



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**WALLACE RIBEIRO**

**O COLEGIADO GESTOR COMO DISPOSITIVO DE AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO  
SOBRE O TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Niterói/RJ

Dezembro de 2019



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**WALLACE RIBEIRO**

**O COLEGIADO GESTOR COMO DISPOSITIVO DE AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO  
SOBRE O TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para o processo de aquisição de Título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração: Subjetividade e Clínica.

Orientadoras:

Professora Dra. Claudia Osório

Professora Dra. Maria Elizabeth Barros

Niterói/RJ

Dezembro de 2019

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

R484c Ribeiro, WALLACE DE LIMA  
O COLEGIADO GESTOR COMO DISPOSITIVO DE AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO  
SOBRE O TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / WALLACE DE  
LIMA Ribeiro ; DRA. CLAUDIA OSÓRIO, orientador ; DRA. MARIA  
ELIZABETH BARROS, coorientador. Niterói, 2019.  
190 f. : il.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,  
2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2019.d.09370011714>

1. CLÍNICAS DO TRABALHO. 2. HOSPITAL. 3. PSICOLOGIA. 4.  
SUBJETIVIDADE. 5. Produção intelectual. I. OSÓRIO, DRA.  
CLAUDIA, orientador. II. BARROS, DRA. MARIA ELIZABETH,  
coorientador. III. Universidade Federal Fluminense.  
Instituto de Psicologia. IV. Título.  
CDD -

Bibliotecária responsável: Thiago Santos de Assis - CRB7/6164

**WALLACE RIBEIRO**

**O COLEGIADO GESTOR COMO DISPOSITIVO DE AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO  
SOBRE O TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para o processo de aquisição de Título de Doutor em Psicologia. Área de Concentração: Subjetividade e Clínica.

Aprovada em 16 de dezembro de 2019

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Claudia Osório (Orientadora)  
Universidade Federal Fluminense

---

Professora Dra. Maria Elizabeth Barros  
Universidade Federal do Espírito Santo

---

Professora Dra. Claudia Abbes  
Universidade Federal Fluminense

---

Professora Dra. Letícia Masson  
FIOCRUZ/CESTEH/ENSP

---

Professor Dr. Helder Muniz  
Universidade Federal Fluminense

*A Victoria Lacerda*

## **AGRADECIMENTOS**

Meus agradecimentos as professoras Claudia Osório e Maria Elizabeth Barros pelas preciosas sugestões;

Aos membros do NUTRAS UFF (Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde) e do NEPESP UFES (Núcleo de Estudos e de Pesquisas em Subjetividade e Políticas), pelas constantes releituras do texto;

A Janildes Ignácio, a professora Rita Casagrande e a professora Léia Damasceno pelo apoio nos momentos mais decisivos deste trabalho;

A equipe do NASTH/SOST sempre atentos aos riscos do trabalho em hospital;

Ao Médico do Trabalho, Dr. Carlos Pontes, pela amizade sincera, fonte de inspiração de um trabalho sempre a se fazer;

Aos trabalhadores do HUCAM por me ensinarem que sempre é possível se apaixonar pela realidade, por mais difícil que ela seja.

“Aprender é estar sempre em alerta com o que o mundo lhe oferece e com o que você pode oferecer ao mundo.”

(Mestre Meia-Noite, mestre de Capoeira vencedor do Prêmio Itaú Cultural, 2017)

## **RESUMO**

A tese se voltou para a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores de um hospital universitário federal. Refere-se ao trabalho como atividade humana, como fonte de desenvolvimento e gerador de recursos de ação, enfim, como operador de saúde. Utilizou a Clínica da Atividade como sua principal referência conceitual e prática. Teve como foco a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores a partir da experiência dos trabalhadores. Adotou recursos audiovisuais, inspirados na Autoconfrontação, como dispositivo de pesquisa. Os registros em diário de campo, na via proposta pela Análise Institucional, compõem, também, uma parte importante da metodologia de análise dessa experiência. Buscou compreender como um Colegiado Gestor consegue ampliar a atividade dialógica do trabalho em hospital e o modo como ele pode se transformar em dispositivo de desenvolvimento do poder de agir. Abordou o desenvolvimento na perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. Pesquisou como o desenvolvimento da atividade dialógica pode fomentar a criação de instrumentos de ação na atividade de trabalho. Destaca que os riscos do trabalho e os recursos de ação entram em cena na atividade dialógica, e, assim, mantém acesa a paixão pelo real do trabalho em um hospital universitário. Afirma que um Colegiado Gestor pode ser um dispositivo importante no âmbito das ações em saúde do trabalhador.

## ABSTRACT

This study analyzed the work activity of the Management Collegiate of a federal university hospital. It refers to work as a human activity, as a source of development and a generator of action resources, in short, as a health operator. It used the Activity Clinic as its main conceptual and practical reference. Analyzes the work activity of the Management Collegiate from the experience of the workers. It adopted audiovisual resources, inspired by the Cross Self-confrontation, as a research device. Field journaling, along the path proposed by the Institutional Analysis, is also an important part of the methodology for analyzing this experience. It sought to understand how a Managers Collegiate can expand the dialogical activity of hospital work and how it can become a device for developing the power to act. It has approached development from the perspective of Historical-Cultural Psychology. Therefore, it has researched development by analyzing how dialogical activity fosters the creation of action instruments in work activity. It shows that work risks and action resources come into play in dialogic activity, and thus keep the passion light for real work in a university hospital. It states that a Managers Collegiate can be a development device, therefore a worker health device.

## RÉSUMÉ

Cette étude a analysé l'activité de travail des Gestionnaires Collectifs d'un hôpital universitaire fédéral. Fait référence au travail en tant qu'activité humaine, en tant que source de développement et générateur de ressources d'action, enfin, en tant qu'opérateur de santé. Utilisé a clinique d'activité comme principale référence conceptuelle et pratique. Analyse de l'activité de travail des Gestionnaires Collectifs depuis de l'expérience des travailleurs. Adopté des ressources audiovisuelles, inspirées de la Autoconfrontation Croisé, comme dispositif de recherche. Les enregistrements dans le journal de bord, dans la voie proposée par l'Analyse Institutionnelle, constituent également une partie importante de la méthodologie d'analyse de cette expérience. Il a cherché à comprendre comment un Gestionnaire Collectif parvient à élargir l'activité dialogique du travail en hôpital, et la façon dont il peut devenir un dispositif de développement du pouvoir d'agir. A traité du développement dans la perspective de la Psychologie Historique et Culturelle. Bientôt, il cherchera le développement en analysant comment l'activité dialogique encourage la création d'instruments d'action dans l'activité de travail. Souligne que les risques du travail et les ressources d'action entrent en scène dans l'activité dialogique, et ainsi garde allumée à la passion pour le travail réel dans un hôpital universitaire. Il affirme qu'un Gestionnaire Collectif peut être un dispositif de développement, donc un dispositif de santé du travailleur.

## LISTA DE SIGLAS

AI	Análise Institucional
DIESAT	Departamento Intersindical Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers (França)
CTH	Câmara Técnica de Humanização
HU	Hospital Universitário
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes
HumanizaSUS	Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção em Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASTH	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
NUTRAS	Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde.
NEPESP	Núcleo de Estudos e de Pesquisas em Subjetividade e Políticas
SSOST	Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>PARTE I</b> .....	<b>21</b>
<b>1 UMA BREVE APRESENTAÇÃO DO HUCAM</b> .....	<b>21</b>
<b>2 A PNH E OS SEUS EFEITOS NO HUCAM</b> .....	<b>25</b>
2.1 As Rodas de Conversa na Câmara Técnica de Humanização.....	29
2.2 Autogestão e a gestão compartilhada como estratégias de análise e intervenção .....	31
2.3 O Apoio Institucional como atividade clínica .....	36
2.4 A Saúde do trabalhador e os riscos do trabalho em hospital .....	38
2.5 O Mapa de Riscos como um efeito do Movimento Operário Italiano no Brasil .....	43
2.6 Os riscos do sofrimento no trabalho em hospital e o poder de agir dos trabalhadores.....	50
<b>3 A CLÍNICA DA ATIVIDADE E SEUS INSTRUMENTOS CONCEITUAIS</b> .....	<b>60</b>
3.1 Atividade de trabalho e gênero do trabalho.....	61
3.2 Atividade de trabalho e saúde.....	64
3.3 Atividade de trabalho e subjetividade .....	65
3.4 Atividade de trabalho e desenvolvimento .....	67
3.5 O poder de agir e o poder do afeto .....	69
<b>4 UMA ARQUEOLOGIA DO MÉTODO DE VYGOTSKI</b> .....	<b>74</b>
4.1 O brilho de uma obra .....	76
4.2 O materialismo histórico do desenvolvimento .....	81
4.3 A ontogênese do desenvolvimento .....	83
<b>5 O DIÁRIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO</b> .....	<b>88</b>
<b>PARTE II</b> .....	<b>95</b>
<b>6 EXPERIÊNCIA DE PESQUISA</b> .....	<b>95</b>
6.1 Um panorama atual .....	95
6.2 Experiência I: quando um Colegiado Gestor se transforma em dispositivo de desenvolvimento .....	99
6.3 Experiência II: os riscos do trabalho em hospital e o desenvolvimento de instrumentos de ação .....	110

<b>6.4 Experiência III: as redes de diálogo e os elos da atividade de trabalho.....</b>	<b>114</b>
<b>6.5 Experiência IV: diálogos urgentes e possíveis.....</b>	<b>117</b>
<b>6.6 Experiência V: a restituição da pesquisa .....</b>	<b>124</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>136</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ HUCAM.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO II- DIÁRIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE.....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO III- ORGANOGRAMA DO HUCAM EM 2018.....</b>	<b>164</b>
<b>ANEXO IV- INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTE.....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXO V – CARIMBO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO VI – ATIVIDADES ASSISTÊNCIAS E TERMO DE CONTRATUALIZAÇÃO ANO 2016.....</b>	<b>178</b>

## INTRODUÇÃO

Este estudo focou a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores de um hospital universitário federal. Ao longo do percurso, fomos vendo como o Colegiado Gestor pode ampliar o diálogo no trabalho em hospital e, assim, se constituir em um dispositivo de desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores, um dispositivo operador de saúde.

Utilizando a Clínica da Atividade como abordagem prática e conceitual da Psicologia do Trabalho, buscou construir dispositivos que pudessem ampliar a atividade dialógica do trabalho no hospital e o Colegiado Gestor mostrou-se como um importante instrumento de análise do trabalho e de intervenção.

Atuo como psicólogo, desde ano de 2011, no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (NASTH), onde são registrados os acidentes de trabalho e os agravos à saúde dos trabalhadores. O setor, também, é responsável pelo desenvolvimento de Programas de Saúde do Trabalhador, e exerce uma importante função no manejo de riscos biológicos aos trabalhadores do hospital, tanto na sua sinalização quanto na mobilização de setores estratégicos para o seu enfrentamento.

Deste modo, foi possível acompanhar como a atividade dialógica mobiliza recursos de ação no trabalho, e podem ampliar o poder de agir e os recursos de ação para superar os riscos do trabalho em um hospital universitário público.

Assim, como psicólogo do NASTH, participei de espaços coletivos de análise do trabalho no hospital, como a Câmara Técnica de Humanização, onde atuo como Apoiador Institucional da Política Nacional de Humanização. Por isso, ao longo deste trabalho irei me apresentar como o apoiador institucional, que foi o modo escolhido para desenvolver tal função.

As intervenções realizadas partem, também, das demandas apresentadas pelos trabalhadores, gestores e usuários do Hospital na Câmara Técnica de Humanização, que muitas vezes são queixas de exaustão, de sofrimento, de desespero, de acusações, de lamentações, de ressentimentos entre colegas de equipe e de sobrecarga de trabalho, efeitos da atividade de trabalho impedida, seja pela precarização do trabalho, seja por práticas que atrofiam a atividade dialógica do trabalho.

Convém lembrar que havia um processo histórico de precarização do trabalho em Hospitais Universitários (HU) se arrastando décadas após décadas em nosso país, que desafiava a todos os trabalhadores e gestores a ultrapassarem o esgotamento para manterem-se vivos na luta diária de tentar oferecer um serviço digno aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante o Doutorado no Programa de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (2016-2019), nos encontros com o NUTRAS (Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde/UFF) e com o NEPESP (Núcleo de Estudos e de Pesquisas em Subjetividade e Políticas/UFES), fui me apropriando dos instrumentos conceituais e práticos da Clínica da Atividade para elaborar este estudo.

Um estudo que tentou compreender como um Colegiado Gestor pode mobilizar a atividade dialógica do trabalho e se ele pode se transformar em dispositivo de desenvolvimento de instrumentos de ação para superar os riscos do trabalho em hospital, enfim, um dispositivo de saúde do trabalhador, um dispositivo de desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores.

Os riscos e os recursos de ação emergem lado a lado, *gradus per gradus*, na atividade dialógica do trabalho em hospital e concorrem até o último instante da atividade de trabalho. Eles se constituem simultaneamente. Compõem um enredo que é fonte de desenvolvimento do poder de agir e mantém viva a paixão pelo trabalho em hospital.

Os riscos e os recursos vão “passo a passo” na atividade de trabalho, um se sobrepondo ao outro, em um jogo contínuo de forças, que se apresenta mais como um jogo de capoeira e um samba de gafieira, no qual um gira sobre o outro, servindo de ponto de apoio para se lançar a diante. Deste modo faz brilhar a beleza da luta e da dança, que faz da vida uma aventura, uma epopeia, com desafios, com dor, sofrimento e desespero, mas repleta de prazer, alegria e júbilo, pois, encontramos força onde jamais imaginávamos. Os riscos viram recursos, recursos viram combustível, elementos concretos, de linguagem e semióticos viram artefatos. Usando-os podemos transformá-los em propulsores dos movimentos, em instrumentos de ação, propulsores da subjetividade - modeladores dos processos psicomotores, dos afetos, das percepções, dos traços mnêmicos da memória, dos desejos, dos gestos e da ação - transformadores da realidade.

É isto o que propõe a Clínica da Atividade, uma linha da Psicologia do Trabalho, com a qual montamos nossos instrumentos conceituais e práticos para elaborar nossas análises.

Yves Clot (2010), um formulador importante da Clínica da Atividade, torna visível como os elos dialógicos na atividade de trabalho são fundamentais para ampliar o poder de agir. A abordagem da atividade de trabalho deste autor francês está muito ligada à teoria do desenvolvimento de Vygotski, aos estudos da linguagem em Bakhtin, aos estudos do afeto em Spinoza, e as intervenções do médico e psicólogo do trabalho, o italiano Ivar Odone, que utiliza dispositivos como: o mapa de riscos, a instrução ao sócio e as comunidades científicas alargadas. Munido com estes instrumentos conceituais e práticos, Clot compôs uma linha de atuação e produção de conhecimento que encontrou no Brasil um território fértil.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (HumanizaSUS)<sup>1</sup> e a obra de Gastão Wagner Campos (2000,2003), com seu método Paidéia, o método de fazer Rodas de Conversa nos serviços públicos de saúde, para ampliar a análise do trabalho e a participação ativa dos trabalhadores na gestão do trabalho, contribuíram para esta aproximação com a Clínica da Atividade, pois são abordagens que apostam em dispositivos de diálogo como estratégia de intervenção e de análise do trabalho.

A Câmara Técnica de Humanização (CTH) do HUCAM, através do método Paidéia, de fazer Rodas de Conversa sobre o trabalho no hospital, ajudam a manter viva a PNH, e uma de suas principais ações é incentivar a construção de Colegiados Gestores.

De acordo com Barros e Morschel (2014), a PNH visava investir em práticas de saúde que fomentassem coletivos de trabalho nos serviços de saúde. Através da inclusão dos diversos atores que compõem os serviços, buscava aumentar o grau de comunicação nos grupos, ampliando a democracia institucional nos processos de trabalho e na produção da responsabilidade compartilhada do cuidado. Para isso, a PNH construiu alguns dispositivos, como o Acolhimento com Classificação de Risco e os Colegiados Gestores. Um modo de fazer que aposta na inseparabilidade entre

---

<sup>1</sup> Trabalhamos nessa tese com as formulações da PNH nos anos de 2004 a 2010. Hoje tal política não se constitui mais como política de governo. Entendemos que tais formulações ainda podem nos ajudar no propósito desse estudo que é pensar um dos dispositivos da PNH, os colegiados gestores, como importante estratégia de intervenção para o desenvolvimento dos recursos para ação dos trabalhadores do hospital em tela.

gestão e atenção à saúde, entre clínica e política, na produção de conhecimento e na transformação das práticas de saúde. Portanto, “*nesta perspectiva que constitui a PNH, humanizar é analisar processos de trabalho.*” (BARROS e MORSCHEL, 2014, p. 938)

O Colegiado Gestor é um dispositivo<sup>2</sup> da PNH, para ampliar o grau de comunicação entre equipe, gestores e usuários e assim aumentar a qualidade dos serviços de saúde, fundamentando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: de universalidade, equidade, integralidade e resolutividade. Um espaço coletivo e democrático, com função deliberativa. Constitui-se como espaço de análise dos processos de trabalho, de negociação coletiva e definição de prioridades; de definição dos investimentos; é o espaço para elaborar o projeto de ação de um serviço, organizar os procedimentos operacionais; intervir em seu processo de trabalho; sugerir e elaborar propostas; criar estratégias para o envolvimento de todos os membros e equipes do serviço, acolher e encaminhar as demandas de alta complexidade dos usuários; criar indicadores e monitorá-los, administrar imprevistos e prestar contas aos conselhos consultivos. (BRASIL, 2010)<sup>3</sup>

Portanto, nosso estudo visou pensar como um Colegiado Gestor pode ser um dispositivo de desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores. Para isto seguimos algumas linhas de nesse caminho. 1ª linha: como o dispositivo Colegiado Gestor se atualiza no hospital - o que está prescrito e como ele se realiza, o real da atividade de trabalho de um Colegiado Gestor de Hospital Universitário. 2ª linha: como um Colegiado Gestor contribui para ampliar o diálogo no trabalho? Como ele contribui para ser suporte de passagem para a heterogeneidade dos pontos de vista

---

<sup>2</sup> A respeito do conceito de dispositivo nos referimos a um instrumento de análise, de um diagrama, um mapa composto por uma multiplicidade de linhas de força que entram em cena na atividade de trabalho. [...], *No dispositivo, as linhas não delimitam ou envolvem sistemas homogêneos por sua própria conta, como o objeto, o sujeito, a linguagem, etc., mas seguem direções, traçam processos que estão sempre em desequilíbrio, e que ora se aproximam ora se afastam uma das outras. Qualquer linha pode ser quebrada – está sujeita a variações de direção – e pode ser bifurcada, em forma de forquilha – está submetida a derivações. Os objetos visíveis, os enunciados formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vectores ou tensores.* (DELEUZE, 2016, p.359) vide: O que é um dispositivo? Deleuze, Gilles. Dois Regimes de Loucos. Ed. 34. São Paulo, 2016. p.359-369.

<sup>3</sup> O Colegiado Gestor é um dispositivo da PNH que emerge para operacionalizar a gestão compartilhada, a co-gestão dos serviços de saúde, uma forma de analisar as forças do poder e assim democratizar as relações de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2010. p. 26.

e das controvérsias? 3ª linha: como a atividade de trabalho do Colegiado Gestor contribui para a elaboração de recursos de ação no trabalho? 4ª linha: como ele contribui para produção de noções comuns, conceitos comuns, valores comuns e sentimento de *comunidade* - o que Clot (2010, p.302) nomeia como atividade real comum.

O estudo indicou que um Colegiado Gestor no hospital pode funcionar como dispositivo de desenvolvimento do poder de agir quando consegue ampliar a atividade dialógica, quando impede que ela se atrofie, quando consegue ser suporte da multiplicidade de pontos de vista que a envolve, quando consegue ser suporte para que as singularidades possam emergir - quando se abre à heterogeneidade e à controvérsia, mobilizadores de afetos e fonte geradora de recursos de ação na atividade de trabalho.

Este estudo da atividade de trabalho dos Colegiados Gestores foi dividido em duas partes. A primeira parte busca situar o leitor quanto ao campo empírico da pesquisa e traz os seus fundamentos conceituais. Por isso no Capítulo intitulado: **“Uma breve apresentação do HUCAM”** faz um recorte histórico do hospital onde realizamos nossos estudos. Já no capítulo: **“A PNH e seus efeitos no HUCAM”** destaca a importância de suas diretrizes e seus dispositivos, formulados na época de sua formulação como política de governo no ano de 2004, para a elaboração desta pesquisa. Evidencia que foi pela via da Saúde do Trabalhador que a PNH se inseriu no hospital. Perspectivando se constituir como uma política pública, visa produzir transformações nas condições de trabalho, convocando todos à participação ativa e a análise dos processos de trabalho. Logo, o apoio institucional na PNH possui uma função clínica e volta-se constantemente para ampliar o poder de agir dos trabalhadores e à saúde do trabalhador. Destaca que, embora prevaleçam as pesquisas em saúde do trabalhador de hospital tratando de mapear riscos do trabalho, este estudo se aproximou da Clínica da Atividade para mapear não apenas os riscos do trabalho, mas também os recursos de ação para superá-los. Afirma que o Mapa de Risco como uma influência do Movimento Operário Italiano. Enfim, este capítulo mostra que o sofrimento vem sendo abordado como um risco do trabalho em hospital e como a Clínica da Atividade pode contribuir para ampliar o poder de agir dos trabalhadores de hospital.

