelo projeto

Participante da Pesquisa

APÊNDICE A – CALENDÁRIO DE ACONTECIMENTOS

CALENDÁRIO DE ACONTECIMENTOS/ 2015 - 2018

DATA	ACONTECIMENTO	OBSERVAÇÃO
07/2015	O anúncio do Fim da PNH enquanto política de governo por militantes.	A PNH permanece enquanto política pública e movimento HUMANIZASUS. Embora haja o anúncio de seu fim, a política já consolidada vem sendo utilizada pelo aparelho de Estado atendendo a princípios ético-políticos próprios que conflituam com os que a embasam e a partir dos quais se contruiu os seus princípios e diretrizes. Fonte: http://redehumanizasus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo/#
10/2015	A presidenta Dilma Rousseff dá posse ao novo Ministro da Saúde, Marcelo Castro (PMDB-PI)	Reforma ministerial acende o alerta vermelho no SUS. Após forte pressão, Marcelo Castro (PMDB-PI) assume a pasta, em mais uma ameaça à prioridade para a saúde pública e universal. O novo ministro da Saúde, Marcelo Castro (PMDB-PI), que assumiu o cargo em substituição a Arthur Chioro, nunca foi um defensor da saúde pública e, pelo seu histórico pessoal e de seu partido, pode trazer retrocessos ao setor. Fonte: https://www.cartacapital.com.br/politica/alerta-vermelho-no-sistema-unico-de-saude-8458.html
05/2016	Posse do novo Ministro da Saúde, Ricardo Barros.	Ricardo Barros, o ministro dos planos de saúde. Primeiro ministro da saúde sem formação na área desde 2003, Ricardo Barros chegou ao cargo pelas mãos de Michel Temer, após indicação do PP. Fonte: https://www.cartacapital.com.br/revista/916/ricardo-barros-o-ministro-dos-planos-de-saude
08/2016	Impeachment da presidenta Dilma Rousseff.	Dilma Vana Rousseff, a primeira mulher a presidir o Brasil, reeleita em outubro de 2014 com 54 milhões de votos, foi removida de forma definitiva

		do poder pelo Senado, que confirmou seu impeachment por 61 votos a 20, sem nenhuma abstenção. Fonte: https://www.cartacapital.com.br/politica/senado-aprova-impeachment-e-afasta-dilma-definitivamente
08/2016	Três horas após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, o seu vice, Michel Temer (PMDB) é empossado pelo presidente do Congresso Nacional, Renan Calheiros (PMDB), no cargo de Presidente da República.	Em seus seis primeiros meses de governo (interino e definitivo, portanto) Temer perdeu seis ministros. Dos seus cinco assessores especiais, quatro não estão mais com ele e destes, dois estão presos. Ele é o primeiro presidente de nossa história a ser investigado pelo STF. Fonte: https://www.cartacapital.com.br/politica/michel-temer-o-presidente-surreal
02/2017	Posse da nova presidente da FIOCRUZ, Nísia Trindade Lima.	Fonte: https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/nisia-trindade-lima-recebe-o-cargo-de-presidente-da-fiocruz
05/2017	Posse da nova diretora do INI/FIOCRUZ, Valdiléia Veloso.	Fonte: https://www.ini.fiocruz.br/pt-br/valdil%C3%A9a-veloso-toma-posse-como-diretora-do-ini-para-gest%C3%A3o-2017-2021

APÊNDICE B – CRONOGRAMA/PESQUISA DE CAMPO

**CRONOGRAMA
PLANEJAMENTO/PESQUISA DE CAMPO**

DATA	OBJETIVO
28/04/2017	Discussão, na reunião de equipe, com as psicólogas do INI sobre o melhor dia e horário para realizar as rodas de conversa. (alterado)
02/05/2017	Apresentação da pesquisa aos possíveis participantes e entrega do TCLE e declaração de autorização do uso de imagem e áudio para os interessados em participar da pesquisa.
03/05/2017	Início do período de observação direta.
11/05/2017 (quinta-feira de 11 às 12hs)	Realização da primeira roda de conversa.
18/05/2017 (quinta-feira de 11 às 12hs)	Realização da segunda roda de conversa.
25/05/2017 (quinta-feira de 11 às 12hs)	Realização da terceira roda de conversa.

APÊNDICE C – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES BOLSISTA DE IC

**CRONOGRAMA
ATIVIDADES/BOLSISTA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
(MAIO/2017)**

DIA/HORÁRIO	ATIVIDADE	OBJETIVO
TERÇAS (11 às 13hs)	ROUND	Observar o funcionamento de um espaço de encontro multiprofissional no qual são “passados” todos os casos da enfermaria.
TERÇAS (13 às 16 hs)	Discussão de casos na psicologia	Observar o funcionamento de um espaço de encontro dos alunos e staffs da psicologia que tem como objetivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. “Passar” os casos com o intuito de disseminar as principais informações a respeito dos pacientes tendo em vista situações de urgência que possam vir a ocorrer na ausência do psicólogo de referência e, para os quais, possa haver demanda para a equipe de psicologia. 2. Discussão sobre o cotidiano do trabalho na instituição.
QUINTAS (10 às 11hs)	Discussão multiprofissional de casos	Observar o funcionamento de um espaço de encontro multiprofissional onde são discutidos, individualmente, casos de grande complexidade selecionados pela equipe.
QUINTAS (11 às 12hs) - quinzenal	Sessão Clínica	Observar o funcionamento de um espaço de apresentação de casos selecionados pela medicina para tratar de temas específicos no

		qual, ao final, há abertura para discussão coletiva.
QUINTAS (13 Às 14hs)		Encontro para tratar sobre os dados colhidos durante o período da observação.