O capítulo **“A Clínica da Atividade e seus instrumentos conceituais”** aborda os conceitos que orientaram o estudo como, por exemplo, a atividade de

trabalho, atividade dialógica, gênero profissional, subjetividade, afeto, poder de agir, saúde e desenvolvimento. Como Yves Clot afirma que a Clínica da Atividade integra a Psicologia Histórico-Cultural inaugurada por Vygotski, nos debruçamos na compreensão do método deste autor russo. O capítulo nomeado “Uma **Arqueologia do método de Vygotski**” mostra nosso percurso neste desafio.

Em “**O diário de campo como um instrumento de análise da atividade de trabalho**”, destaca o diário de campo, na via da Análise Institucional (LOURAU, 2004) como instrumento de análise da atividade de trabalho e dispositivo de elaboração da experiência.

Na parte II, apresentamos aos leitores as experiências de análise da atividade de trabalho dos Colegiados Gestores. Inicialmente, traçamos “**Um panorama atual**”, desejando situar os leitores sobre como o dispositivo Colegiado Gestor vem se propagando no HUCAM. Depois, na “**Experiência I: quando um Colegiado Gestor se transforma em dispositivo de desenvolvimento de recursos para ação**”, utiliza os registros em diário de campo para tornar visível o modo como um Colegiado Gestor foi se transformando em dispositivo de desenvolvimento dos recursos para ação dos trabalhadores, ampliando a análise da atividade de trabalho e a mobilidade dialógica. Na ~~O capítulo V:~~ “**Experiência II: os ~~riscos~~ do trabalho em hospital e o desenvolvimento de instrumentos de ação**” indica ~~Evidencia~~ que a transformação dos riscos em recursos na atividade de trabalho em hospital é um índice de ampliação do poder de agir dos trabalhadores. Em seguida, na “**Experiência III: as redes de diálogo e os elos de ligação da atividade de trabalho**”, traz os desafios de construção de redes de diálogo em saúde, indicando possíveis elos da atividade dialógica do trabalho e os seus efeitos.

Depois, na “**Experiência IV: diálogos urgentes e possíveis**” aborda a ampliação do poder de agir nos processos de trabalho e a participação ativa dos trabalhadores na gestão do trabalho. Entretanto, mostra que para isto o diálogo precisa ser cultivado.

Já na “**Experiência V**” apresentamos um momento final da pesquisa quando foi realizada uma Roda de Conversa com os membros da CTH sobre as nossas experiências nos Colegiados Gestores e um debate de como eles veem funcionando no HUCAM. No entanto, sugerimos aos membros presentes que

registrássemos com recursos audiovisuais a atividade com o Colegiado Gestor. Uma proposta que emergiu inspirada na Auto confrontação (CLOT, 2010, p.238-241).

Ao final, fizemos uma síntese da experiência de pesquisa, destacando que embora haja uma força potencializadora no Colegiado Gestor, ela precisa ser cultivada. Não existe garantia que ela emerja. Precisamos estar sempre buscando construí-la. Contudo, vimos nos recursos de ação sua evidência concreta. Estudá-los é uma forma de torna-la visível. Neste percurso de pesquisa, um instrumento em particular chamou nossa atenção: os instrumentos semióticos com imagens, desenhos e diagramas de análises das ações. Portanto, uma nova linha de pesquisa se abriu para os próximos anos.

Logo, a tese defende que um Colegiado Gestor pode ser um dispositivo de desenvolvimento quando ele consegue ampliar a atividade dialógica, a atividade de análise do trabalho, a invenção de instrumentos de ação no trabalho.

## PARTE I

### 1 UMA BREVE APRESENTAÇÃO DO HUCAM

Em dezembro de 2017 o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM-UFES), comemorou seu aniversário de 50 anos. O hospital se insere na Rede Estadual de Saúde por meio de pactuações e contratualizações de atividades assistenciais de média e alta complexidade ambulatorial e de alta complexidade hospitalar. Além de ações estratégicas para a Rede de Saúde do SUS.

As atividades assistenciais de média complexidade ambulatorial envolvem desde promoção e prevenção em saúde com a equipe de Nutrição até exames de ressonância magnética. As atividades assistenciais de alta complexidade ambulatorial envolvem desde tratamento em Oncologia até cirurgias do aparelho da visão. Enfim, as ações estratégicas ambulatoriais envolvem desde tratamento hormonal até manutenção de implante coclear.

Já as atividades assistenciais de alta complexidade hospitalar, envolvem as cirurgias eletivas e atividades assistenciais pactuadas para compor desde a Rede de Urgência e Emergência, pois o HUCAM é referência em dor abdominal aguda não traumática e cardíaca, a Rede Materno Infantil, pois o HUCAM é referência de maternidade de alto risco, até ações estratégicas para a Rede de Saúde SUS, como a Redesignação Sexual e o transplante de órgãos e de tecidos.<sup>4</sup>

O prédio do hospital, que está localizado em Maruípe, de onde se vê a Pedra dos Dois Olhos, um dos cartões postais da Cidade de Vitória, foi inaugurado em 29 de outubro de 1942, na gestão do então interventor do Estado do Espírito Santo, João Punaro Bley. Construído para o tratamento de tuberculose e com 90 leitos, recebeu o nome de Sanatório Getúlio Vargas.

---

<sup>4</sup> As atividades assistenciais contratualizadas estão detalhadas no Anexo VI, conforme o Termo de contratualização ano 2016, in: <http://intranet.hucam.net/contratualizacao/>. Acessado em 23/12/2019.

Figura 1 - Sanatório Getúlio Vargas. Década de 40



Fonte: REDINS, Carlos Alberto. Escola de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo - 50 Anos de História. 1. ed. Vitória: UFES, 2011. Acesso in: <https://damufes.webnode.com.br/galeriadefotos/hucam/>

Somente em 1967, a unidade foi incorporada à Universidade Federal do Espírito Santo com o nome de Hospital das Clínicas, como ainda é chamado pela comunidade da região.

Figura 2 - Hospital das Clínicas. Década de 80.



Fonte: REDINS, Carlos Alberto. Escola de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo - 50 Anos de História. 1. ed. Vitória: UFES, 2011. Acesso in: <https://damufes.webnode.com.br/galeriadefotos/hucam/>

A partir de 1980, o hospital passou a se chamar Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM-UFES), uma homenagem ao Dr. Cassiano Antônio Moraes, um entusiasta da transformação do antigo sanatório em unidade voltada para a formação de médicos.

Já em 2013, o HUCAM-UFES, por meio de contrato, começou a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, criada pelo Governo Federal com a finalidade de gerenciar os hospitais universitários do país.

O HUCAM-UFES busca alcançar o pleno funcionamento de 300 leitos, com média de 9 mil internações/ano. Com aproximadamente 1.200 cirurgias/mês. Além do complexo ambulatorial que o envolve, e os 2.500 alunos que o frequentam.

Figura 3 – HUCAM 2011



Fonte: REDINS, Carlos Alberto. Escola de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo - 50 Anos de História. 1. ed. Vitória: UFES, 2011. Acesso in: <https://damufes.webnode.com.br/galeriadefotos/hucam/>

Na aula Magma do evento de comemoração de aniversário de 50 anos do HUCAM, o professor Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira, contou os bastidores políticos que levaram a decisão de fazer um Sanatório de Tuberculose no centro da cidade.

Dr. Jayme (Santos Neves) está na origem desse Hospital, em transformá-lo, em universitário. Homem extremamente inteligente, especializou-se em Tisiologia. Sabendo que o Ministério da Saúde queria fazer um sanatório, Dr. Jayme procurou o então interventor do ES, João Punaro Bley. O interventor queria fazer um sanatório lá nas montanhas, mas Jayme, estudioso que era, sabia que o tratamento da tuberculose em sanatório seria, em breve, coisa do passado. Queria um hospital que ficasse no centro

de desenvolvimento. Por isso, queria que fosse em Maruípe, em Vitória” (PEREIRA, 2018, p.7-8)<sup>5</sup>

Então, em 1938, começam as obras do que seria chamado Sanatório Getúlio Vargas. Sua inauguração foi em 1942. Sete anos depois ele foi ampliado, com a construção de um terceiro pavimento.

Entre idas e vindas da política capixaba, Dr. Jayme passa a se encontrar Dr. Alaôr Queiroz de Araújo (Reitor da UFES) para amadurecer a proposta de transformação do Sanatório Getúlio Vargas em Hospital Universitário. Mas somente em 1967, houve condições políticas para se aprovar na Assembleia Legislativa esta transformação.

---

<sup>5</sup> Vide: Revista Comemorativa dos 50 anos do HUCAM: “Futuro se constrói com História”, maio de 2018, p.7-8.

## 2 A PNH E OS SEUS EFEITOS NO HUCAM

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS (HumanizaSUS) entra no HUCAM pela via da Saúde do Trabalhador, principalmente pela atuação de professores do Departamento de Psicologia da UFES, em especial pela atuação da professora Beth Barros que, através de projetos de extensão e de estágio supervisionado com alunos, fomentava espaços de análise coletiva dos processos de trabalho e saúde do trabalhador nos anos 2006 e 2007.

Desde o seu lançamento, a PNH produziu efeitos no HUCAM. Ora mais intensos, ora menos intensos, e continua mobilizando nossos corpos, afetos e ações, gerando ressonâncias nas práticas do cuidado e na gestão do trabalho no hospital.

A Política Nacional de Humanização surge em 2003 como um investimento do Ministério da Saúde na construção de novos arranjos e pactos envolvendo trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde do SUS, fomentando inovações que ampliem o compartilhamento das práticas de cuidado. (BRASIL, 2009)

Assim, a PNH lança uma série de estratégias e dispositivos para fortalecer as redes de produção de saúde e realmente efetivar os princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade). Princípios que se encontram em sua constituição na Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90)

A PNH propõe através de suas diretrizes, aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede de saúde do SUS, procurando ampliar os diálogos e as trocas de saberes entre usuários, trabalhadores e gestores. Com a PNH, surge uma série de dispositivos para favorecer este processo, como por exemplo: a Ouvidoria, a Câmara Técnica de Humanização (CTH), o Apoio Institucional, o Colegiado Gestor, a Visita Aberta, o Acolhimento com Classificação de Risco e a Clínica Ampliada com a elaboração compartilhada do Projeto Terapêutico Singular.

Como uma política pública a PNH visa a garantir, também, melhores condições de trabalho para gestores e trabalhadores. Ela foi uma ação estratégica do Ministério da Saúde para mobilizar os sujeitos, pois acreditava que assim eles

seriam capazes de transformar a realidade e os processos de produção de saúde no SUS. (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.561-563)

Por condições de trabalho, compreendemos uma estrutura-organização mais ampla, destacando o que tem sido apontado como precarização do trabalho em saúde, desde as questões relacionadas como os vínculos trabalhistas até a degradação dos ambientes e processos em sua dimensão cotidiana, na rotina do trabalho. As reações locais mais visíveis em meio a essas condições aparecem como imobilização dos trabalhadores, permeadas por descrença, apatia, raiva, sofrimento patogênico, dor, desprazer, adoecimento. (SANTOS FILHO; BARROS e GOMES, 2009, p .608)

Segundo Santos Filho; Barros e Gomes, (2009), a PNH convocou os trabalhadores a olharem para seus processos de trabalho, analisando-os como um processo histórico, instituídos e que por isso podem ser transformados por todos que o compõem (gestores, trabalhadores e usuários).

Atentos a este movimento, um grupo de trabalhadores do HUCAM e professores da UFES, através da Educação Permanente em Saúde, buscavam aliados na Saúde do Trabalhador para transformar as condições de trabalho no hospital, reduzir os riscos do trabalho e os agravos na saúde do trabalhador. Em visitas técnicas aos hospitais e grupos de pesquisa do Rio de Janeiro, onde existia um movimento efervescente de diálogo sobre o Programa de Humanização dos Hospitais, eles aqueciam o diálogo sobre a humanização do trabalho no HUCAM.

Há relatos que em 2003 já havia no HUCAM coletivos organizados com pacientes e familiares na Ginecologia. Eram grupos de apoio que buscavam humanizar o período de internação no hospital, através de um espaço de escuta e diálogo entre usuárias, familiares, trabalhadores, professores e alunos.

Em 2003, foi quando o Programa de Humanização dos Hospitais passava a se transformar em Política Nacional de Humanização.

Este é o cenário onde em 2003 um programa de humanização dos hospitais se vê desafiado a romper sua verticalidade, sua localização, sua identidade, seu alvo, seu especialíssimo para se criar enquanto política nacional de humanização. (BENEVIDES, 2013)

Ao se transformar em uma política, o HumanizaSUS passou a ser um amplo movimento que atravessaria todas as práticas de saúde, deixando de ser apenas um privilégio das práticas hospitalares. A PNH radicaliza com seu objetivo de transversalidade. Uma busca incessante para fortalecer todos os atores envolvidos nos serviços públicos de saúde, trabalhadores, usuários e gestores.

Em conversa com os trabalhadores e trabalhadoras do hospital, professoras e professores da UFES, eles lembram esta trajetória. Logo após o lançamento da PNH, houve tentativas de fomento de coletivos organizados e de gestão compartilhada no Centro de Materiais e Esterilização (CME), no Pronto Socorro, no Setor de Raio X e na Pediatria, além de uma tentativa de um Macro Colegiado da Direção do Hospital.

Contudo, em conversa com algumas auxiliares de enfermagem e enfermeiras que participam da CTH, elas relatam que os diálogos sobre a PNH esfriaram no HUCAM, após as tentativas de dispararem modos mais compartilhados de gestão. Tema que na época mobilizou afetos muito intensos, gerando um isolamento do grupo condutor dos temas da PNH (GT de Humanização do HUCAM). Isto fez este grupo buscar aliados em outras instâncias. Se aproximaram do grupo de humanização da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), do Hospital Estadual Dório Silva e de consultores do Ministério da Saúde.

Os diálogos sobre a PNH no HUCAM só voltaram a se aquecer em meados de 2009 e 2010, tendo como seu principal disparador o curso de Apoiadores Institucional da PNH “Tecendo Redes” oferecido pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo e pelo Ministério da Saúde aos trabalhadores da rede SUS.

Após o curso de formação, emerge, em 2011, a Câmara Técnica de Humanização do HUCAM (CTH-HUCAM) como forma de viabilizar o Apoio Institucional da PNH no hospital. A CTH-HUCAM tornou-se um dispositivo para efetivar a PNH como política transversal, ou seja, que a PNH atravessasse os mais diversos setores do hospital, sendo incorporada às práticas cotidianas de atenção e de gestão do trabalho em saúde.

Segundo, Campos e Pereira (2014), o conceito de Apoio Institucional emerge no MS a partir de 2003, com uma nova equipe que começava a trabalhar após a posse de Lula na presidência da República. Entrava em cena na atividade de trabalho desta equipe a democratização da gestão, a mudança do modelo vertical e autoritário das relações Inter federativas e a participação social na gestão das instituições de saúde.

A criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Colegiado do Ministério e de Colegiados Gestores nas secretarias e departamentos, a reestruturação e fortalecimento do Departamento de Apoio à Descentralização

(DAD), a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) e o Plano Nacional de Saúde de 2004-2007, que visava à gestão democrática do SUS, mostravam a presença desse debate na agenda da saúde. (Campos e Pereira 2014, p.897)

A estratégia de Apoio Institucional, particularmente da Secretaria Executiva, foi desenvolver e coordenar a implementação do apoio institucional nos estados, municípios e regiões de saúde. Os objetivos eram favorecer a integração das diversas áreas e políticas do MS, buscar a democratização das instituições e das relações Inter federativas e ampliar a capacidade de análise e de gestão dos sujeitos e dos coletivos. (CAMPOS e PEREIRA 2014, p.898)

Para isto, o MS habilitou todos os Estados à condição de Gestão Plena da Saúde, para assumirem efetivamente as funções de formulação, coordenação, regulação e avaliação da política estadual de saúde. Passou a acompanhar a articulação da Programação Pactuada Integrada (PPI), revisaram o marco normativo da regionalização do SUS e a aprovaram o Pacto pela Saúde.

Campos e Pereira (2014) realizaram um importante estudo sobre o conceito de Apoio Institucional no SUS. Analisando os documentos oficiais, as diretrizes nacionais, os cadernos oficiais e as políticas do Ministério da Saúde, eles mostram como o método da Roda de Conversa sobre o Trabalho – o método Paidéia - foi sendo incorporado ao discurso oficial da gestão federal do SUS através do conceito de Apoio Institucional.

Inclusive, os autores destacam que a PNH era a única política do MS que mantém atuação, discurso e formulação teórica sobre o Apoio Institucional, desde 2003 até os dias atuais.

O Apoio Institucional e as Rodas de Conversa seriam para provocar a mobilização dos trabalhadores da saúde em torno de análises e intervenções em seus processos locais de trabalho. Na perspectiva de um trabalho onde a produção de serviços, gestão e produção de sujeitos são indissociáveis. (CAMPOS, 2003).

De acordo com Campos e Pereira (2014) a função de Apoio Institucional é a essência do método Paideia, pois é uma função que articula a produção de bens e serviços com a produção de instituições, organizações e dos próprios sujeitos envolvidos.

O método Paidéia, como afirma Campos (2003) foi uma “[...] tentativa de ampliar a capacidade das pessoas lidarem com poder, com circulação de afetos e com o saber, ao mesmo tempo em que estão fazendo coisas, trabalhando,

cumprindo tarefas. No fundo, é a radicalização da construção de cidadania e de sociedades democráticas” (CAMPOS, 2003, p. 12).

O método Paidéia –o método de fazer Rodas de Conversa sobre o trabalho nos serviços de saúde- busca aumentar a capacidade de análise dos profissionais e de intervenção sobre a realidade nos serviços públicos de saúde.

## **2.1 As Rodas de Conversa na Câmara Técnica de Humanização**

No Brasil, Campos (2000, 2003) vem sugerindo as Rodas de Conversa como dispositivo de análise coletiva do trabalho nos serviços de saúde. A Câmara Técnica de Humanização do HUCAM segue suas recomendações e utiliza como método as Rodas de Conversa para discutir sobre os processos de trabalho no hospital e tornar os trabalhadores mais ativos na gestão do trabalho. Isto foi levando a propor o Colegiado Gestor como dispositivo para institucionalizar as Rodas de Conversas situadas.

Dialogando com as práticas cotidianas dos serviços do Sistema Único de Saúde Pública (SUS), Campos (2000, 2003) aponta para a necessidade de ultrapassarmos as queixas - “a queixa pela queixa”, os ressentimentos, o autoritarismo, as segregações dos especialismos e a dicotomia entre gestão e clínica, para que juntos possamos elaborar novas formas de gestão, e, assim, produzir novos modos de manejo das práticas de cuidado, novos modos de viver o trabalho, novos valores, novas subjetividades.

As Rodas de Conversa no trabalho (CAMPOS, 2000, 2003) fazem girar o poder decisório e contribuem para se efetivar uma democracia institucional. Elas ampliam a capacidade de análise e de intervenção dos coletivos. Os trabalhadores, assim, podem sentir que estão contribuindo com os rumos da instituição.

A experiência de imersão em um plano empírico de um hospital universitário público no Brasil, no qual atuo como psicólogo, força a todo o instante a se situar dentro da discussão da construção do SUS, e das políticas que constituem a rede pública de saúde do país. Encontramos nos trabalhos de Gastão Campos, em suas

propostas de trabalho nos serviços de saúde como defesa da vida, o método Paidéia<sup>6</sup> e o dispositivo Roda de Conversa, um modo de agir coletivamente.

A gestão das práticas de saúde é apresentada, nestas obras, como uma poderosa ferramenta de produção de "*coletivos organizados para a produção*", da qual podemos nos apropriar seja em projetos amplos de elaboração de políticas e programas de saúde, seja nas práticas clínicas relativas a uma determinada atividade situada de trabalho em saúde. Além do mais, este fazer metodológico no cotidiano do trabalho em saúde permite a construção de valores, como o de defesa da vida.

Estas leituras nutrem nossas reflexões para pensar dispositivos para ampliar as possibilidades de ação dos trabalhadores do hospital e favorecer potencial de agir, conforme Campos (2000, 2003), de produção de vida, de valores, isto é de novas subjetividades.

Em Campos (2000, 2003), encontramos a análise dos processos de trabalho e a organização dos serviços de saúde e a defesa da vida, como valores. Uma nova dimensão ética de luta por saúde. Sua produção conceitual, expressamente envolvida com sua militância política, apresenta princípios que nos inspira a apostar na construção de serviços públicos de saúde e na potência coletiva das Rodas de Conversa como instrumento de desenvolvimento humano, que 'é o método Paidéia (CAMPOS, 2003).

No debate da gestão de serviços de saúde, Campos (2000), diverge de alguns modelos hegemônicos de gestão e proposições operacionais instituídas, que pensam separadamente a assistência individual e a saúde pública; ou que veem na Epidemiologia como garantia única de eficácia do planejamento dos serviços e da atenção à saúde, sem levar em consideração para o planejamento e gestão, a experiência clínica.

Ora, princípios tradicionais mostraram-se importantes, mas insuficientes. Ao contrário, as Rodas de Conversa sobre a atividade de trabalho vêm se mostrando um instrumento de ação para os serviços de saúde, tanto para a clínica, como para a gestão, pois favorece o compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão, e,

---

<sup>6</sup> Paideia é o sistema de educação e formação ética da Grécia Antiga, que incluía temas como Ginástica, Gramática, Retórica, Música, Matemática, Geografia, História Natural e Filosofia, que visava a formação de um cidadão capaz de liderar, ser liderado e desempenhar uma atuação política na sociedade. Gastão faz referência a este modelo de formação ética para nomear o seu método. Vide CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo, Ed. HUCITEC, 2003.

além do mais, ampliam a atividade dialógica que faz emergir recursos de ação, enfim, ampliam o poder de agir dos trabalhadores e a construção de valores, como a defesa da vida.

O método da Roda é herdeiro de uma tradição nas Ciências Humanas na qual indica a necessidade de se ampliar o conceito de democracia e o que seria uma práxis transformadora. Deste modo, a construção de um Estado democrático envolveria a transformação do Estado, das relações econômicas e sociais, mas também a transformação das relações do trabalho, das relações familiares, entre gêneros, dos sistemas educacionais, dos sistemas de saúde, da igreja, dos partidos políticos, dos movimentos sociais, ou seja, do modo de gestão das instituições. A democracia institucional depende da capacidade social de construir espaços de poder compartilhado, em construir coletivos que analisem problemas e deliberem decisões. (CAMPOS, 2003, p. 32)

Alguns autores foram fundamentais para consolidar esta tradição. Eles ampliaram o conceito de política e modo de se fazer política, analisando os caminhos sociais e institucionais por onde se consolidam a dominação e a libertação. Rene Lourau (1995), com a Análise Institucional; Gramsci (1978), com os conceitos de blocos histórico e hegemônicos, e com a construção de consenso. Foucault (1979) e a microfísica do poder; Deleuze & Guattari (1972) com as produções da subjetividade e Basaglia com a desinstitucionalização da loucura. O método Paidéia, com as Rodas de Conversa sobre o trabalho nos serviços de saúde atualiza esta linha de análise das Ciências Humanas. (CAMPOS, 2003)

## **2.2 Autogestão e a gestão compartilhada como estratégias de análise e intervenção**

Uma das experiências práticas mais audaciosas que buscavam radicalmente a democracia nas relações de trabalho emergiram com a Análise Institucional, buscando a autogestão como estratégia de intervenção e de análise dos processos de trabalho. Podemos citar como exemplo na área da educação e da pedagogia com Lourau, e na área da saúde, com as experiências de Félix Guattari, um dos expoentes desta abordagem, que realizou um importante trabalho dentro da Clínica La Borde, fundada em 1953 por Jean Oury.

A partir de 1955, Guattari e Oury <sup>7</sup>, construíram uma linha singular dentro da Reforma Psiquiátrica Mundial, buscando transformar o funcionamento de um hospital psiquiátrico, para que não houvesse diferenças hierárquicas entre atendente -atendido, médico-paciente, produzidos pelos especialismos. Em uma negociação contínua entre todos, a instituição foi sendo tratada e modelada, nas reuniões, na vida cotidiana da sala de jantar, nos quartos, nas atividades lúdicas e culturais. Havia um grande espaço à inovação nas atividades, pois sempre se procurava novos temas e variações das atividades cotidianas.

De acordo com Guattari (1992), quando a vida coletiva é concebida com esquemas rígidos, com ritualização do cotidiano, com hierarquização definitiva das responsabilidades, serializada, pode gerar uma tristeza desesperadora tanto para os pacientes quanto para os profissionais.

Entretanto, em La Borde, constatou-se que utilizando os mesmos recursos culturais e microssociológicos, foi possível compor um novo arranjo institucional, uma “*música institucional completamente diferente*” (GUATTARI, 1992, p. 189)

Assim, começaram a imaginar como seria a vida em conglomerados urbanos, nas escolas, nos hospitais, nas prisões etc..., se, ao invés de adotarem os modelos de gestão repetitivos, se esforçassem para mudar sua finalidade. Foi assim, pensando em uma ampliação das práticas institucionais na produção da subjetividade que na década de 60, Guattari forjou o conceito de Análise Institucional. (GUATTARI, 1992, p. 189)

Segundo Guattari (1992), não se tratava apenas de questionar a Psiquiatria mas também a Pedagogia Institucional - praticada e teorizada por um grupo de professores reunidos em torno de Fernand Oury, o irmão mais velho de Jean Oury - e a condição estudantil, que começava a ser um catalizador dos acontecimentos de 1968 na França. Envolveria, também, questionar um conjunto de segmentos sociais que deveriam ser fundamentais para uma reinvenção da humanidade, que não queria mais viver os horrores da 2ª Grande Guerra.

Eu não propunha de forma alguma generalizar a experiência de La Borde ao conjunto da sociedade, não havendo nesse campo nenhum modelo

---

<sup>7</sup> A respeito da Clínica La Borde, veja Práticas analíticas e práticas sociais. In: GUATTARI, F. Caosmose: por um novo paradigma estético, editora 34, São Paulo, 1992, p.182-203 e o interessante texto: BENVIDES, R. e PASSOS, E. **A Instituição e sua borda**. Acessado <https://app.uff.br/slab/uploads/texto2.pdf>. Acessado in: 11/07/2018

transponível. Mas parecia-me que a subjetividade, em todos os seus estágios do socius onde quisesse considerá-la, não era manifesta, que era produzida sob certas condições e que estas poderiam ser modificadas por múltiplos procedimentos e de forma a orientá-la em um sentido mais criativo. (GUATTARI, 1992, p. 190)

Não que esta experiência de La Borde tenha sido um processo fácil e linear. A todo instante surgiam dificuldades imprevisíveis. Havia resistências, falta de habilidade para lidar com a complexidade do serviço e a falta dos mais diversos recursos materiais. Guattari (1992) conta que a cada problema retomava-se incessantemente o diálogo, sem jamais perder o eixo condutor que era desconstruir o saber/poder entre médicos-pacientes e entre os próprios profissionais.

Essa atividade incessante de questionamentos, aos olhos de um organizador-conselho, pareceria inútil, desorganizadora e, entretanto, é somente através dela que podem ser instauradas tomadas de responsabilidade individuais e coletivas, único remédio para a rotina burocrática e para a passividade geradas pelos sistemas de hierarquias tradicionais. (GUATTARI, 1992, p. 187)

Nesta experiência de La Borde, o eixo condutor das práticas estava na democratização das relações entre cuidadores, pacientes e entre os profissionais, com seus especialismos. Além de tornar o hospital um local aberto a sociedade e ao mundo. Esta abordagem passou a ser conhecida como Psicoterapia Institucional.

O termo Psicoterapia Institucional foi empregado pela primeira vez em 1952 por Georges Daumezon, que já naquela época mostrava a importância da atividade de trabalho como dispositivo de saúde.

Contudo, já havia desde 1940 na França, uma linha teórico-prática, no hospital de Saint- Alban, foco de resistência à invasão alemã durante a segunda Guerra, onde o psiquiatra catalão François Tosquelles, junto aos pacientes internados, e aos artistas e aos militantes políticos - membros de um movimento clandestino de resistência à ocupação Alemã, como Paul Éluard e Georges Canguilhem que estavam lá a procura de abrigo - construíram uma série de dispositivos de cuidado naquela múltipla e potente cena clínico-política. (ROUDINESCO, 2014)<sup>8</sup>

A experiência da Psicoterapia Institucional, na qual pretendia-se "cuidar da instituição" para cuidar do paciente, influenciou um amplo movimento mundial de

---

<sup>8</sup> Ver artigo de Elisabeth Roudinesco, **HOMENAGEM A JEAN OURY** publicado no jornal Le Monde.fr | 16.05.2014, tradução de Tradução e resumo: Doutor Eliezer de Hollanda Cordeiro in: <<http://www.polbr.med.br/ano14/fran0514.php>>, Acessado em janeiro de 2017.

Reforma Psiquiátrica, que teve Ronald Laing e David Cooper um dos mais importantes representantes deste movimento na Inglaterra e, Franco Basaglia, na Itália, que influenciou fortemente o movimento brasileiro da Reforma Psiquiátrica, que, a princípio, contou com apoio de Paulo Amarante para iniciar este intercâmbio de experiências no Brasil.(Amarante, 1995, 2003)<sup>9</sup>

No entanto, a Reforma Psiquiátrica passou a afirmar a ruptura com a lógica asilar. Para eles, não bastava apenas cuidar desta instituição, gerando um novo funcionamento, mas superá-la. Este movimento tornou visível as relações de poder presentes na dinâmica hospitalar, denunciando a violência dos discursos e das práticas, e das produções de verdade dos saberes.

A partir de 1970 emergem uma série de experiências de autogestão como dispositivos de intervenção e análise das instituições. Na Análise Institucional buscou-se a autogestão dos grupos como estratégia de analisar as instituições, os modos de gestão instituídos, as relações de saber/poder que atravessam as instituições, e seus movimentos instituintes de novos modos de funcionar, de novas práticas e discursos, buscando modos mais democráticos de viver.

Monceau (2008) cita suas experiências na França e seus estudos da autogestão como dispositivo de intervenção para gerar novas formas de análise coletiva, que ele nomeia de Sócio Clínicas. Seguindo a Análise Institucional, ele afirma que, para analisar as instituições, é preciso provocar uma mudança no funcionamento instituído. Em serviços de saúde, habitualmente, suas intervenções iniciavam-se com assembleias gerais nas quais todas as pessoas do estabelecimento se encontravam presentes, como a cozinheira e os profissionais de saúde. Conversavam de tudo, desde demandas do diretor até de recursos disponíveis. Este dispositivo visava a transformar a relação de saber e de poder do estabelecimento.

Monceau (2008) cita um outro exemplo ocorrido na Argentina com as empresas recuperadas pelos trabalhadores quando os proprietários as abandonaram. Os próprios trabalhadores recuperaram as fábricas e as geriram.

Os dispositivos de autogestão, como dispositivos de intervenção, surgem, assim, na Análise Institucional como dispositivo de análise do funcionamento do que está instituído, como estratégia de democratizar as relações de saber /poder.

---

<sup>9</sup> Ver AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**, Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995, 2003.

O Método da Roda e o Colegiado Gestor seguem essa direção ético-política uma vez que possuem como diretriz ampliar a democracia institucional. Emergem como dispositivos para ampliar as formas de análise do trabalho e as possibilidades de ação dos trabalhadores, enfim, para ampliar a participação dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho e dos serviços. Um método para gerar novas subjetividades (CAMPOS, 2003), isto é, mais ativas, com maior poder de análise e abertas as opiniões dispostas a construir efetivamente a democracia.

Logo, talvez seja mais prudente falarmos em gestão compartilhada do trabalho, ao invés de autogestão, pois alguns processos de trabalho e serviços são tão complexos - como os serviços de saúde em que há muitos financiadores e muitos órgãos de controle em constantes diálogos – que a autogestão poderia ser inviável em meio ao estado de coisas que vivemos no Brasil.

As experiências vividas no hospital universitário vêm mostrando que para mobilizar as subjetividades não basta apenas ampliar a participação dos vários atores envolvidos nos serviços. Tampouco, para melhorar os processos de trabalho bastaria construir metas de produtividade, métodos de controle como busca a Racionalidade Gerencial Hegemônica<sup>10</sup>. (CAMPOS, 2003, p. 16)

Mas a ampliação dos espaços de diálogo em Roda e nos Colegiados Gestores podem se constituir como importantes instrumentos de análise do trabalho em hospital, de forma a enfrentar seus desafios e ampliar recursos de ação. Esse tem sido um caminho de formação de trabalhadores para que tenham maior poder de análise e de atuação e de construção de novas subjetividades (CAMPOS, 2003)

Assim, como Apoiador Institucional, membro da CTH e psicólogo do NASTH, temos incentivando a construção e a consolidação dos Colegiados Gestores no hospital, como um dispositivo de gestão compartilhada, como estratégia de análise e de intervenção, um modo de gerar reposicionamentos subjetivos. Um dispositivo de desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores. Um dispositivo para ampliar a

---

<sup>10</sup> Campos (2003) nomeou de Racionalidade Gerencial Hegemônica. Em oposição à gestão do trabalho que investe na capacidade criadora da vida e dos trabalhadores emergiu um modelo de gerência da vida no trabalho. *“Esta produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho, alheios (estranhos) a eles”*. (CAMPOS, 2003, p. 23)

atividade dialógica no trabalho, mobilizar a força motriz da subjetividade e assim manter viva a paixão pela realidade. (CLOT, 2010)

### **2.3 O Apoio Institucional como atividade clínica**

Consideramos inquestionável a influência da Análise Institucional francesa no método Paideia, que reelabora o conceito de analista institucional através do conceito de Apoio Institucional. O apoiador institucional interage ativamente com as equipes e trabalha em vários espaços (“settings”) (CAMPOS e PEREIRA, 2014). O Apoio Institucional, portanto, é uma atividade de análise e intervenção. Uma atividade clínica.

O apoiador tem uma postura ativa, interfere na construção de agenda, na análise e formulação de projetos e tarefas. Ele utiliza as rodas de conversa para evidenciar os conflitos, para estimular a gestão compartilhada dos processos de trabalho – colocando em análise as diretrizes e políticas instituídas. Os conflitos são material de análise e não algo a ser eliminado ou mediado. Lança mão de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento. Em alguns casos tem estatuto e cargo de gestão, com funções e atribuições definidas. (CAMPOS e PEREIRA, 2014)

Mas diferente das assessorias e consultorias hegemônicas, o apoiador institucional não decide sobre o que as equipes devem fazer. Ele faz com elas. Ele ajuda a fomentar momentos de espaços de diálogo e contribui com a análise do trabalho, com a elaboração de projetos e as tarefas de intervenção. Deste modo, compromete-se com as equipes, amplia a análise do trabalho, trazendo também para conversa as políticas instituídas, as diretrizes da alta direção e as normas orçamentárias. (CAMPOS e PEREIRA, 2014)

O Apoio Institucional e a Educação Permanente sempre caminharam juntos. Seja articulando o apoio para induzir, operar e coordenar espaços e processos de educação permanente, seja na formação dos apoiadores. O método do apoio Paideia aposta nos processos formativos de ensino aprendizagem dos profissionais de saúde. As rodas de conversa no trabalho tornam-se um dispositivo de produção de conhecimento e de formação de apoiadores. (CAMPOS e PEREIRA, 2014)

Assim, os processos formativos de profissionais se fundamentam na análise das práticas e discursos instituídos e na elaboração de projetos concretos. Mas também, na análise permanente dos desejos e do jogo de poder.

Enfim, como afirmam Campos e Pereira (2014), o Apoio Institucional emerge diante dos grandes desafios do SUS. Ele emerge da necessidade de “[...] *implementar práticas de atenção e gestão em saúde que garantam o acesso com qualidade e o cuidado integral, em uma Rede de Atenção à Saúde adequada às necessidades da população, com o fortalecimento da governança regional e do controle social*” (CAMPOS e PEREIRA, 2014, p. 2).

Contudo, o Apoio Institucional não é uma tarefa fácil, pois envolve um processo contínuo de criar estratégias para afirmar uma política pública que incentiva inovações nas formas de gestão e de atenção à saúde, visando ao fortalecimento, a autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos envolvidos, a ampliação da democracia institucional, o fomento das ações intersetoriais de saúde para realmente efetivar os princípios do SUS, de integralidade, igualdade e universalidade da atenção à saúde.

O Apoio Institucional se consolidou como experiência de elaboração de estratégias e dispositivos que visavam a operacionalizar as diretrizes da PNH:

Uma aposta radical do HumanizaSUS é a democratização da gestão, que implica na ampliação do grau de transversalização entre os sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde. Ao serem implementadas, as diretrizes da Política Nacional de Humanização provocam uma alteração na correlação de forças na equipe e desta com os usuários e sua rede social, o que favorece a produção/ampliação da corresponsabilização no processo de cuidado. (BRASIL, 2009. p.13)

Em uma Roda de Conversa da CTH no HUCAM, as participantes lembram de algumas experiências de gestão compartilhada e suas tentativas de fomentar os Colegiados Gestores. Era uma busca por modos coletivos de análises dos processos de trabalho e de elaboração de propostas em equipe, consultas públicas de opiniões e compartilhamento das decisões. Buscava-se modos coletivos de gestão do cuidado. Tentava-se democratizar efetivamente as relações de trabalho.

Embora haja outras experiências consolidadas de implantação dos dispositivos da PNH no HUCAM, como a Visita Aberta, a Ouvidoria e a própria CTH, os trabalhadores e trabalhadoras gostam de lembrar das experiências de gestão compartilhada do trabalho.

## **2.4 A Saúde do trabalhador e os riscos do trabalho em hospital**

Revisando a produção de artigos científicos sobre a saúde do trabalhador de hospital no Brasil, Silva e Pinto (2012) destacam a prevalência dos estudos em equipes de Enfermagem sobre o mapeamento dos riscos do trabalho em hospital. Para as autoras são riscos que podem levar ao acidente de trabalho ou podem afetar à saúde do profissional de alguma forma. Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2008 a 2011 em periódicos nacionais, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e a Norma Regulamentadora NR-32 (BRASIL, 2005).

As autoras construíram categorias de riscos do trabalho em hospital de acordo com os temas abordados nos artigos. Montamos o quadro abaixo para ilustrar as categorias utilizadas por elas:

<b>Riscos do trabalho em hospital</b>
<b>1º) Número insuficiente de funcionários</b>
<b>2º) Sobrecarga de trabalho</b>
<b>3º) Rodízio de turnos dos plantões noturnos</b>
<b>4º) Desgaste mental e emocional:</b>
<b>5º) Condições físicas impróprias</b>
<b>6º) Falta de capacitação profissional</b>
<b>7º) Exposição às substâncias tóxicas</b>
<b>8º) Exposição</b>

<b>ocupacional a materiais infectocontagiosos</b>
<b>9º) Indisposição ou mau uso dos EPIs</b>
<b>10º) Condições inapropriadas de trabalho</b>
<b>11º) Ambiente de trabalho (climatização, ruídos e resíduos)</b>

Apesar de adotar categorias de análise diferentes das utilizadas pelo Ministério do Trabalho do Brasil, extinto pelo atual governo federal, de forma que suas atribuições foram divididas entre os Ministério da Economia, da Cidadania e da Justiça e Segurança Pública, esta pesquisa possui o mérito de catalogar por temas as publicações, sendo um interessante instrumento para o início de novos estudos. Evidencia uma tendência na abordagem dos riscos do trabalho que valoriza o sentido dado à experiência de risco pelos próprios trabalhadores.

Em 1994 o Ministério do Trabalho, através da Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho, lança a PORTARIA N.º 25, DE 29 DE DEZEMBRO DE 1994, que regulamenta a elaboração do MAPA DE RISCOS, com a classificação dos principais riscos ocupacionais em grupos, de acordo com sua natureza e a padronização das cores correspondentes, a serem incluídas na Norma Regulamentadora N°5 (NR5) conforme a tabela abaixo:

<b>Grupo 1 Verde</b>	<b>Grupo 2 Vermelho</b>	<b>Grupo 3 Marrom</b>	<b>Grupo 4 Amarelo</b>	<b>Grupo 5 Azul</b>
Riscos físicos	Riscos químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de acidentes
Ruídos	Poeiras	Vírus	Esforço físico intenso	Arranjo físico inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Levantamento e transporte manual de	Máquinas e equipamentos
Radiações	Névoas	Protozoários		

ionizantes	Neblinas	Fungos	peso	sem proteção
Radiações não ionizantes	Gases	Parasitas	Exigência de postura inadequada	Ferramentas inadequadas ou defeituosas
Frio	Vapores	Bacilos	Controle rígido de produtividade	Iluminação inadequada
Calor	Substâncias, compostos ou produtos químicos		Imposição de ritmos excessivos	Eletricidade
Pressões anormais			Trabalho em turno e noturno	Probabilidade de incêndio ou explosão
Umidade			Jornadas de trabalho prolongadas	Armazenamento inadequado
			Monotonia e repetitividade	Animais peçonhentos
			Outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico	Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

A partir de 2008, a Organização Mundial da Saúde e a Agencia Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho passam a sugerir estratégias de saúde para prevenir o Risco Psicossocial, devendo incluí-los no mapeamento de riscos ocupacionais. (WHO, 2008) Neste sentido, em nosso país há estudos importantes sobre o sofrimento no trabalho hospitalar.

Segundo Guimarães (2013) desde a década de 1950, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde empreendem esforços conjuntos para desenvolver estudos e complementar os programas destinados a proteger a saúde dos trabalhadores. Depois de 1960, os riscos psicossociais e os modelos de gestão do trabalho passaram a ser estudados intensamente.

Fischer (2012) afirma que neste século XXI houve um aumento do número de publicações de artigos científicos sobre os riscos psicossociais e seus efeitos na saúde dos trabalhadores, principalmente pelas evidências da sua relação com o

aumento de processos patológicos dos trabalhadores. Logo, os riscos psicossociais foram considerados uma nova categoria de riscos relacionados às transformações no mundo do trabalho, como, por exemplo, a intensificação e a precarização do trabalho, as novas formas de organização do trabalho e a introdução de novas tecnologias.

Eles envolvem aspectos do planejamento e gestão do trabalho diante de um contexto social que pode ocasionar danos físicos, psicológicos e sociais resultando em estresse, esgotamento ou depressão. Os riscos psicossociais afetam trabalhadores de todos os países e profissões, provocam ausências nos postos de trabalho, impactam no desempenho do trabalhador, tanto na execução de tarefas quanto nas suas experiências de prazer no trabalho. (AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO, acesso em janeiro de 2017).

No Brasil, as Políticas de Saúde do Trabalhador preveem os riscos psicossociais como riscos ocupacionais, conforme consta em: (BRASIL, 2003, Ministério da Previdência Instrução Normativa n. 98, item 4. Letras f, g e h) Nesta Instrução Normativa os Riscos Psicossociais: “são as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho” (BRASIL, 2003, seção 1; item 4; letra - h). Envolve a gestão do trabalho e a difícil realidade social, os planos de carreira, o ritmo das atividades e ao ambiente social e técnico do trabalho.

Em nosso país, os riscos psicossociais foram evidenciados a partir das notificações das lesões por esforço repetitivos e dor relacionados ao trabalho (LER/DORT) (BRASIL, 2003).

Monteiro (1995) descreve com detalhes esta trajetória do processo de reconhecimento das LER/DORT no Brasil, quando em novembro de 1986, a direção geral do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) publicou a Circular de Origem nº 501.001.55 nº 10, pela qual orientava as Superintendências para que reconhecessem a tenossinovite como doença do trabalho, quando resultante de: "movimentos articulares intensos e reiterados, equiparando-se nos termos do parágrafo 3º, do artigo 2º da Lei nº 6.367, de 19/10/76, a um acidente do trabalho".

Desde o início da Revolução Industrial, século XVIII e XIX, eram numerosos os trabalhadores que apresentavam sintomas decorrentes de sobrecarga estática e dinâmica do sistema osteomuscular. Mas somente a partir da segunda metade do

século XX, os quadros clínicos osteomusculares adquiriram expressão em número e relevância social, com a racionalização técnica na indústria, atingindo, de forma particular, perfuradores de cartão. (BRASIL, 2003)

As transformações do trabalho e dos modelos de gestão das empresas e dos serviços vem se caracterizando pelas exigências do mercado, com rígidas metas de produção que não levam em consideração a vida dos trabalhadores com seus limites físicos e psicossociais. (BRASIL, 2003)

Há uma exigência de adequação dos trabalhadores às características de gestão das empresas e dos serviços com intensificação do trabalho e padronização dos procedimentos, impossibilitando qualquer manifestação de criatividade e flexibilidade, execução de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, necessidade de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, exigência de intensa atenção, informações específicas, atualizações contínuas, vigilância e punição constante ao erro, o monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto.(BRASIL, 2003)

É importante destacar que as legislações brasileiras vêm se esforçando para acompanhar as mudanças históricas e culturais do mundo do trabalho. Os estudos sobre a saúde do trabalhador contribuem para fundamentar esse contínuo processo de elaboração das Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador.

No HUCAM, em 1991, foi criado o Programa de Saúde Ocupacional. Mas em 2006, inspirados nos debates sobre Saúde do Trabalhador, disparados pela PNH, os profissionais deste setor propuseram ampliar o debate e as estratégias de intervenção junto aos trabalhadores do HUCAM, para além da saúde ocupacional, isto é, visavam seguir os princípios preconizados pela saúde do trabalhador, o que envolve a inserção e participação dos trabalhadores na elaboração das ações de saúde no ambiente de trabalho. Foi feito, então, um concurso que elegeu um novo nome para o Setor, o Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NASTH) com o objetivo de instituir no HUCAM programas e ações de Saúde do Trabalhadores e de Segurança no Trabalho. (RIBEIRO, et al, 2010). Este é o Setor onde atuo desde 2011 até os dias atuais.

## **2.5 O Mapa de Riscos como um efeito do Movimento Operário Italiano no Brasil**

O mapa de riscos do trabalho em hospital é um instrumento importante para as políticas de saúde do trabalhador. Ele constitui um conjunto de conhecimentos consolidados no desenvolvimento das atividades nesse campo. Podemos afirmar que ele é efeito da inserção do Movimento Operário Italiano (MOI), no qual o médico e psicólogo italiano Ivar Oddone é um dos seus maiores expoentes, que utilizava como um dos seus dispositivos de intervenção o Mapa de Risco.

Segundo Muniz, et al (2013), mesmo que parcialmente os fundamentos do Movimento Operário Italiano foram incorporados e formalizados como parte do patrimônio dos trabalhadores no Brasil, em sua linguagem, em seus valores e sua ideologia. O mapeamento dos riscos nos ambientes de trabalho foi o que mais se propagou nos movimentos sanitário e sindical. O Mapa de Risco surge em nosso país a parti de 1980, e foi se disseminando em diversas áreas, desde as indústrias às hospitalares.

De acordo com Machado (1997), no Brasil os princípios do MOI foram interpretados a partir dos pressupostos preventivistas do movimento sanitarista brasileiro da década de 80, e incorporados às experiências de desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Um processo que aconteceu com forte participação sindical e acadêmica, e contribuiu para elaboração da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), base da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto ao surgimento do Mapa de Riscos no Brasil há versões diferentes. De um lado existe a versão que atribui às áreas sindical e acadêmica, através de figuras como David Capistrano Filho, Mário Gawryzewski, Hélio Baís Martins Filho, assim como do Diesat (Departamento Intersindical Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho).

De outro lado, existe a versão que atribui à Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro) a difusão do Mapa de Riscos no país (MATTOS; FREITAS, 1994, p. 252).

Conforme lembraram Vasconcelos e Lacomblez (2005), o Mapa de Riscos é baseado na constatação de Oddone de que:

A ciência tradicional (a “dominante”) define como objeto de observação o homem e o seu meio técnico. O seu objetivo é, sempre, uma medida objetiva que obtém graças a um método analítico e à utilização de instrumentos em prestados pelos físicos e pelos químicos, por um lado, e pelos médicos e psicólogos por outro. Essa abordagem tradicional comporta a decomposição e a medida, tanto do meio (no sentido restrito do termo) como do homem. O primeiro é decomposto em elementos simples (microclima, poeiras, gases, fumos) e o segundo – considerado apenas do ponto de vista físico – é reduzido a dados antropométricos, a elementos objetivos. (ODDONE; RE; BRIANTE, 1981, p. 45, apud Vasconcelos e Lacomblez, 2005, p. 41)

O novo modelo científico proposto por Oddone, emerge pela experiência dos humanos. Ele se caracteriza por uma abordagem global dos problemas e na formulação de juízos de valor. Seu modelo científico buscava transformar o meio de trabalho em benefício de homens e mulheres, enquanto o modelo tradicional apenas procurava conhecê-lo (parcialmente). Designa um novo objetivo à investigação médico-psicológica, passando a privilegiar não a medida, mas a avaliação, não os instrumentos mecânicos, mas os julgamentos que surgem no grupo homogêneo de trabalhadores como portador de uma experiência validada coletivamente

Seu caminho metodológico seria construído pela “competência de utilização” comum a todos, pelo material cognitivo, mnêmico e técnico, ligado à linguagem histórico-cultural dos trabalhadores.

... por aquilo que se poderia definir como “aquilo que não podemos não saber” e pelas perguntas: “Que imagens vêm ao espírito, por associação, quando um sujeito escolhe uma casa? Quais vêm quando pensa numa fábrica? Quais, quando pensa em fadiga?”. Daqui emerge um roteiro que serve de suporte ao mapeamento dos quatro grupos de fatores nocivos: “a casa, que faz lembrar: temperatura, iluminação, ruído, ventilação, humidade (1º grupo); a fábrica: poeiras, gases, fumos, vapores (2º grupo); a fadiga, dois tipos fundamentais de fadiga: a tradicional, devida à atividade física (3º grupo) e outras formas infinitas de fadiga devidas a causas que não a atividade muscular, por exemplo, monotonia, ansiedade, repetitividade, ritmos excessivos, responsabilidade (4º grupo).” (VASCONCELOS; LACOMBLEZ, 2005, p. 41)

Nesta linha de estudos que utilizam o Mapa de Riscos e os princípios do MOI como ferramenta metodológica de ação e intervenção em hospital destacamos a experiência de Hökerberg et al. (2006), realizada em um hospital público no município do Rio de Janeiro; e o trabalho de Flor e Kirchof (2006) com profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Neonatal (UTIN).

Hökerberg et al. (2006) afirmam que o processo de elaboração do Mapa de Riscos proporcionou a experimentação pretendida pelo MOI, ao demonstrar, por exemplo, o peso da reivindicação coletiva na promoção de mudanças contra as

quais as chefias se opunham. Os autores destacam a reflexão produzida pelos trabalhadores e a mudança de perspectiva de passivos e reclamantes para atores com capacidade de interferir no ambiente de trabalho. As reflexões geraram tanto descobertas sobre o trabalho executado, quanto as tensões, as insatisfações e as angústias, pouco visíveis na linguagem positivista do Mapa de Riscos, embora seja reconhecido para todos os trabalhadores.

Flor e Kirchhof (2006) utilizando os princípios do MOI, para sensibilizar os profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal quanto à exposição à radiação ionizante, afirmam que este modelo é um método de produção de conhecimento para a ação. Segundo as autoras, o desafio, é transformar as condições de trabalho, com vistas ao bem-estar e à proteção da saúde dos trabalhadores a partir de uma abordagem detalhada do processo de trabalho.

Contudo, Mattos e Freitas (1994), analisando os limites da metodologia de Mapas de Riscos no Brasil, observam que a investigação e a negociação das causas da nocividade do trabalho só teriam sucesso efetivo quando acompanhadas das condições objetivas para o exercício real da democracia e da cidadania nos ambientes de trabalho, com livre possibilidade de organização do trabalho, liberdade e autonomia sindical, permitindo a todos os envolvidos as condições necessárias para o diálogo.

Já Benatti e Nishide (2000), dizem que o processo de estudo e elaboração de Mapa de Riscos deve ser realizado não apenas para atender a legislação vigente – as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, especificamente a NR5 - mas para prevenir, controlar e eliminar os riscos de acidentes de trabalho, o que também envolve acompanhar os resultados da implantação, incorporando a visão dos trabalhadores.

Souza et al. (2003) destacam a importância do conceito de “validação consensual”, no MOI. A validação consensual refere-se ao julgamento coletivo, pelo qual legitima-se a experiência relativa às condições de trabalho de cada trabalhador. Através de discussões e reflexões coletivas a respeito do trabalho, seus possíveis riscos e nocividade, leva-se em consideração a experiência do trabalhador para visualizar possibilidades de transformação concreta do trabalho. As autoras afirmam que privilegiando o saber dos trabalhadores e suas experiências, conseguimos produzir conhecimentos mais enriquecedores e com maior potencial de intervenção.

De acordo com Sato (1996), apesar do MOI ter influenciado a elaboração das Normas Regulamentadoras (NR), nas quais é obrigatória a elaboração do Mapa de Riscos Ambientais pelas Comissões Internas de Prevenção de Acidentes – CIPA's (BRASIL, 1995), é necessário construir um plano epistemológico que combine conhecimento prático e conhecimento científico.

Segundo Muniz et al (2013) a importância epistemológica do MOI é construir um “modelo operário de produção de conhecimento” (BRITO, 2004).

Para isto o MOI propõe a construção de Comunidades Científicas Ampliadas, pois, segundo Schwartz (2000), a sinergia entre diferentes saberes frente a problemas concretos favorece efetivamente a crítica mútua e o desenvolvimento de instrumentos coletivos de ação.

No Brasil, Brito e Athayde (2003) reformularam o dispositivo Comunidade Científica Ampliada, proposto pelo MOI, com o nome de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Vale ressaltar que a mudança da denominação CCA para CAP, retirando-se o vocábulo “científica”, buscou evitar uma falsa compreensão de que Oddone e sua equipe buscariam transformar os trabalhadores em cientistas ou enquadrar a produção de saberes em uma perspectiva científica que impõe limites à possibilidade de trabalhar com a experiência. O que se pretendia, mesmo, com este dispositivo era ampliar a capacidade investigativa de todos.

O dispositivo metodológico – CAP – vem sendo desenvolvido no Brasil desde a experiência do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas do Estado do Rio de Janeiro, iniciado no final dos anos 1990. (BRITO; ATHAYDE, 2003; BRITO; ATHAYDE; NEVES; 2003)

A história desse dispositivo-conceito, no âmbito das publicações nacionais, remete a alguns estudos sobre o Programa de Formação de Professores que conjugou pesquisas científicas e formação de trabalhadores de escolas públicas tendo como foco as relações saúde-trabalho nas situações concretas que desenvolvem. Seu objetivo principal é compreender/transformar as relações entre o trabalho e os processos de saúde-doença, associando profissionais de pesquisa e os protagonistas do trabalho em análise.

Pode-se então verificar que constituir uma CAP e desenvolvê-la, conforme asseguram Brito e Athayde (2003), diz respeito à experimentação de um modo de pesquisar-interferir através da confrontação entre os diferentes saberes (sejam os de tipo científico-disciplinar-acadêmico, sejam os investidos na prática). Pretende-se,

adotando esse paradigma, desenvolver uma forma original de pesquisa/intervenção na linha do que Oddone e parceiros designaram “pesquisa não ritual”, um conceito de pesquisa que contestaria os métodos da pesquisa tradicional. O MOI e sua postura epistemológica influenciou a formulação da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, o que se evidencia em diversas publicações, sejam acadêmicas ou do próprio Ministério (SKAMVETSAKIS, 2006; MORI, SILVA & BECK, 2009; BRASIL, 2006).

Esses autores referem-se, efetivamente, ao conceito de CAP como uma maneira de se construir coletivamente a reflexão a respeito da experiência do trabalho no cotidiano dos serviços, fundamentando-se no diálogo permanente com os trabalhadores.

Muniz et al (2013) afirmam que Oddone e sua equipe elegeram a experiência do trabalhador tanto para solucionar o adoecimento profissional, como para deliberar os encaminhamentos das lutas pela transformação do trabalho. Se antes os trabalhadores eram apenas informantes de um especialista, que coletava dados, eles tornaram-se elemento central da sua abordagem. Passaram a elaborar com o conhecimento do trabalhador, experiências que permitiam acelerar e enriquecer o processo de produção da própria experiência do trabalho, constituindo um saber-fazer disseminado na fábrica. Nesta abordagem, a análise do trabalho situado, que compõem certo posto de trabalho, envolve a produção da experiência do trabalhador, tornando-a utilizável em outras circunstâncias e transmissível aos outros.

Para evidenciar os planos de possibilidades que organizam as ações do trabalhador, Oddone, Re e Briante (1981) passaram a elaborar a técnica de Instruções ao Sósia conforme afirmam:

... é evidente que com este método não é o comportamento real e total do indivíduo que recolhemos, mas a sua imagem, o seu duplicado, isto é, a representação que ele faz do seu próprio comportamento. Portanto, o princípio foi o de fazer com que esses planos, essas estratégias fossem explicitadas, socializadas e discutidas, de modo que essa ação-reflexão coletiva produzisse e desenvolvesse uma experiência de reapropriação de sua capacidade de intervenção, avançando. (ODDONE, RE e BRIANTE, 1981, p. 57)

Estes instrumentos tentaram ultrapassar os discursos idealizados, da militância sindical das grandes revoluções, que não trazem para a análise as

contradições da atividade de trabalho, os desafios cotidianos, os desconfortos produzidos pelo descompasso entre a prescrição do trabalho e o que nele se realiza.

A técnica de Instruções ao Sósia permite ainda contornar outro grande problema para a análise da experiência do trabalho: os obstáculos à entrada dos profissionais de saúde (intelectuais orgânicos de classe, conceito de Gramsci, 2006) nos locais do trabalho.

Odone nos alerta para os perigos de delegar a outros as soluções das nossas dificuldades e anseios, um fato antigo que ocorre entre os trabalhadores, por um longo período instituído por industriais, e foi a própria base do crescimento da Medicina e da Psicologia do Trabalho. Os operários não têm a necessidade de que seja um técnico, mesmo de extrema esquerda, para “recuperar a sua subjetividade”. (ODDONE et al., 1986, p. 120)

Este é um tema delicado para os serviços em Saúde do Trabalhador que hoje se deparam com as condições de saúde dos trabalhadores envolvendo uma dimensão psicossomática cada vez mais acentuada e complexa, como apontado nos estudos que a abordam com nomenclaturas variadas, seja como estresse, seja como síndrome de burn out, seja como desgaste mental, seja como sofrimento. Que eles não fiquem reduzidos apenas em registrar os efeitos enfraquecedores da vida e dos riscos de trabalho. Mas que se transformem, também, em suporte para a elaboração dos recursos de ação dos trabalhadores, em suporte de desenvolvimento da potência de agir dos trabalhadores.

Oddone, Re e Briante (1981) propõem que para mobilizar e desenvolver esse rico material que emerge na dinâmica das instruções ao sósia, é preciso que os próprios especialistas pensem que instruções dariam aos seus sócias. É também um dispositivo de desenvolvimento das práticas profissionais dos próprios pesquisadores e especialistas em Saúde do Trabalhador, na medida em que também são levados a se confrontar com os planos e as estratégias que vêm utilizando no seu trabalho.

A técnica de Instrução ao Sósia vai então servir para esse objetivo de produzir uma confrontação do trabalhador com os seus próprios planos, possibilitando uma crítica a tais planos e sua transformação, aperfeiçoando as estratégias de intervenção sobre as situações de trabalho. Consiste em gerar uma situação em que o trabalhador aceite “fazer de conta” que outro trabalhador seja seu sósia (seu clone) e que supostamente iria substituí-lo no trabalho.

Na atividade Oddone pede para imaginar...

Se existisse outra pessoa perfeitamente idêntica a você do ponto de vista físico, como você o instruiria para se comportar na fábrica com relação às tarefas, aos seus colegas de trabalho, à hierarquia e à organização sindical (ou outras formas organizativas) de forma que ninguém perceba que se trata de outro e não de você? (ODDONE; RE; BRIANTE, 1981, p. 57)

Na medida em que o trabalhador se depara com um interlocutor com solicitações distintas de um interlocutor- aprendiz, a situação se modifica, o trabalhador-instrutor se desloca de seu lugar naturalizado. O seu colega, trabalhador-sósia, não fica passivo no diálogo. Ao contrário ele exige que as instruções sejam mais detalhadas, fazendo novas perguntas que introduzem a variabilidade, as nuances, a sutileza que cada trabalhador imprime não só ao realizar suas tarefas, mas ao travar suas lutas, debates e diálogos com suas atividades de trabalho, com os colegas e com a hierarquia. Ao ser forçado a entrar nos detalhes, nas minúcias, o trabalhador se surpreende com a complexidade de sua atividade, processo de elaboração que passa pela avaliação dos efeitos das escolhas que vinha fazendo em cada situação, crítica, alegria, raiva, orgulho. Entra em um processo de transformação das estratégias que utiliza no trabalho.

Segundo Muniz et al. (2013), esta dinâmica, que era feita em grupo com diferentes trabalhadores, mobiliza a reflexão acerca de sua própria experiência no trabalho.

A presença de debates de escolhas entre um modo de agir e outro que ocorre na experiência do trabalho, põs por “água baixo” as teses de passividade ou alienação no mundo trabalho nos modos capitalista de produção. Ao contrário, evidenciou como emergem no trabalho a dimensão subjetiva e o seu poder de agir.

A estratégia apresentada por Oddone, Re e Briante (1981) permite reconhecer que já existe uma “*psicologia não escrita*” construída na e pela atividade dos trabalhadores. A percepção deste patrimônio é fundamental, inclusive para que novas tecnologias surjam. A atividade de trabalho mobiliza cognitiva, afetiva e socialmente os trabalhadores. Lidar com o plano da experiência do trabalho é um desafio para todos, pois envolve uma multiplicidade de forças muito maior que uma suposta dualidade manipulação-exploração. Envolve a manutenção da vida no planeta.

...,mas certamente no aspecto que mais nos interessa, é a definição dos planos para reduzir o risco e, sobretudo, na responsabilidade das escolhas estratégicas de fundo. (ODDONE et al., 1986, p. 120)

O Movimento Operário Italiano trouxe grandes contribuições para os estudos em Saúde do Trabalhador no Brasil. Seus princípios, diretrizes e dispositivos se configuram como instrumentos de ação dos trabalhadores e pesquisadores.

Assim, considerando o Mapa de Riscos um instrumento fundamental para a elaboração das Políticas de Saúde do Trabalhador, seguimos uma linha de pesquisa que segue essa direção metodológica ao apostar radicalmente no saber-fazer, na experiência e no conhecimento dos trabalhadores para o desenvolvimento de instrumentos de ação e de estratégias para ultrapassar os riscos do trabalho em hospital.

## **2.6 Os riscos do sofrimento no trabalho em hospital e o poder de agir dos trabalhadores**

Santos (2000) realizou uma revisão bibliográfica de estudos sobre o sofrimento psíquico associado ao trabalho hospitalar, que envolve principalmente as equipes de Enfermagem. Os autores abordam de maneiras distintas a questão do sofrimento psíquico e adotam conceitos diversificados. Foi dada ênfase às dissertações e teses brasileiras publicadas de 1997 a 1998, que contribuem para a divulgação de um plano epistemológico onde estão implicados muitos pesquisadores, profissionais de saúde, professores e alunos.

De acordo com Santos (2000) as obras dos autores pesquisados trazem reflexões importantes que contribuem para a discussão em diversos níveis de problemas que ocorrem no trabalho hospitalar. As relações entre sofrimento psíquico e trabalho de Enfermagem (OLIVEIRA, 1997), a importância do dimensionamento de efetivos considerando a abordagem da Ergonomia contemporânea (Damasceno, 1998), as representações da relação sofrimento/prazer no trabalho de Enfermagem (Lisboa, 1998) e o impacto das transformações técnico-científicas para o trabalho hospitalar (LAINO, 1996) são questões que atravessam a organização do trabalho.

No campo da Saúde do Trabalhador as pesquisas do sofrimento no trabalho são tradicionais. Neste sentido uma autora que merece destaque é Leny Sato. Seguindo os conceitos da Psicologia Social do Trabalho, Leny Sato (1991) traçou

uma linha de pesquisa singular. Abordando o conceito de risco de forma crítica, a autora introduziu a noção de penosidade. Os esforços exigidos pela organização do trabalho passaram a ser avaliados, evitando o reducionismo de pensar o risco apenas pelo que é observável e mensurável. Esta obra promoveu um avanço nos estudos em saúde do trabalhador no Brasil, pois permitiu incluir o plano da subjetividade como material de investigação científica.

Uma outra contribuição aos estudos da relação do trabalho e subjetividade pode ser identificada nas pesquisas sobre carga de trabalho e desgaste mental. (LAURELL & NORIEGA, 1989)

Os pesquisadores da carga de trabalho buscam estabelecer os laços de causa e efeito entre as variáveis psicossociais do trabalho e as respostas fisiológicas. Esta categoria é muito utilizada na Ergonomia, nos estudos de arritmia sinusial – as mudanças cíclicas na frequência cardíaca durante a respiração - o registro do pestanejar das pálpebras, o eletrocardiograma, em diferentes situações de trabalho. (MONOD & LILLE, et al, 1976)

Entretanto, separam carga física de um lado, e carga mental de outro. A carga mental envolveria fenômenos neurofisiológicos e psicofisiológicos, as variáveis sensório-motoras, perceptivas, cognitivas, motivacionais, variáveis de comportamento, variáveis psicossociologias, e psicopatológicas. (GUELAUD, et al, 1975)

Dejours (1994) ampliou ainda mais a concepção de carga mental. Ele denominou de carga psíquica do trabalho, incluindo dados da clínica psicanalítica e seu arcabouço teórico, principalmente no que diz respeito ao funcionamento do aparelho psíquico, ao manejo das excitações - tanto do mundo externo quanto das excitações internas, como os instintos e as pulsões do desejo-as vias de descargas e os trajetos da satisfação.

A relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho. Uma organização do trabalho que não oferece uma saída apropriada à energia pulsional, conduz a um aumento da carga psíquica. (DEJOURS, 1994, p. 30)

Logo, a sobrecarga psíquica seria um risco à saúde do trabalhador. Quando o trabalho impede a satisfação de realização de si, haverá um grande risco de desgaste do trabalhador. São desgastes psicomotores, ansiedade, irritabilidade,

exaustão, confusão, despersonalização, enfim um conjunto de sintomas com nexos com situações vividas no trabalho.

Em nosso país, Seligman-Silva (1994, 2011) desenvolveu um grande estudo sobre os quadros clínicos relacionados ao desgaste vivido no trabalho, o que a levou a defini-lo como desgaste mental. Ela vai evidenciar como os trabalhos que impedem o trabalhador de realizar-se, quando não se encontram os caminhos concretos para a satisfação no trabalho, aumenta-se o desgaste mental. Seligman-Silva (2011) vai definir este fenômeno de: “trabalho dominado-desgaste mental”. A autora chama a atenção para a importância da análise do desgaste mental, cognitivo e psicoafetivo, que nomeou como “a trama causal dos acidentes de trabalho”, analisando as repercussões psíquicas decorrentes desses eventos relacionados ao trabalho.

É de domínio na experiência clínica que a angústia no trabalho, o medo, as frustrações, a agressividade, que são emoções psíquicas, possuem efeitos somáticos: as palpitações, a hipertensão arterial, os tremores, os suores, as câimbras, a desidratação das mucosas, a hiperglicemia, o aumento do cortisol, a poliúria são as manifestações mais frequentes. (DEJOURS, 1994, p.29)

Existem pesquisadoras da Saúde do Trabalhador com obras consagradas que fazem do hospital seu plano empírico, como por exemplo Ana Pitta (1989), a de Marisa P. Rego (1993) e a de Mônica Santos (1995). Nestes estudos, o conceito de sofrimento psíquico como categoria de análise permite compreender a forma como o trabalhador de saúde vive o trabalho, as relações de poder e de solidariedade das equipes multiprofissional e a importância da participação dos profissionais na organização do trabalho. Prevalencem a noção de sofrimento psíquico e de desgaste diante dos constrangimentos impostos pelas condições de trabalho. A luta pela saúde, a possibilidade do trabalho como fonte de prazer e de desenvolvimento, aparece mais como luta contra o sofrimento do que como ampliação das possibilidades de ação.

Todavia, a obra de Osório da Silva (1999, 2010, 2011, 2016) destaca a importância de metodologias de estudo e de intervenção em saúde do trabalhador que possam contribuir para a ampliação do poder de ação dos trabalhadores e a superação das condições de trabalho que geram o sofrimento.

Para Osório da Silva (1999) a Saúde do Trabalhador é um campo epistemológico transdisciplinar, que atravessa e é atravessado por diversas práticas,

mantendo-se aberta a outras influências, em permanente construção. Deste modo, a Saúde do Trabalhador se define, não como uma disciplina homogênea, mas é constituída por eixos de ação, entre os quais destacam-se: a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos de trabalho, a eliminação dos riscos e a superação das condições precárias de trabalho. Um outro eixo de ação é a valorização das demandas dos trabalhadores e dos seus conhecimentos forjados na experiência, o que torna a participação dos trabalhadores indispensável e fértil para o desenvolvimento do seu potencial de ação, de novos instrumentos, novas formas concretas de lidar com a realidade do trabalho, novas formas de pensar, sentir e viver o trabalho, enfim de novas subjetividades.

Apesar das distintas concepções teóricas de sofrimento psíquico, de carga psíquica e desgaste mental, estas obras apontam para uma questão fundamental para a área de saúde do trabalhador: a relação entre o trabalho e a subjetividade.

Na Clínica da Atividade, o trabalho não é apenas uma luta contra o sofrimento. Os dispositivos de intervenção utilizados buscam ampliar a motricidade dialógica para que possam emergir os instrumentos de ação, inclusive para superar o sofrimento, e deste modo impedir que restrições e limites de recursos não se transformem em desvantagem.

A metodologia de produção de conhecimento e intervenção desta linha de Psicologia do trabalho francesa se fundamenta na concepção vygotskiana de desenvolvimento, na interface entre atividade e subjetividade. Deste ponto de vista, por mais que a atividade de trabalho esteja impedida, o trabalhador guarda sempre algo de sua capacidade de ação. Logo, mais do que denunciar as formas de dominação e sofrimento existentes no mundo do trabalho, ao seguir essa linhagem de pesquisa, desejo investir na construção de dispositivos que mobilizem a atividade dialógica, e nas possibilidades de criar e recriar relações mais potentes nos ambientes de trabalho em hospital.

Clot (2001), ao apresentar a história de sua linha de pesquisa e de sua equipe, denominada por ele de Clínica da Atividade, refere-se a Ivar Oddone, que em seu trabalho com os operários da Fiat, evidenciou de forma original os impasses que emergem quando somente se denuncia as péssimas condições de trabalho, e não se busca o fortalecimento dos coletivos de trabalhadores para a sua superação. Ele se voltou para a pesquisa dos recursos dos próprios trabalhadores para proteção

de sua saúde. Recursos que eram até então insuspeitados. Oddone buscava meios de assessorar os coletivos de trabalho para manter e ampliar a autonomia e o alcance da ação sobre o trabalho.

Clot (2010) afirma que Oddone desenvolveu uma outra Psicologia do Trabalho. Não a Psicologia do especialista que trata ou aconselha, mas ele direcionou todos os esforços a aumentar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos.

Segundo Clot (2010) a tarefa desta nova Psicologia do Trabalho consiste, em inventar ou reinventar os instrumentos de ação para isto, não mais protestando contra os constrangimentos, mas pela via concreta de sua superação.

A Clínica da Atividade, uma linha da Psicologia do Trabalho que surge na década de 90, na França, a partir de Yves Clot, vem se consolidando neste projeto de desenvolver esta nova Psicologia do Trabalho apontada por Oddone. Com uma perspectiva de desenvolvimento histórico-cultural fortemente influenciada pela obra de Vygotski (CLOT, 2010, p.59-65), Yves Clot fez doutorado em Aix-en-Provence, sob a orientação de Yves Schwartz, dentro dos conceitos da *démarche ergológica* e da Filosofia do Trabalho. Depois, ingressou como docente no *Center National des Arts et Métiers* (CNAM) de Paris, compondo a equipe do Laboratório de Psicologia do Trabalho, dirigido por Christophe Dejours. Foi lá que Yves Clot construiu sua linha de pesquisa. Podemos encontrar uma apresentação bastante completa do trabalho atual de Clot nos livros: “A função psicológica do trabalho” e “Trabalho e Poder de Agir”. Nestes livros, Yves Clot debate sobre a função psicológica do trabalho e o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores. Ele apresenta algumas experiências de intervenção delineando os princípios, diretrizes e dispositivos que compõem sua abordagem que ele denomina de Clínica da Atividade.

Para Clot (2010), a atividade de trabalho está referida a experiências e memórias coletivas que configuram um gênero profissional, renovado por uma permanente estilização. A referência a um gênero profissional forte permite o uso da experiência para a sua renovação. A atividade de trabalho implica escolhas, respostas e conflitos de diversas instâncias que nos atravessam.

Os confrontos e as soluções que se realizam na atividade de trabalho não ficam restritos aos gestos dos indivíduos, mas fazem parte de uma intensa e complexa atividade dialógica. Evolve uma atividade dialógica com nossos pares

(atividade dialógica interpessoal); uma atividade dialógica com os limites e os recursos que compõem um gênero profissional (atividade dialógica transpessoal) e uma atividade dialógica consigo mesmo, em se apropriar estes recursos (diálogo pessoal). Portanto, entre o trabalho prescrito e o trabalho real, há um caminho de confrontos que vão sendo solucionados provisoriamente. É o real da atividade. (CLOT, 2010)

Clot (2001) percorre incessantemente a definição da atividade de trabalho e os caminhos nos quais ela se desenvolve. Para ele, trabalhar é sempre, de alguma forma, buscar conhecer o trabalho prescrito, aquilo que é exigido, a tarefa prescrita, para colocá-los a serviço de sua própria atividade.

Daniellou, Laville & Teiger (1989) nos mostram que ao longo da história, a Análise Ergonômica do Trabalho vem se dedicando a estudar a diferença entre o trabalho prescrito e trabalho real, pois ela traz uma série de consequências aos trabalhadores, às empresas, aos serviços e à própria sociedade. Primeiro é o trabalhador que sofre as consequências, em sua vida profissional e pessoal, desta diferença. Ele que realiza os ajustes necessários, enfim é ele que acaba por “gerir a separação” entre o trabalho prescrito e o realizado. (DANIELLOU, LAVILLE & TEIGER, 1989, p.04)

Já Duraffourg (2013), propõe que para melhorar as condições do trabalho é preciso evidenciar as diferenças entre trabalho prescrito e trabalho realizado, colocá-los em análise visando incorporar o *saber-fazer* dos trabalhadores à gestão do trabalho. Não se trata de aprender o trabalho realizado para enquadrar a atividade dos trabalhadores dentro de normas mais rigorosas. Mas sim, de evidenciar a variabilidade da atividade de trabalho e, incorporar esta variabilidade na gestão do trabalho.

Para este autor, a análise da atividade de trabalho deve evidenciar, também, nesta diferença entre trabalho prescrito e trabalho realizado, as relações de qualidade, de gerenciamento de pessoal e de política social. “Analisar isto de maneira operacional é a razão de ser do que chamamos em Ergonomia de “a intervenção do ponto de vista do trabalho”. (DURAFFOURG, 2013, p.43-44)

Duraffourg (2013) cita o exemplo da automatização da virada do queijo, no processo de produção do queijo na França. A automatização suprimiu vários postos de trabalho, pois eram as trabalhadoras que realizavam manualmente essa tarefa.

Um cliente, fabricante de queijos, pediu-me um robô que virasse os queijos, na fase de maturação do produto. Em princípio, nenhum problema; sabemos conceber um dispositivo capaz de virar todos os queijos com precisão e delicadeza. Então, instalei um “robô queijeiro”. Mas, três meses depois, a empresa chamou-me novamente, sua clientela tradicional queixava-se da degradação na qualidade e a empresa começava a perder mercado. No entanto, o dispositivo funcionava muito bem. Fui visitar outra fábrica de queijos e constatei que as operárias tocavam nos queijos e até os cheiravam, mas não os viravam sistematicamente. Agora estou entendendo a complexidade real do trabalho delas. Confesso, que na ocasião, não me ocorreu que a relação entre o modo de fazer e a qualidade do produto fosse suficientemente importante para explicar os efeitos dos quais se queixava meu cliente. Meu robô, assim que vê um queijo, não resiste e “plaf”, vira-o (DURAFFOURG, 2013, p. 40)

Duraffourg (2013) afirma que lá onde se via apenas mãos e músculos, havia senso tátil, senso olfativo, processos cognitivos, cultura (porque os franceses valorizam muito o queijo), itinerário profissional, processos complexos de acumulação e transmissão de uma habilidade profissional, enfim história individual e coletiva. Para ele, estaremos condenados ao fracasso, se não reintroduzirmos a realidade do trabalho nos processos de decisão e de gestão do trabalho.

Para compreender melhor estes dois conceitos, de trabalho prescrito, ou tarefa e trabalho real, ou atividade, convém seguir Ombredane e Favergé (1955). Estes autores sugerem que durante a análise ergonômica do trabalho deve-se distinguir o que existe para ser feito e como os trabalhadores em questão o fazem. De um lado está a perspectiva das exigências da tarefa situada do posto de trabalho, e do outro lado, aquela das sequências operacionais realizada pelos indivíduos.

Neste sentido, o trabalho prescrito é a forma previamente definida e os meios para realizar o trabalho. Geralmente o trabalho prescrito é determinado a partir de regras, de normas e de avaliações empíricas. As empresas ou organizações gostam de designar um trabalhador para uma função e um grupo de trabalhadores para tarefas determinadas, isto é, o tipo de trabalho, a quantidade e a qualidade da produção por unidade de tempo, e meios para realizá-las (ferramentas, máquinas, espaços ...). Porém, este trabalho prescrito nunca corresponde exatamente ao trabalho real, o modo como o trabalhador executa este trabalho. Portanto, incluir o saber-fazer do trabalhador nos processos de trabalho é fundamental para a gestão do trabalho.

Entre o trabalho prescrito, tal como é definido, formatado, instituído, e o trabalho real como se desenvolve na atividade do trabalhador, há uma grande

distância. Esta defasagem entre os dois revela a face criadora impressa na atividade de trabalho e a singularidade do trabalhador.

A Ergonomia de língua francesa, define o trabalho prescrito e a tarefa, como aquilo que deve ser feito; e o trabalho real e a atividade, como aquilo como se faz (LEPLAT e HOC, 1983). Nesta linha de conceituação, observamos que os autores tendem a ultrapassar o conceito *strictu sensu* de atividade, como sequência operacional da ação, em favor da inclusão das dimensões da subjetividade. Na distância existente entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado, entre a tarefa e a atividade, é que se produz o sentido do trabalho. Um conceito de trabalho que se constitui em um plano de experiência composto por desejos, paixões, dúvidas, conflitos e não apenas o trabalho executado em uma sequência de gestos operacionais regidos por uma consciência desacoplada das exigências do corpo e da vida. Deste modo, a atividade de trabalho é entendida como a intenção momentânea do agente, pois a atividade realizada foi aquela que venceu momentaneamente as outras intenções concorrentes.

Segundo Clot (2010) é através da motricidade dialógica, isto é, dialogando com o que é exigido e com o modo como os outros fazem, que mobilizamos a força motriz da subjetividade, ou seja, que transformamos as experiências coletivas em instrumentos de ação, usando-os como um órgão vivo de nossa singularidade. O trabalhador sempre acrescenta algo de seu, com suas experiências pessoais e coletivas, ao trabalho realizado. É o real da atividade.<sup>11</sup>

A atividade realizada envolve uma série de controvérsias e de conflitos, suposições e oposições. Para que uma ação seja realizada, um gesto seja feito, outros modos de fazer foram deixados de lado, algumas motivações foram mais fortes e outras foram menos fortes. Intenções venceram as demais. A inclusão das preocupações na análise da atividade de trabalho dá oportunidade ao pesquisador de estudar como se dão as relações entre a atividade realizada e os processos da subjetividade que são parte integrante da atividade. Para Clot (2010), um dos primeiros conflitos passa entre como fazem e como fazer.

---

<sup>11</sup> Para maiores detalhe sobre a diferença entre trabalho prescrito ou tarefa e trabalho realizado e atividade realizada veja também Duraffourg (2013), (Leplat & Hoc, 1983) e Ombredane & J. Faverge (1955)

Logo, é fundamental para a Clínica da Atividade o modo como as tarefas, os protocolos, as prescrições, os regulamentos e os artefatos podem se tornar recursos da ação, instrumentos auxiliares dos trabalhadores para agir, e não apenas mecanismos de controle da ação.

Neste processo de montagem dos meus instrumentos de pesquisa - de intervenção e produção de conhecimento – utilizamos como ferramentas de trabalho referenciais teóricos e metodológicos que buscam contribuir com o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores e com a construção de dispositivos para superar os riscos do trabalho em hospital. Assim, encontrei a Clínica da Atividade e fui traçando uma linha de atuação que busca sempre intervir para que os limites concretos da realidade não se transformem em desvantagens, *handicaps* (CLOT, 2014).

Isto vai ao encontro do conceito de saúde de Canguilhem (2011), pois, segundo o autor, um organismo saudável caracteriza-se pela tendência de enfrentar situações adversas e, criar, assim, novas normas de funcionamento, novos modos de vida, novas formas de viver. Para Canguilhem (2011,) a vida é um impulso, um contínuo processo de construir normas de viver. Um processo de normatividade. Um conceito que historicamente vem norteando os estudos e as intervenções nas Clínicas do Trabalho (CLOT, 2001, 2010, Dejours, 1987, 1997), em especial as Clínicas do Trabalho de língua francesa.

No trabalho, a gente se coloca em risco, em situações de conflitos, em debates de normas que envolvem a atividade de trabalho. Nesta atividade deliberativa, que decidirá qual ação executar, os riscos podem se transformar em impulso, em instrumentos da normatividade, mobilizadores do desenvolvimento do poder de agir, gerador de recursos de ação.

Portanto, nosso objetivo foi avaliar como a atividade de trabalho no Colegiado Gestor, um dispositivo a Política Nacional de Humanização (PNH), que a princípio emerge para democratização das relações de trabalho em serviços de saúde, pode ser um dispositivo de desenvolvimento e de saúde do trabalhador, que pode ampliar a motricidade dialógica, favorecendo a invenção de estratégias para lidar com riscos que envolvem o trabalho em hospital, desde riscos de acidente com material biológico, a riscos de sofrimento intenso por estarmos cotidianamente entre a vida e a morte, como os riscos imprevisíveis de um hospital de alta complexidade, que realiza em média 1.200 cirurgias/mês.

Neste sentido, destacamos, ainda, o estudo de Osório da Silva (1999) que propôs como dispositivo a Análise Coletiva de Acidentes de Trabalho (ACAT) no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE). Ao incentivar a motricidade dialógica sobre o ofício em um hospital e a construção de fluxogramas das atividades de precaução de acidentes perfuro cortantes, a pesquisadora visou contribuir para ampliar o poder de agir dos trabalhadores, a partir de metodologias pautadas na Clínica da Atividade. Tal estudo também nos foi extremamente útil para o objetivo dessa tese.

Assim, para contribuir com os estudos de Saúde do Trabalhador, visamos pensar como a atividade de trabalho do Colegiado Gestor, pode mobilizar a atividade dialógica no trabalho, se ele é um dispositivo de saúde do trabalhador, um dispositivo de desenvolvimento do poder de agir no trabalho, ou seja, um dispositivo de produção de instrumentos de ação que ajudem a superação dos riscos do trabalho em hospital, enfim, se o Colegiado Gestor funciona como dispositivo de desenvolvimento dos recursos de ação dos trabalhadores.

### 3 A CLÍNICA DA ATIVIDADE E SEUS INSTRUMENTOS CONCEITUAIS

Os conceitos da Clínica da Atividade foram utilizados como um dos principais instrumentos de análise em nosso estudo sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores.

Clot (2010), expoente da Clínica da Atividade, destaca a importância da atividade dialógica para ampliar o poder de agir, para a criação de novos modos de viver o trabalho, de novos instrumentos, de novos objetos, de novas percepções, de novos sentidos, enfim novas realidades. Sua análise debruça-se sobre a atividade, isto é, o diálogo entre as pessoas sobre suas atividades de trabalho, (diálogo interpessoal), mas também, o diálogo da pessoa consigo mesma (diálogo interior) e o diálogo com uma comunidade profissional e de trabalho (diálogo impessoal e transpessoal).

Clot (2010) afirma que deseja fazer o que Dostoievski<sup>12</sup> fez: mostrar o ser humano dialogando a respeito do outro, dele mesmo, de suas próprias intenções, em busca do que é real, e do que é ilusão, do justo e do injusto, do bom e do ruim, do que se deseja e do que é possível, do eficaz e do não eficaz.

O desafio, portanto, na Clínica da Atividade, é criar dispositivos que fomentem os elos dialógicos sobre as atividades de trabalho, pois é a atividade dialógica que mobiliza a criação de instrumentos de ação – recursos da atividade de trabalho.

A atividade de apropriação singular dos recursos coletivos de uma comunidade profissional e sua utilização singular, é um indicador de desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores.

Logo, apostamos nos Colegiados Gestores como dispositivo para mobilizar a atividade dialógica do trabalho em hospital, porque eles possuem como princípio a inclusão dos mais diversos atores dos serviços de saúde na Roda de Conversa para ampliar o diálogo e análise da atividade de trabalho.

Yves Clot (2010) evidenciou a função da atividade dialógica com os conhecimentos historicamente consolidados em um Gênero do Trabalho, no desenvolvimento do poder de agir no trabalho e sua importância para manter os

---

<sup>12</sup> Fiódor Dostoiévski (Moscou, 30 de outubro de 1821 - São Petersburgo, 28 de janeiro de 1881) foi um escritor, filósofo e jornalista do Império Russo. É considerado um dos maiores romancistas e pensadores da história, autor de: “Crime e Castigo” e “ Os Irmãos Karamazov”, para citar algumas de suas obras. In: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Fi%C3%B3dor\\_Dostoi%C3%A9vski](https://pt.wikipedia.org/wiki/Fi%C3%B3dor_Dostoi%C3%A9vski)> Acessado em maio de 2018.

Ofícios vivos, este trabalho de si que envolve a trajetória singular dentro de um *metier*<sup>13</sup>, um estilo singular dentro de uma comunidade de Ofício. No diálogo que estabelecemos entre a tradição de um gênero de trabalho - seu conjunto de conhecimentos consolidados, as normas, os protocolos - com as forças atuais dos acontecimentos e das experiências, conseguimos ampliar nossa força motriz no trabalho, e o trabalho pode se transformar em fonte de desenvolvimento do poder de agir.

### **3.1 Atividade de trabalho e gênero do trabalho**

Para elaborar o conceito de Gênero do Trabalho, Yves Clot (2010) se apoia no dialogismo de Bakhtin, um princípio que atravessa os estudos sobre o materialismo histórico da linguagem do autor russo.

Bakhtin (2003), em seu livro “Estética da Criação Verbal” evidenciou como os enunciados - unidades de linguagem – emergem e circunscrevem-se em uma comunidade histórico-cultural. A elaboração dos discursos é uma atividade dialética - de apropriação e utilização – atividade de diálogo com os enunciados histórico-culturais de uma comunidade. Os enunciados de um discurso estão situados em um meio social, histórico-cultural ao qual ela pertence. Quando alguém se expressa, expressa a voz de uma comunidade.

Bakhtin (2003) elabora o conceito de Gêneros de Discurso, mostrando como existem distintos Gêneros de Discurso, por exemplo: o Gênero Literário e o Gênero Científico. O autor tornou visível como um estilo singular de discurso dialoga sempre com um Gênero do Discurso.

De acordo com Bakhtin, (2003) os Gêneros de Discurso são fundamentais para a compreensão recíproca em um diálogo, pois são eles que dão coerência e coesão a um enunciado. Os enunciados estão sempre situados em um Gênero de Discurso, dirigem-se a ele, e com ele se constituem. A elaboração dos discursos direciona-se a um público, constitui-se com um público histórico-social e está circunscrito a ele. E quanto mais dominamos um Gênero do Discurso, melhor a elaboração de um estilo singular de discurso.

---

No mundo do trabalho, uma atividade de trabalho é permeada por outras atividades que a antecedem. Embora estejamos distantes no tempo e no espaço, os enunciados e o saber-fazer, a atividade de trabalho nos mantém unidos a um Ofício, ao seu conjunto de conhecimentos e seus conceitos forjados historicamente na experiência. Além do mais, a atividade de trabalho vai se realizando através de um trabalho prescrito. Ela vai se constituindo em um processo de orientação no plano da linguagem.

Conforme Bakhtin (2003):

Vivo em um mundo povoado de palavras alheias. E toda a minha vida, então, não é senão a orientação no mundo das palavras alheias, desde assimilá-las, no processo de aquisição da fala, e até apropriar-me de todos os tesouros da cultura. (BAKHTIN, 2003, pp. 347-348),

No mundo do trabalho, estamos imersos neste plano da experiência de linguagem, em seu fluxo de sobreposição de enunciados. Durante a atividade de trabalho, somos levados a dialogar com os discursos dos gêneros profissionais, em julgamentos constantes de valores para decidir quais ações executar. Antes, durante e depois. Diálogos contínuos que concorrem uns com os outros, até o último instante da ação.

Quando há a transmissão das normas, dos protocolos, quando há prescrição de tarefas, há uma história de confrontos de práticas e discursos, valores sociais e os desafios de toda uma época, que concorrem na atividade de trabalho e que constituem o processo de desenvolvimento que mantém um Ofício vivo.

Para a Clínica da Atividade, a análise da atividade de trabalho revela, de um lado, o saber fazer de uma comunidade, de um Gênero Profissional, as estratégias históricas, coletivas e culturais de lidar com os desafios do trabalho, seus riscos e os seus recursos, que constituem uma fonte de experiências e toda uma sensibilidade forjada por uma comunidade, sua arte/ ofício de viver. De outro lado, a Clínica da Atividade revela a forma como os trabalhadores imprimem sua subjetividade nos seus estilos singulares de realizar o trabalho.

As pesquisas de Clot (2010, p.25-26) apontam para a importância do processo histórico de engendramento do Gênero Profissional na atividade de trabalho, para o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores. Esta atividade dialógica com um Gênero Profissional torna-se uma fonte de desenvolvimento da

força motriz da subjetividade e mantém vivo um Ofício, em contínuo desenvolvimento.

Para Clot (2010), um Gênero Profissional é o instrumento coletivo da atividade, permitindo colocar os recursos históricos e coletivos acumulados por uma profissão a serviço de uma ação atual. Quando na atividade de trabalho, o trabalhador agencia os recursos de uma profissão - o conjunto de seus conhecimentos historicamente consolidados, seus instrumentos concretos e semióticos - em função do ato presente, ele amplia seu poder de agir. Separá-los, portanto, seria uma das causas da atrofia no desenvolvimento psicológico e da redução da força motriz.

A possibilidade de instaurar ou de reinstaurar, ligações entre a atividade - enaltecida nas próprias precedentes - e seus recursos genéricos garante a probabilidade de engendrar a história profissional, que a atividade é capaz de executar seu próprio poder de ação e sua irradiação, tomada de empréstimos os meios de uma história coletiva entendida como história social a prosseguir: ... o gênero profissional é um instrumento decisivo do poder de agir. (CLOT, 2010, p. 25)

Isto será decisivo para que o trabalho seja gerador de saúde, para que os trabalhadores consigam promover em seu cotidiano novas relações com os seus objetos de trabalho, com os outros trabalhadores e com eles próprios, produzindo assim novos modos de viver o trabalho, de serem eles mesmos em seu ambiente profissional, um processo que é sempre transformável e inacabado.

Portanto, para o trabalho ser um operador de saúde o trabalhador precisa construir seu próprio caminho, abrir sua própria via na história da profissão, mas com os outros, para entrar na história, sempre coletiva da profissão. Ao produzir no trabalho seu meio para viver com os outros, ao dirigir-se a eles, ao fazer o que deve ser feito ou refeito com seus pares ou seus superiores hierárquicos, o trabalhador desenvolve seu poder de agir. “Essa é própria força motriz do desenvolvimento das capacidades e dos afetos.” (CLOT, 2010, p. 25)

Segundo Clot (2010), é na utilização da atividade dos outros - ora apoiando-se no que foi produzido por outros, ora afastando-se dela, se apropriando dela em sua própria atividade de trabalho - que o trabalhador mobiliza a força motriz da subjetividade.

Portanto, a Clínica da Atividade, como uma Clínica do Trabalho, visa a construção de dispositivos que ampliam a atividade dialógica do trabalho, seus elos

dialógicos sobre um Gênero Profissional, e assim busca promover o desenvolvimento, ou seja, a possibilidade de utilizar os recursos de um Gênero Profissional como instrumento de ação, como instrumento da atividade, seja para viver novas experiências, seja para enfrentar novas situações, seja para ativar outras funções (a memória, a audição, a visão, a atividade motora, a atividade afetiva, etc.).

### **3.2 Atividade de trabalho e saúde**

É importante para a Clínica da Atividade direcionar as análises para compreender como a atividade de trabalho pode ser uma fonte de produção de saúde.

Segundo (CLOT, 2010), na luta contra as adversidades, na tentativa de escapar aos enclausuramentos do trabalho emergem diálogos que colocam lado a lado as atividades contrariadas e impedidas, recuadas e suspensas. Esta atividade dialógica forma um núcleo vital de mobilização psíquica que será decisivo para o poder de agir.

Quando o trabalho interrompe o processo de recriação da atividade, a apropriação e utilização singular dos recursos de um Gênero Profissional, na transformação do trabalho prescrito em trabalho real, o que está definido para o posto de trabalho em algo inventado, criado, há riscos para a saúde, pois impede que os trabalhadores sejam os protagonistas de suas vidas, com novas possibilidades de conexão com um Ofício. Enfim, impede o seu poder de agir, pois “seu poder de agir é conquistado junto aos outros e aos objetos que os reúnem ou dividem no trabalho comum; ele se desenvolve na e pela atividade.” (CLOT, 2010, p. 23)

Clot (2010) afirma que, se na esfera profissional os fatos começarem a ocorrer independente dessa iniciativa possível do trabalhador, os processos psíquicos ficarão confinados em si mesmo. Intransformáveis. As emoções experimentadas paralisam. Perdem sua dinâmica ativadora de novas atividades. O que ele define como atividade não afetada.

Além do mais, quando a atividade é impedida, ou melhor, quando o desenvolvimento é interrompido, surgem afetos de tristeza e diminuição do poder de agir- como por exemplo, o ressentimento do outro e de si, o desgaste e a exaustão

no trabalho, ou até mesmo as defesas psíquicas e coletivas – que podem se tornar uma obra fictícia, que dificultam o desenvolvimento do poder de agir. (CLOT, 2010, p.11)

Mas, à medida em que na atividade de trabalho -individual e coletiva – recursos e motivações são mobilizados; à medida em que o raio de ação dos indivíduos aumenta, surgem afetos de alegria e aumento de potência. Eles podem, inclusive, ser cultivados no sentimento de construir sua história em um meio profissional. (CLOT, 2010, p. 09)

Para Clot (2010, p. 24), a transformação dos recursos do Gênero Profissional na atividade de trabalho é o que há de mais produtivo para as construções da subjetividade. A atividade de trabalho produz capacidades e habilidades que se constroem por intermédio das atividades dos outros, que constituem recursos do desenvolvimento.

O trabalho potencializa a vida, produz saúde, quando conseguimos desenvolver nossas atividades, nossos instrumentos e nossas obras, nossos círculos sociais e culturais, nosso metier profissional, quando interferimos nos rumos da organização do trabalho, quando sentimos que estamos contribuindo com o desenvolvimento da organização do trabalho e desenvolvendo repertórios de ação, enfim, quando o trabalho se transforma em fonte de desenvolvimento do poder de agir.

A atividade – prática e psíquica – é sempre a sede de investimentos vitais: ela transforma os objetos do mundo em meio de viver ou fracassa ao fazê-lo. Em vez de ser determinada mecanicamente por seu contexto, a atividade dos sujeitos no trabalho implica metamorfose desse contexto. Ela livra – correndo sempre o risco de fracassar nesta tentativa – o sujeito das dependências da situação concreta e subordina a si o contexto em questão.” (CLOT, 2010, p. 08)

### **3.3 Atividade de trabalho e subjetividade**

As Clínicas do Trabalho, em especial as que são originalmente de língua francesa, vêm enfatizando, como já destacamos, a diferencia entre trabalho prescrito e trabalho realizado, entre tarefa prescrita e atividade real, para mostrar que o trabalhador sempre imprime sua experiência na execução da atividade de trabalho. Logo, afirmam a importância de se incorporar à gestão do trabalho as experiências

dos trabalhadores. Seguindo esta abordagem, a Clínica da Atividade traz grandes contribuições para o estudo da subjetividade.

Clot (2010), destaca que sempre existe uma divergência entre tarefa prescrita e atividade real<sup>14</sup>. Assim, ele vem evidenciando que o trabalhador imprime sua singularidade na atividade real do trabalho. Os estudos da atividade de trabalho tornam visível os processos da subjetividade, sua apropriação singular dos recursos de ação, recursos concretos e semióticos.

Para Clot (2010), a atividade de trabalho é uma atividade dialógica, um processo da subjetividade de apropriação e utilização, que transforma os elementos concretos e de linguagem, as experiências, os conhecimentos, não só em instrumento para interferir e manipular o ambiente e o mundo social, mas em instrumento psicológico, instrumento de desenvolvimento do poder de agir. Ao se apropriar dos elementos sociais e concretos, colocamos neles algo de nós mesmos, e, também, com eles nos transformamos.

Assim, Clot (2010) vem trabalhando o conceito de subjetividade como atividade dialógica. Uma grande contribuição da Clínica da Atividade para a Psicologia do Trabalho é esta abordagem dos processos da subjetividade como atividade dialógica, que adotaremos neste estudo da atividade de trabalho em hospital.

Clot (2010) vem abordando a subjetividade como atividade dialógica para realizar o que precisa ser feito. A atividade é uma provação subjetiva mediante a qual o indivíduo se avalia a si próprio e aos outros para ter oportunidade de vir a realizar o que deve ser feito.” (CLOT, 2010, p.104)

É na história de utilização das suas experiências vividas, na utilização das atividades dos outros, na aproximação e no afastamento delas, em uma apropriação singular das atividades, que emerge na atividade, que a singularidade do indivíduo vai se constituindo. (CLOT, 2010, p. 104)

Esta heterogênesse, que está na base da dinâmica psíquica, nunca é instalada de uma só vez. Seu raio de ação sempre se desloca. Mas para ampliá-lo, o diálogo interior precisa se abrir. E esta abertura só se sustenta com uma base social. O conflito de ideias, de pontos de vistas, de conceitos enfim, a controvérsia o nutre de

---

<sup>14</sup> A tarefa e trabalho prescrito seriam aquilo que foi recomendado, o que deve ser feito; enquanto o trabalho realizado e a atividade real é o que se faz. Para maiores detalhes desta diferenciação vide: Leplat & Hoc, *Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations*, Cahiers de psychologie cognitive, p. 49-63, 1983.

energia. A atividade dialógica entre uma multiplicidade técnica e organizacional do trabalho, no qual o sujeito circunscreve-se em uma história social possível, gera um tensionamento que amplia a mobilidade psíquica, podendo ser fonte de desenvolvimento.<sup>15</sup>

A Clínica da Atividade se interessa por esta heterogênesse nos processos de mobilidade psíquica em situação de trabalho. Através da análise da atividade de trabalho é possível compreender a função psicológica do coletivo (VYGOTSKI, 1995).

### **3.4 Atividade de trabalho e desenvolvimento**

O conceito de desenvolvimento utilizado por Clot é fortemente influenciado pelos estudos de desenvolvimento de Vygotski. Será este conceito, a forma como Clot (2010, p.31) se apropria dele, que utilizaremos em nosso trabalho.

Clot (2010) vem destacando a importância da atividade mediatizante no desenvolvimento das habilidades humanas, isto é, ao manter as atividades apreendidas como fonte de ligações renováveis com outras atividades, o ser humano produz um mundo para viver. Assim, ao utilizar as atividades do seu repertório social em instrumentos e transformá-los, o ser humano mantém a atividade mediatizada em contínuo processo mediatizante, em contínuo processo de desenvolvimento.

Uma declarada inspiração na obra de Vygotski, pois para o autor russo o processo do desenvolvimento psicológico envolve um processo mediacional, um processo mediado, que é um processo dialógico, histórico-cultural de linguagem, mediado por ferramentas culturais e elementos de linguagem, os signos.

Entretanto, para Vygotski (1995), o desenvolvimento humano não é uma simples progressão, mas uma transformação das funções psicológicas, da atenção, da memória, da coordenação motora, etc.

---

<sup>15</sup> Para maiores detalhes sobre a heterogênesse da subjetividade, vide Zourabichitvili (2016) e seu importante estudo da obra de Deleuze e a ideia da multiplicidade de elementos, concretos e semióticos, que entram em agenciamento na constituição dos pontos de vistas.

Cada um ativa ou desativa de maneira única, as ligações estabelecidas entre todas as atividades que ele tentou tornar compatíveis em sua história. (CLOT, 2010, p.31)

Elas formam um plano de possibilidades, que estão mais ou menos adormecidas, mais ou menos disponíveis e mais ou menos ligadas e desligadas, formam um plano de forças, como um teclado de piano, que as teclas podem ser acionadas de acordo com a música, com a melodia e o ritmo que se deseja imprimir. Quanto maior for o tensionamento desse plano de forças, maior será a mobilidade subjetiva, com mais facilidade o sujeito conseguirá ampliar o compasso dos seus processos psíquicos e as bifurcações sensório-motoras de sua atividade. Com mais facilidade, também conseguirá enfrentar os riscos à saúde que emergem no trabalho e restringem seu poder de agir. (CLOT, 2010, p.31-32)

Este sujeito é um sujeito inacabado. Sua vida psíquica está em constante tensionamento diante de várias ações possíveis. Justamente por ser incompleto que o torna propenso ao desenvolvimento. (CLOT, 2010, p. 32)

De acordo com Clot (2010), o desenvolvimento do sujeito não segue mecanicamente o desenvolvimento de seu poder de agir profissional. O desenvolvimento do poder de agir no trabalho pode, inclusive, desencadear crises existenciais. Segundo Clot (2010), essa tensão deveria ser avaliada pela quantidade de obstáculos que esse sujeito pode enfrentar. (CLOT, 2010, p.32)

Clot (2010) propõe que a Psicologia do Trabalho, volte-se para a produção de saúde, que ela inclua em sua análise clínica estes conflitos vitais da consciência. (CLOT, 2010, p.103-104)

Para ele, as experiências vividas, mas não elaboradas, não utilizadas – as expectativas, os medos, as atividades não realizadas – geram efeitos incontrolláveis que atingem a atividade. Elas exercem uma interferência contra a qual o trabalhador pode ficar sem defesa. (CLOT, 2010, p.103)

O que vai ao encontro de uma clássica proposição de Vygotski (2003), para o qual, o homem está repleto, em cada minuto, de possibilidades não realizadas, e que o comportamento é sempre um “sistema de reações vencedoras” (VYGOTSKI, 2003, p. 74, apud CLOT, 2010, p.103)

Portanto, para que haja, junto com o desenvolvimento do poder de agir no trabalho, o desenvolvimento psíquico, é fundamental que o trabalhador disponha da plasticidade subjetiva, que vai se adquirindo, ou não, ao longo de sua história de

vida. A atividade dialógica é o que o prepara para suportar e apreender os acontecimentos imprevisíveis. (CLOT, 2010, p. 31)

Ao elaborar o seu conceito de poder agir, Clot faz uma leitura vygotskiana de Spinoza. Ele afirma que os estudos da atividade de trabalho, em uma abordagem desenvolvimentista, precisam se apropriar das teorias dos afetos. Logo, ele vem se aproximando cada vez mais da obra de Spinoza<sup>16</sup>, gerando um intenso diálogo com a obra de Vygotski (CLOT, 2017, [p. 885](#))

### 3.5 O poder de agir e o poder do afeto

Para Clot (2010), o poder de agir envolve um poder de afetar e de ser afetado, que está à disposição de cada um, em maior ou menor grau, em função de sua história singular.

É se deixar afetar pelas experiências, pela atividade do outro, ora se aproximando ora se afastando, para imprimir sua singularidade, seu estilo, seu jeito na atividade, afirmando sua existência em seu ponto de vista e em seu agir.

Para ele, se existe essa possibilidade é graças ao desenvolvimento de sua mobilidade interfuncional, ou seja, à sua capacidade de colocar uma atividade a serviço de outra, uma função a serviço de outra – os afetos a serviço de seu pensamento, seu pensamento a serviço da ação e vice-versa. Essas utilizações são decisivas para o desenvolvimento psíquico. Um movimento define o grau de plasticidade funcional da subjetividade, seu poder de agir. É ele que mantém o dinamismo dos afetos e garantem um destino ativo a eles.

Segundo Clot (2010), a atividade é prática e afetiva. Há sempre nela um investimento de afetos vitais. A atividade é uma realização afetiva. A nosso favor, ou contra nós, ou seja, com alegria e com tristeza. Enfim, é a produção de um modo de vida, um estilo singular de se apropriar dos recursos materiais, semióticos, inclusive das relações humanas.

Por isso, Clot (2010) afirma que a atividade de trabalho envolve sempre um plano de produção de saúde. Nos sentimos vivos, sentimos nossa energia vital

---

<sup>16</sup> A respeito dos graus de potência e o poder de agir vide: Para Spinoza (2007) os corpos possuem graus de potência - poder de agir, graus de ser afetado e afetar, graus de abertura e extensão, que definem seus modos de existir, e quanto mais eles agem, menos eles padecem e mais perfeito são. (SPINOZA, 2007, p.407)

aumentar pelos quando efetivamente conseguimos criar um jeito próprio de agir e quando sentimos que estamos contribuindo para os rumos das instituições.

O que vai ao encontro da afirmação de Canguilhem (2002): “Sinto-me bem, na medida em que sou capaz de arcar com a responsabilidade de meus atos, de trazer coisas para a existência e de criar entre elas relações que, sem minha intervenção, não teriam existido.”(CANGUILHEM, 2002, p.68, apud CLOT, 2010, p.07)

Portanto, de acordo com Clot (2010), o afeto é um grau de variação do poder de agir. É a mudança de um modo de agir para o outro. O afeto emerge diante de algo que coloca à prova a atividade do sujeito e sua organização pessoal. Como ele nos mostra como “o esforço para desenvolver o poder de agir é inseparável de um esforço para elevar, ao grau mais elevado, o poder de ser afetado.” (SPINOZA, 1965, v.39, apud CLOT, 2010)

Os afetos vão ganhando sua tonalidade corporalmente e socialmente. Ora se intensificam, ora se enfraquecem. Eles são a energia vital que precisam ser mobilizados dado os riscos de paralisarem e cronificarem, perdendo assim, um amplo espectro de tonalidades possíveis. Eis o motivo pelo qual elas são cultivadas especialmente nos instrumentos sociais que veiculam valores, normas e ideais (CLOT, 2010, p.09).

Clot (2010) afirma que uma abordagem de Psicologia do Trabalho direcionada para o desenvolvimento deve analisar como os afetos são mobilizados na atividade de trabalho. Como os afetos são transformados, como eles são ativados e desativados, enfim, quais afetos são utilizados para ampliar o poder de agir.

Deste modo, Clot (2010) vem apostando no diálogo com Spinoza e Vygotski, em uma abordagem que estuda como os afetos são mobilizados, em sua ativação e desativação.

Ele cita um exemplo clássico de ativação de afetos na atividade de trabalho, quando as ambições profissionais produzem variações de tonicidade e uma certa disponibilidade psicológica.

Em um período de intensa excitação, sente-se frequentemente um poder colossal. Esse sentimento aparece bruscamente e ergue o indivíduo a um nível mais elevado de atividade. Por ocasião de intensas emoções, verifica-se a fusão entre a excitação e o sentimento de força, liberando por isso mesmo uma energia elaborada em reserva, até então, ignorada, e levando a tomar consciência de sensações inesquecíveis de êxito possível. (CLOT, 2010, p.16)

Segundo Vygotski (1995), o adoecimento psíquico em suas variadas formas, é marcado pelo fracasso desse movimento de ativação e desativação de afetos, quando a experiência vivida deixa de ser o meio de viver outras experiências. Assim, não se consegue transformar a atividade, que fica encarcerada.

Quando a atividade de trabalho se encontra sobre-afetada (Clot, 2010), por estar afetada em um único lugar, o trabalhador perde a mobilidade das ativações funcionais que, por sua vez, seria capaz de protegê-lo. Sua atividade psíquica e prática não está mais à sua disposição. (CLOT, 2010, p. 32)

Para Clot (2010), os estudos de desenvolvimento de Vygotski vão ao encontro das reflexões de Canguilhem sobre a vida, e colocá-los para dialogar pode trazer grandes contribuições para a Psicologia do Trabalho. A princípio, nos ajudaria a sair do dilema epistemológico das clínicas do trabalho que colocam em lados opostos saúde e doença, dificultando o diálogo entre a Psicopatologia e a Psicologia do Trabalho.

Para Clot (2010), a saúde não se opõe a doença. Tampouco se identifica com ela. Ao contrário, a saúde é um modo de apropriação do que nos acontece, inclusive da doença. Ele destaca que, em alguns casos, quando a doença se torna fonte de preocupação para o indivíduo, superando-a, poderá haver uma nova forma de utilizar a experiência vivida, uma nova disponibilidade corporal e afetiva. As reflexões de Canguilhem (2011) sobre a vida permitiram superar este dilema que coloca em lado opostos saúde e doença. Sua abordagem nos ajuda a ver a vida como atividade normativa, como atividade de criação de normas de funcionamento, onde o adoecimento é apenas uma norma de funcionamento, uma defesa normativa.

Portanto, um trabalhador saudável está em plena atividade normativa, pois sempre haverá riscos de limitações, restrições, cristalizações, paralisações. Haverá sempre a necessidade de trazer a atenção para a atividade de inventar normas de funcionamento, modos de viver e agir.

A defesa é um “passo em falso” desta atividade de criação de normas de funcionamento. Os efeitos malsucedidos das defesas, como criações limitantes, constituem um caminho tortuoso do processo de desenvolvimento. A rejeição da doença, o sujeitar-se a ela, os objetivos fictícios, enfim, os enclausuramentos, são

alguns desfechos no qual o indivíduo se protege através de suas limitações. (CLOT, 2010, p.115)

O que define a saúde é, de determinado ponto de vista, a possibilidade de viver sem defesas, ao superá-las no momento em que elas se tornam normas de vida restritivas. Viver, além de vegetar e conservar-se, é enfrentar riscos e vencê-los. Ser normal, não é ser adaptado, mas ser mais que normal, criativo – ou, ainda, a réplica criativa – faz crescer o sujeito que a defesa apenas protege. Eis o motivo pelo qual, na saúde, há mais que um ideal ou uma ficção (...); há um poder de indeterminação, uma atividade de resistência que a doença põe à prova e contraria. (CLOT, 2010, p. 111)

Vygotski (1995b), através de inúmeras pesquisas sobre deficiência neurológica, evidenciou como a deficiência pode ser tanto fonte de desenvolvimento de potencial de energia e de forças ocultas, quanto de compensação malsucedidas e de ficções mórbidas.

As “deficiências”, as “limitações”, as “restrições” e os “enfraquecimentos” provocadas pelas experiências difíceis, serão fonte de desenvolvimento se o indivíduo encontrar com seus pares, recursos de compensação na vida social e coletiva. (CLOT, 2010, p.115)

Por isso, Clot (2010) afirma que a heteroglossia social (Clot 2010, p.32) – a extensão da atividade dialógica - define o nível da mobilidade psíquica do indivíduo. O contato, o confronto e a controvérsia mobilizam os afetos encarcerados e ampliam o repertório de ação.

O funcionamento psíquico pode se atrofiar quando a conflitualidade externa oferecida pela sociedade deixa de existir, quando ela se torna uma voz única, inerte, isto é, monológica. (CLOT, 2010, p.33)

Clot (2010) procura resgatar o poder da atividade dialógica dos coletivos sociais e, incentiva a construção de dispositivos que mobilizem a atividade dialógica do trabalho, para, assim, estudar o desenvolvimento da força motriz da subjetividade, seu poder de agir.

Como afirma Clot (2010): “Tentamos dar vida a uma Psicologia do Trabalho, direcionada para o desenvolvimento.” (CLOT, 2010, p.36) Busca tornar visível como a atividade de trabalho mobiliza a atividade dialógica, a força motriz da subjetividade. “Na prática, o objeto da atividade do sujeito ou dos sujeitos é o lugar de uma colisão entre atividades ou, no mínimo, de uma troca”. (CLOT, 2010, p. 22).

A possibilidade de instalar, ou de reinstalar ligações entre atividades, os recursos de um Gênero de Profissional, permite construir uma história singular. O

poder de agir dos trabalhadores passa pela utilização desses recursos históricos, sociais e coletivos, mas também, por fazê-los prosseguir. Em mobilizar os diversos recursos – agências de um ofício (agency) - nas possibilidades de ação, presentes e futuras, da atividade. (CLOT, 2010, p.36) O acoplamento da atividade e os instrumentos do Gênero, evidenciam o desenvolvimento do poder de agir. E, sua separação é uma das explicações para a sua atrofia.

#### 4 UMA ARQUEOLOGIA<sup>17</sup> DO MÉTODO DE VYGOTSKI

Clot (2010) vem afirmando que a Clínica da Atividade se integra à Psicologia Histórico – Cultural, inaugurada por Vygotski. Por isso, vamos nos aproximar da obra deste autor russo para compor nossos instrumentos conceituais e práticos.

Vygotski (1993) lança uma epígrafe em latim no 1º Capítulo do livro, que no Brasil foi traduzido com o nome de “Estudos sobre a História do Comportamento” que ressoa como um código de acesso à sua obra.

Nec manus muda intellectus  
sibi permissus multum valet:  
instruments et auxiliis res perficitur  
- F. Bacon -<sup>18</sup>

Visualizamos nesta epígrafe de Vygotski, a sua frase oracular- um código de acesso ao oráculo- local de orientação que nos guiará ao acesso de sua obra. Tentar compreender como ela emerge será fundamental para compor nossos estudos.

Leontiev (2004) nos dá preciosas pistas nesta trajetória, pois acompanhou de perto o desenvolvimento da obra de Vygotski, que em conjunto com Luria, desenvolveram uma teoria histórico-cultural das funções psíquicas superiores, as funções especificamente humanas do comportamento.

Leontiev (2004) afirma que a obra de Vygotski é determinada pelo momento histórico em que ele viveu e trabalhou. Foi um período marcado pela Grande Revolução Socialista de Outubro de 1917 na Rússia<sup>19</sup> - quando a vertente militante da obra de Marx e Engels do Partido Operário Social Democrata Russo, os bolcheviques liderados por Lenin, assumiram o Governo de Estado- o que disparou uma mudança decisiva na Psicologia Russa.

---

<sup>17</sup> \* Utilizamos o termo Arqueologia conforme sugere M. Foucault (1979), para quem na análise arqueológica e epistemológica existe *um a priori* histórico na constituição dos saberes. Muito mais do que um simples encadeamento de saberes a *Episteme* seria um plano de forças e tensões, de práticas e discursos, se sobrepondo uns aos outros. Vide “Nietzsche, a genealogia e a história”. In *Microfísica do poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979. Michel Foucault (2006, p. 07-11), com sua arqueologia dos saberes - viu na frase “conheça-te mesmo”, (*gnôthi seautón*) do oráculo delfos, a matriz de uma tecnologia de cuidado de si greco-romana (*epimeléia heautoû*) e da *therapeúein* de Epicuro.

<sup>18</sup> Mão nua e mente só, de pouco valem/ tudo é feito com a ajuda/ de instrumentos e meios auxiliares” (F.Bacon, apud Vygotski, 1993, p. 90)

<sup>19</sup> Sobre a Revolução Russa de outubro de 1917: Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolução\\_Russa\\_de\\_1917](https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolução_Russa_de_1917)>. Acessado em 18/07/2017

Mas esta mudança na Psicologia Russa, provocada pela Revolução, não ocorreu imediatamente. Embora houvesse uma forte tendência materialista e democrática na Filosofia e na Psicologia Russa, a ciência oficial cultuada nas Universidades, antes da Revolução era marcada por abordagens idealistas, e suas produções não se destacavam, pois, as grandes produções acadêmicas vinham da Europa - principalmente, Alemanha e França - e dos EUA.

No final do século XIX, e início do século XX, uma série de laboratórios de Psicologia foram construídos na Rússia. E em 1912 é inaugurado o Instituto Estatal de Psicologia, ligado à Universidade de Moscou, liderado por Tchelpánov.

A Psicologia Mundial vivia um período fértil, com diálogos e tensões, como registrado no artigo de Vygotski "O significado histórico da crise da Psicologia", uma investigação metodológica" (VYGOTSKI, 1927, 2004, p.203-420). Na Europa, a Psicanálise, a Gestalt e a escola de Wurzburg estavam avançando em suas produções. Nos Estados Unidos, o Behaviorismo vinha ganhando um grande destaque.

Leontiev (2004) diz que nesta época, a Psicologia Russa era restrita ao ensino nas Universidades, com pouca aplicação prática e, no Instituto de Psicologia de Moscou, atuava Tchelpánov e seus colaboradores, que se interessavam pela obra de William James, pelos experimentos de Wundt e da escola de Wurzburg, que buscava através da introspecção experimental um método para acessar o pensamento-imagem.

A Revolução Russa gerou mudanças radicais na Psicologia. O país estava arruinado pelas guerras, com um grande contingente de operários e camponeses trabalhando em péssimas condições, o que exigia a construção de uma nova Psicologia, com mais aplicações práticas. Com isso emerge um novo ramo da Psicologia: a Psicotécnica, a Psicologia do Trabalho. Neste momento, as condições de vida no país eram tão urgentes que o Instituto de Moscou cria um outro departamento: o de Problemas Aplicados.

Leontiev (2004) conta que devido à Revolução, a nova Psicologia Russa deveria vir do materialismo histórico e se transformar numa Psicologia Marxista, tarefa a qual Tchelpánov e seus discípulos não compreenderam imediatamente.

Mas, em 1920 Blonski lança os livros: “Reforma da Ciência” e “Ensaio de uma Psicologia Científica”, dando as formulações desta nova Psicologia Russa. Foi um acontecimento decisivo para a elaboração das linhas da Psicologia Marxista.

Em janeiro de 1923, no Iº Congresso de Psiconeurologia em Moscou, Kornilov realiza um discurso que recebeu o Título: “A Psicologia e o Marxismo”, onde destacou seus princípios:

1º) A primazia da matéria em relação à consciência;

2º) O materialismo histórico-cultural da psiquê, sua função utilitária no mundo material e concreto;

3º) A dialética social da psiquê, ou seja, entre a natureza e o mundo está a experiência humana;<sup>20</sup>

Após este Congresso, houve um movimento de psicólogos que, movidos por uma paixão revolucionária, aderiram à causa de Kornilov pois viram sua urgente relevância social e questionaram os psicólogos idealistas, liderados por Tchelponov do Instituto de Moscou.

A corrente materialista triunfou e o Conselho Científico de Estado destituiu Tchelpanov do cargo de Diretor do Instituto de Psicologia de Moscou, e nomearam Kornilov. “Foi quando, em 1924, Liev Semionovitch Vygotski se apresenta à ciência”. (LEONTIEV, 2004, p.431)

#### **4.1 O brilho de uma obra**

Vygotski participou do II Congresso Nacional de Psiconeurologia realizado em Leningrado, apresentando o trabalho intitulado “Os métodos de investigação reflexológicos e psicológicos” (que encontra-se em Vygotski, Teoria e Método em Psicologia, 2004, p.03-32), causando um forte impacto em Kornilov, que o convidou para compor sua equipe no Instituto de Psicologia de Moscou, onde em um curto período (1924-34) construiu uma importante obra na Psicologia Mundial.

Em seu artigo apresentado no Congresso, ele destacou a importância do estudo da consciência para o avanço da Psicologia, propondo unir os métodos da

---

<sup>20</sup> A respeito desta transformação histórica da Psicologia Russa vide: VYGOTSKI, L. Teoria e método em Psicologia. 3ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2004

reflexologia e da introspecção-experimental, para estudar os processos fisiológicos e psíquicos, de modo indissociável no comportamento total.

Em 1925, Vygotski, com o artigo “A consciência como problema da Psicologia do Comportamento”, afirma a necessidade de realizar o estudo da consciência como realidade concreta. Ele tornou evidente que não somente a nova Psicologia Russa e o Behaviorismo ignoravam o problema da consciência, mas a própria Psicologia experimental-introspectiva que se definia como a ciência da consciência não conseguia abordá-la concretamente.

No Behaviorismo predominava o estudo da atividade motora externa do homem, fracionado em atos elementares, os “S-R”, os estímulos-respostas no comportamento, isolados de toda a conduta diante do mundo concreto e real. Na Reflexologia, predominava o estudo dos atos reflexos. Vygotski, (1925, 2004, p.63), então, propôs estudar a função prática da consciência no comportamento humano. Ele passou a incluir a abordagem marxista da sociedade para estudar o comportamento de um modo mais ampliado.

É preciso, antes de mais nada, assinalar o caráter extraordinariamente amplo da experiência herdada pelo homem se for comparada com a experiência animal. O homem não se serve apenas da experiência herdada fisicamente. Toda nossa vida, o trabalho, os comportamentos baseiam-se na utilização muito ampla da experiência das gerações anteriores, ou seja, de uma experiência que não se transmite de pais para filhos através do nascimento. Convencionaremos chama-la de experiência histórica. (VYGOTSKI, 1925, 2004, p. 65)

Parecia evidente para Vygotski (1925, 2004) que a consciência exercia esta atividade prática, ou seja, em tomar posse de uma experiência e utilizá-la para gerar um novo comportamento. “*A consciência é a vivência da vivência.*” (Vygotski, 1925, 2004, p. 71). Constitui o mecanismo de transmissão de atos reflexos de um sistema a outro. A consciência das próprias sensações seria a posse da sensação como objeto. É consciente o que se transmite a outros sistemas na qualidade de excitante, provocando neles uma outra resposta. Quanto mais acertadamente um excitante conseguisse provocar uma série de reflexos, mais consciente seria sua sensação.

Isto deixava claro para ele os limites do behaviorismo e da introspecção-empírica, pois a experiência só é acessível à pessoa que a vive. Os reflexos não manifestos, a fala silenciosa, os reflexos internos, são inacessíveis à percepção direta do observador. Para Vygotski (1925, 2004), só podemos observar e perceber

os nossos próprios comportamentos, porque os nossos reflexos internos servem de novos excitantes somente para o nosso sistema proprioceptivo.

Tão pouco se poderia reduzir os estudos da Psicologia apenas ao que é relatado através da introspecção controlada, pois o comportamento que se realizou é uma pequena parte de uma infinidade de novas possibilidades de respostas. Todas as excitações saem em um número muito reduzido de respostas reflexas do organismo. “Cada minuto do homem está cheio de possibilidades não realizadas.” (VYGOTSKI, 1925, 2004, p. 69).

Um comportamento humano não se constituiria apenas com as reações manifestas e totalmente observáveis, mas também por aquelas não realizadas.

De acordo com Vygotski (2004, p. 68), o trabalho da consciência no comportamento se concretizaria em coordenar de forma ativa as excitações e os reflexos motores. Quando este reflexo é reversível, quando o excitante pode ser modelado para outras reações e passa a ser utilizado para outros fins. Parar uma excitação. Acentuar outra.

O autor russo chama nossa atenção para o fato de os excitantes sociais exercerem uma primazia na definição desta condução das reações motoras, quando os excitantes que emergem com as relações sociais, os exemplos, os estímulos, as provocações, as orientações pelas palavras, se destacariam. “No sentido amplo da palavra, é na linguagem que se encontra precisamente a fonte do comportamento social e da consciência.” (VYGOTSKI, 1925, 2004, p. 81)

Para ele, com a consciência emergia algo completamente novo na adaptação do homem ao meio, em relação aos outros animais. Enquanto os animais se adaptam de forma passiva, o homem atua ativamente no meio adaptando-o a si mesmo. Embora haja entre os animais, formas de adaptação ativa, como a construção de ninhos, tocas, etc., elas não exercem uma função preponderante em seu comportamento. Para fundamentar este pensamento, Vygotski utiliza uma citação de Marx:

Uma aranha executa operações que se assemelham às manipulações de tecelão, e a construção das colmeias das abelhas poderia envergonhar mais de um mestre de obras. Mas há algo em que o pior mestre de obras leva vantagem, logo de início, sobre a melhor abelha, é o fato de que, antes de executar a construção, projeta-a em seu cérebro. No final do processo de trabalho, brota um resultado, que antes de começar o processo já existia na mente do operário, ou seja, um resultado que já tinha existência ideal. O operário não se limita a fazer mudar de forma a matéria que lhe oferece a natureza, mas, ao mesmo tempo, realiza nela seu objetivo, objetivo que ele

sabe que rege como uma lei as modalidades de sua atuação e à qual tem necessariamente de submeter sua vontade. (MARX, apud VYGOTSKI 2004, p.54)

Entretanto, Vygotski (1925, 2004) afirmava que a consciência só poderia ser estudada de forma indireta. Só poderíamos estudar os seus mecanismos de utilização das excitações para modelar os atos reflexos justamente no momento de sua transformação mediadora, quando uma excitação primária -seja uma sensação, seja um ato reflexo condicionado, seja uma uma experiência pessoal, seja uma experiência social- adquire uma outra utilização, quando é utilizado para um novo comportamento.

Deste modo, para Vygotski a consciência só poderia ser estudada em sua atividade prática. Foi assim que ele viu na elaboração de signos, em sua função de conduzir as excitações na moldagem do comportamento e moldagem do meio social, a realidade concreta da consciência.

Em sua obra “Psicologia da Arte”, de 1925, Vygotski (1925, 1999) já havia destacado a função psicológica do signo. A atividade artística de criação de signos como instrumento social de desenvolvimento das emoções. Um patrimônio histórico-cultural que contribui para a elaboração das emoções, as mobilizam, as modelam e as transformam. (CLOT, 2014, p.127)

Através do método da dupla estimulação, ele foi testando a hipótese da função mediadora do signo nos processos psíquicos e em suas diferentes funções (pensamento, memória, atenção, etc.). Este método de investigação se apoiava nas diretrizes fundamentais dos estudos da Psicologia da sua época, nos quais os processos psíquicos e o comportamento seriam reações a estímulos.

Todas as variações ocorrem dentro deste esquema geral. Inclusive o método de reflexo condicionado, tão diferente de outros métodos em todos os sentidos, coincide com esta linha em geral. (VYGOTSKI, 1995 p. 53, tradução própria.)

Contudo, em seus experimentos, Vygotski, propunha não apenas um estímulo, mas uma série de variações em um plano complexo. Tão pouco estava interessado em apenas uma reação. Com frequência, ele propunha tarefas relativamente complexas que exigiam um sistema de reações coordenadas, a qual ele classificava como operações psíquicas.

Por exemplo, o sujeito deve comparar, memorizar algo, compreender, refletir, eleger, etc. Deste modo, o princípio do experimento não varia. Suponhamos que lhe ofereça uma série de estímulos - palavras, sílabas incoerentes, figuras - e se exige que o sujeito os memorize e reproduza, apesar de todas as complexidades, o esquema do experimento não varia. (VYGOTSKI, 1995 p. 53, tradução própria.)

Em seus estudos, ele percebeu que, diante destas situações, quem estava realizando a atividade introduzia artificialmente novas estimulações para auxiliá-lo na tarefa, que não possuíam nenhuma relação direta com o primeiro estímulo. Ele nomeou estas operações psíquicas como processos psicológicos superiores.

Segundo Vygotski (1995), a Psicologia ignorava em suas investigações a diferença entre os processos e funções inferiores elementares e os processos e funções superiores. A compreensão, a diferenciação, a associação, avaliações, juízos e seleção, que para ele são processos psíquicos superiores, emergem entre um estímulo e uma reação. Investigar estes processos seria o “Tendão de Aquiles” para a Psicologia Experimental.

De acordo com Leontiev (2004), Vygotski elabora uma teoria histórico-cultural do desenvolvimento humano ao analisar a ontogênese das funções psíquicas superiores ao longo da evolução da humanidade. A utilização dos signos constitui um momento histórico decisivo nessa evolução.

O homem introduz estímulos artificiais, confere significado à sua conduta e cria com a ajuda de signos, atuando de fora, sobre novas conexões em seu cérebro. Partindo desta tese, introduzimos como pressuposto em nossas investigações um novo princípio regulador da conduta, uma nova idéia sobre a determinação das reações humanas – o princípio da significação -, segundo a qual é o homem quem forma de fora as conexões em seu cérebro, o dirige e é através dele, governa seu próprio corpo. (VYGOTSKI, 1995 p. 85, tradução própria.)

Segundo Vygotski (1993), os processos psíquicos superiores, são conduzidos por signo e se constituem pela forma de sua utilização. Um signo pode ser um símbolo cultural, com sentido convencional na sociedade, como as palavras, mas pode ser também, um outro artefato artificial.

Qualquer função no desenvolvimento cultural (..) aparece em cena duas vezes, em dois planos, primeiro no social, depois no psicológico, primeiro entre as pessoas, como categoria intersíquica, em seguida (...) como categoria intrapsíquica. (MARX & ENGELS, apud Vygotski 2004, p.54)

Uma atividade que, segundo Vygotski (1993), emerge com a “transformação ativa do homem sobre a natureza”, que constitui a base de toda a história da

humanidade. Esta seria a lei fundamental do desenvolvimento das funções psíquicas superiores na filogênese e na ontogênese humana.

Para concluir esta tese, Vygotski faz uma citação à obra de Marx e Engels:

Ao atuar sobre a natureza externa mediante esse movimento, ao modificá-la, o homem modifica a si mesmo. Desperta as forças que dormiam nele e as subordinam a seu próprio poder. (MARX & ENGELS, apud VYGOTSKI, 1993, p. 85)

## 4.2 O materialismo histórico do desenvolvimento

Segundo Leontiev (2004), Vygotski acreditava que uma Psicologia Científica, para desvendar os complexos fenômenos da vida psíquica do homem, incluindo a consciência, só poderia surgir a partir do marxismo.

Vygotski (1993) encontrava nos estudos do Materialismo Histórico de Engels e Marx sobre a transformação material e histórica da sociedade o ponto de apoio para elaborar sua Psicologia Histórico-Cultural, pois colocavam a atividade humana do trabalho como tema central das suas análises.

Engels (1979), abordou o processo evolutivo do homem com muita perspicácia. Ele enxergou na separação das funções das mãos e dos pés - a emancipação das mãos e dos pés em relação ao deslocamento no solo e o início do aprendizado do andar ereto, que emerge como resultado da vida dos primatas nas savanas e planícies – como momento decisivo para analisar a singularidade das atividades humanas.

Mas é justamente neste ponto que se pode verificar como é grande a distância entre a mão do macaco antropoide e a humana altamente desenvolvida pelo trabalho durante centenas de milhares de anos. O número e a disposição dos ossos e dos músculos coincidem em ambos; mas a mão do mais primitivo dos selvagens pode realizar centenas de movimentos e atos que nenhuma mão simiesca poderá imitar. Não houve até hoje, mão de macaco, por mais hábil, que tivesse feito a mais simples faca de pedras “(ENGELS, 1979, p. 216)

E Engels (1979) conclui:

É a condição fundamental de toda a vida humana; e o é em um grau tão elevado que, num certo sentido, pode-se dizer: o trabalho, por si mesmo, o trabalho criou o próprio homem. (ENGELS, 1979, p.215)

De acordo com Engels (1979) o trabalho começa com a confecção de ferramentas, que a princípio eram instrumentos de caça e de pesca. Instrumentos

que os símios também fazem, mas que não interferiram em seu desenvolvimento, pois pela cooperação da mão, dos órgãos e do cérebro, não apenas em cada indivíduo, mas também pela cooperação do trabalho entre outros membros. Pela interação em sociedade emerge a linguagem, e os homens se tornaram capazes de fazer operações cada vez mais complexas, com objetivos sempre maiores e trabalhando para atingi-los.

Engels (1979) evidencia a diferença entre o comportamento humano e o comportamento dos símios, não apenas pelo fato dos homens planejarem ações, mas por interferirem na natureza e exercerem sua vontade no meio através do trabalho. Os animais utilizam a Natureza e nela produzem transformações só por sua presença. Mas para ele, o homem submete a Natureza e o meio a serviço dos seus desejos. E é através do trabalho que o homem imprime estas modificações concretas no mundo e vai sendo transformado pelo trabalho.

Esta abordagem do trabalho vai ao encontro das análises de Marx, pois para ele,

É verdade que também o animal produz. Constrói para si um ninho, habitações, como a abelha, castor, formiga etc. No entanto, produz apenas aquilo de que necessita imediatamente para si ou sua cria; produz unilateral[mente], enquanto o homem produz universal[mente]; o animal produz apenas sob o domínio da carência física imediata, enquanto o homem produz mesmo livre da carência física, e só produz, primeira e verdadeiramente, na [sua] liberdade [com relação] a ela; [...] O animal forma apenas segundo a medida e a carência da espécie à qual pertence, enquanto o homem sabe produzir segundo a medida de qualquer espécie, e sabe considerar, por toda a parte, a medida inerente ao objeto; o homem também forma, por isso, segundo as leis da beleza. (MARX, 2004, p. 85)

Para Vygotski (1993) a atividade humana sobre o mundo concreto, que se inicia na atividade de trabalho manual, é a base concreta dos processos psicológicos e o fundamento da Psicologia dialética, pois entre a Natureza e o Mundo, está o homem com toda seu poder de agir, de interferir no mundo e sofrer interferência do mundo. Deste modo, os processos fisiológicos e os psíquicos poderiam ser estudados juntos, na atividade de trabalhar o mundo e se trabalhar.

Vygotski (1993), destaca que o desenvolvimento da espécie humana ocorreu simultaneamente ao desenvolvimento da mão e de sua transformação em órgão do trabalho.

De acordo com Vygotski (1993) este processo de manipulação da Natureza, dos objetos do meio para imprimir sua vontade, seus desejos e imaginações,

constitui a atividade humana do trabalho. É a força motriz de desenvolvimento da manipulação do próprio corpo, um domínio de si. Para ele o processo de trabalho exige que o homem tenha um certo grau de domínio do próprio movimento do corpo.

Esse controle de si mesmo, baseia-se, essencialmente, no mesmo princípio em que se baseia nosso controle sobre a Natureza. Algo semelhante ocorre também no reino do desenvolvimento psicológico. (VYGOTSKI, 1993, p. 89)

Para o autor russo, a manipulação da Natureza, do mundo concreto, com instrumentos e a moldagem de si estão mutualmente ligados. O homem modifica o meio com seu trabalho, assim como é modificado pelo trabalho.

Como Engels (1979) afirmou: “*Dessa maneira, a mão não é apenas órgão do trabalho, é também produto deste.*” (ENGELS, 1979, p. 217)

Segundo Vygotski (1993), ao construir um instrumento de trabalho, o homem o anexa aos órgãos de seu corpo, ampliando sua função. São órgãos artificiais, instrumentos artificiais na atividade de trabalho -instrumentos que transformam o homem e ampliam sua possibilidade de ação.

Para afirmar esta tese, Vygotski cita Plékhanov, que possui uma importante obra dentro do marxismo:

Com os instrumentos o homem aparentemente adquiriu novos órgãos alterando sua estrutura anatômica. Desde a época em que passou a usar os seus instrumentos, ele deu forma absolutamente nova a história de seu desenvolvimento, formalmente, como no caso de todos os outros animais, isso levou a uma modificação dos seus órgãos naturais; agora, antes de mais nada, torna-se a história do aperfeiçoamento dos seus órgãos artificiais, do crescimento de suas forças produtivas. (PLÉKHANOV, apud VYGOTSKI, 1993, p. 90)

### 4.3 A ontogênese<sup>21</sup> do desenvolvimento

Segundo Vygotski (1993, p. 90), a história do desenvolvimento psicológico do ser humano, transformou-se na história do desenvolvimento de instrumentos auxiliares e artificiais da ação. O salto evolutivo da humanidade emerge quando passamos a usar signos para auxiliar nossas ações, o que promoveu uma súbita mudança na ontogênese do desenvolvimento humano. Tornou possível ao homem o

---

<sup>21</sup> Ontogênese é a história das mudanças estruturais de uma determinada unidade - que pode ser uma célula ou um organismo. “*Essa contínua mudança estrutural ocorre na unidade a cada momento, desencadeada por interações com o meio onde se encontra ou como resultado de sua dinâmica interna.*” (MATURANA e VARELA, 1995, p.112). Ela é estudada principalmente em biologia do desenvolvimento.

domínio dos próprios processos motores. É uma história do domínio do homem sobre seu próprio comportamento.

Portanto, para Vygotski (1993), o desenvolvimento psicológico humano é fundamentalmente condicionado, não pelas leis da evolução biológica, mas pelas condições materiais e históricas da sociedade - emerge com o aperfeiçoamento de instrumentos de trabalho, meios artificiais de domínio do corpo, seja na forma de linguagem, seja na forma de outros sistemas de signos. O estudo e o desenvolvimento destes instrumentos artificiais tornaram-se o eixo central do seu método.

Contudo, a analogia imediata entre o uso de instrumentos nas atividades práticas e o uso de signos nos processos psicológicos, exigiu um grande rigor científico, como vemos em suas pesquisas e em seus artigos.

[...] é preciso assinalar que Vygotski precisava, na primeira etapa de seu trabalho, contrapor ambos os níveis para matizar a tese principal de sua teoria sobre o valor decisivo dos instrumentos psicológicos na evolução dos processos psíquicos. (LEONTIEV, 2004, p.441)

Vygotski (1993) utiliza, para dar ainda mais coerência em sua tese, os experimentos de W. Köhler, sobre os macacos antropoides, pois via nestes estudos uma forma de abordar a função ativa dos instrumentos externos em suas derivações nos processos psíquicos. Os trabalhos de Köhler na década de 20 sobre a inteligência dos chimpanzés geraram um grande impacto na comunidade científica de Psicologia.

Vygotski (1993) cita uma experiência singular de Köhler, quando macacos receberam uma quantidade de argila, e lamberam.

No começo, os chimpanzés lamberam-na, muito provavelmente queriam saber que gosto tinha. Sendo insatisfatório o resultado, como costumam fazer em casos semelhantes, eles limpavam os lábios proeminentes no objeto mais próximos que encontraram e, é claro, deixaram-no branco. Depois de algum tempo, porém, a pintura de vigas, barras de ferro e paredes passou a ser um brinquedo deles; os animais pegavam a argila com lábios, as vezes triturando-a na boca, umedecendo-a até se tornar uma pasta, e depois aplicava a mistura, faziam nova tinta e lambuzavam de novo, e assim por diante." (KÖHLER, 1921, 1926, p 100-101, apud VYGOTSKI, 1993, p. 86)

Vygotski (1993), vai relatar que compreendeu a importância deste estudo para a Psicologia. A tendência de misturar, de borrar e de lambuzar a argila, também existe no homem diante de tintas, mas provavelmente em nenhum momento o chimpanzé visualizasse um *signo pictórico* numa mancha de argila.

Neste experimento, citado não se trata de uma de pintura, pois os pintores estão interessados no resultado, eles projetam uma imagem. Sobre isto Köhler (1926) conclui:

O longo tempo despendido com chimpanzés leva-me a arriscar a opinião de que, além da falta de fala, é dentro de limites extremamente estreitos nessa direção que se deverá encontrar a diferença principal entre antropoides e até mesmo o mais primitivo dos seres humanos. A falta de um recurso técnico inestimável (a fala) e uma grande limitação aos componentes muito importante do pensamento chamados “imagens” constituiriam, assim as causas que impedem que o chimpanzé atinja sequer o mais elementar começo do desenvolvimento cultural. (KÖHLER, 1926, p. 277, apud VIGOTSKI, 1993, p. 87)

Deste modo, podemos compreender por que em Vygotski (2007) a diferença entre os instrumentos como meio de trabalho para dominar a Natureza e produzir mudanças concretas no mundo; e a linguagem como um instrumento de interação social dissolvem-se no conceito de artefatos ou instrumentos artificiais.

Vygotski (2007, p.52) afirma que a invenção e o uso de signos como meios auxiliares para solucionar uma atividade psicológica - lembrar, comparar, relatar, escolher, moldar emoções – com signos, esquemas, mapas, diagramas, desenhos, linguagem, obras de arte, formas de numeração, e demais sistemas de sinalização, é análoga à invenção e uso de instrumentos, só que agora no plano psicológico. O signo age como um instrumento da atividade psicológica de maneira análoga ao uso do instrumento no trabalho.

Esta analogia entre signo e instrumento se caracteriza pela função mediadora de ambos. Se os instrumentos mediam a atividade da mão e do corpo com o meio, com a Natureza e com o mundo concreto - o homem leva o alimento até sua boca com talheres, coloca o pneu do carro com ferramentas - os signos, a princípio, mediam a atividade humana sobre as demais pessoas na sociedade – as formas de linguagem, a palavra. Um sinal de curtir é um ato afirmativo, de concordância; apontar para o copo de água para que alguém o pegue, etc.<sup>22</sup>. Depois, os signos tornam-se instrumentos auxiliares na atividade sobre si mesmo, sobre o próprio processo psicológico – por exemplo: o amarrar um pano na porta para não deixar o forno ligado ao sair de casa. O laço funciona para direcionar a memória e ativar as lembranças.

---

<sup>22</sup> Este princípio ontogenético do desenvolvimento humano permite a sofisticada linguagem dos sinais surdo-mudo, que no Brasil é conhecida como LIBRAS (língua brasileira de sinais)

De acordo com Vygotski (2007), a principal diferença entre os signos e os instrumentos, consiste nas diferentes maneiras com que eles orientam o comportamento humano. A função do instrumento é direcionar a influência humana sobre o objeto da atividade. Ele é orientado externamente e deve necessariamente levar a mudanças nos objetos. Constitui um meio artificial pelo qual a atividade humana externa é dirigida para controle e domínio da natureza. O signo por outro lado, constitui um meio artificial para efetivar o controle dos próprios processos motores e psicológicos.

Essas atividades são tão diferentes uma da outra que a natureza dos meios por eles utilizados não pode ser a mesma. (VYGOTSKI, 2007)

Portanto, convém destacar o que Vygotski (2007, p. 53) define como os três eixos condutores do seu método de estudo:

1º) Mostrar a relação entre os instrumentos e os signos, os pontos comuns entre ambos e fazer uma analogia entre as duas atividades;

2º) Esclarecer as diferenças básicas;

3º) Demonstrar o elo psicológico real existente entre um e outro, evidenciar seu indício;

Um método que se efetivou com a análise do desenvolvimento histórico-cultural das funções psicológicas superiores, processo psicológico exclusivamente humano. Uma análise que se debruça sobre o desenvolvimento do processo psicológico como um ciclo que se conclui com a construção de instrumentos semióticos que ampliam o domínio de si.

Em algum lugar, em um determinado nível de desenvolvimento dos animais, produziu-se uma mudança qualitativa no aperfeiçoamento dos processos cerebrais, que, por um lado, fora preparada por toda a marcha precedente do desenvolvimento e, por outro, constituía um salto em seu curso, já que representava o surgimento de uma nova qualidade...uma função qualitativa especial das funções superiores do cérebro. (VYGOTSKI, 2004, p. 144)

Mas por que a tese de desenvolvimento histórico-cultural do processo psicológico? Porque os instrumentos e os signos são criações artificiais da humanidade e que constituem elementos culturais. Além do mais, todos os signos são direcionados primeiro para as outras pessoas, depois é que serão direcionados para nós mesmos, e “se convertem em um meio diretor dos processos psíquicos próprio no plano individual...” (LEONTIEV, 2004, p. 451)

A ontogênese do nosso desenvolvimento continua a operar. Com recursos culturais e semióticos cada vez mais complexos, somos levados a realizar trabalhos cada vez mais precisos e sofisticados, gerando uma grande fonte de recursos materiais da subjetividade.

## 5 O DIÁRIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO

Em nosso estudo, o diário de campo, foi utilizado não apenas como instrumento de registro da experiência de pesquisa. Ele se transformou em instrumento de análise da atividade de trabalho, como sugere a Análise Institucional.

No Brasil, importantes núcleos de pesquisa vem apostando no encontro entre a Clínica da Atividade e a Análise Institucional como estratégia conceitual e metodológica para ampliar a análise da atividade de trabalho, conforme podemos acompanhar na coletânea de artigos em forma de livro intitulado: “Clínicas do Trabalho e Análise Institucional”, organizados por Claudia Osório da UFF e Maria Elisabeth Barros e Jésio Zamboni, ambos da UFES.<sup>23</sup> Uma obra onde os autores e as autoras evidenciam a fertilidade destas conexões na análise da atividade de trabalho. Eles trazem uma série de instrumentos de ação para o desenvolvimento do poder de agir que emergem em suas experiências de intervenção e pesquisa. Assim, colocam em cena, na análise da atividade de trabalho, não apenas o diálogo interior, interpessoal e impessoal, mas também o diálogo com o que está instituído socialmente.

Em nossa experiência, vimos que na atividade de trabalho em hospital determinados aspectos instituídos socialmente, determinados elementos concretos e semióticos (históricos-políticos-sociais), se transformam e passam a adquirir novos fins. Acompanhamos como a produção de imagem passou a operar não apenas como exposição de si - como prevalecem nas redes sociais, que só aumentam a competitividade e a ganância - mas como recurso audiovisual da atividade de trabalho em hospital.

Logo, convém destacar a diferença entre o plano da análise e o plano da intervenção, evidenciando como o seu acoplamento na Análise Institucional se mantém. Este acoplamento é o que dará origem a um plano de coerência nas atividades de pesquisa e de intervenção. (LOURAU, 2004, p.220).

O plano de intervenção é o que se passa entre os participantes da situação de análise, seja analista e clientes, seja entre o psicólogo e os trabalhadores, seja o pesquisador e os trabalhadores. Isto definirá o grau de abertura da análise. Lourau

---

<sup>23</sup> Vide. OSÓRIO DA SILVA, C. & ZAMBONI, J. & BARROS, M. E. B. **Clínicas do Trabalho e Análise Institucional**. Ed. Nova Aliança. 2016.

(2004) faz uma analogia entre o mecanismo da máquina fotográfica, na qual o grau de abertura e de fechamento da câmera que definirá a quantidade de luz vai incidir na imagem.

O que se diz, o que se faz na “cozinha” da intervenção não é redutível a um diálogo entre parceiros nem à aplicação de uma teoria social a uma realidade [...] todo praticante de intervenção – não importa qual seja seu paradigma – sabe que nem as técnicas mais etnometodológicas de observação nem a atitude de escuta mais empática nem as representações que pouco a pouco fazemos da situação, levando-o a entrar no ‘molde’ de nossos conceitos, são tão operatórios quanto o humilde material colhido na negociação permanente, e com frequência-terra-a-terra, entre interventores e clientes.” (LOURAU, 2004, p.218-219)

Este plano de intervenção se constitui no plano atual, limitado pelo tempo e pelo espaço da intervenção. Já o plano da análise busca resgatar o materialismo histórico-cultural, político-econômico das práticas e discursos, aparentemente não-políticos. A Análise Institucional se mantém sempre nessa dialética, atual-histórico.<sup>24</sup>

Convém lembrar, como sugere Osório (2002), que a intervenção como modo de transformar uma realidade na Análise Institucional, não é uma intervenção na pessoa, no indivíduo, mas é uma produção de conhecimento, uma intervenção nos modos de analisar o processo de institucionalização das formas de viver. Em nosso estudo, viver o trabalho. A máxima da Análise Institucional, “transformar para conhecer” é gerar uma interferência nos modos de análise das práticas e dos discursos instituídos.

‘É importante pensar como sofremos interferências das instituições e como podemos interferir no processo de institucionalização das práticas e discursos, sobre como somos afetados e como afetamos a instituição. Na Análise Institucional isto recebe o nome de análise de implicação.

---

<sup>24</sup> A respeito da história da Análise Institucional e de suas propostas metodológicas, além da obra do próprio Lourau (1995) nos referimos as obras de Heliana Conde Rodrigues, (RODRIGUES, 2000, 2003, 2004, 2006); e à Tese de doutorado de Regina Benevides de Barros, intitulada Grupos: a afirmação de um simulacro (1994) na qual discute as relações existentes entre a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção, e suas diferenças. A autora evidencia que na pesquisa-ação, proposta por Kurt Lewin, embora haja a participação ativa e direta do objeto da pesquisa, os fenômenos sociais precedem a gênese teórica e metodológica. Enquanto na pesquisa-intervenção a produção de conhecimento e de práticas se dão num mesmo movimento. Outra característica da pesquisa-ação está na proposição do pesquisador como agente de mudança, e da pesquisa como impulsionadora de uma maior consciência social por parte dos envolvidos na pesquisa, permitindo-lhes lutar por melhores condições objetivas de vida. Na pesquisa-intervenção o pesquisador não pretende ser um agente de mudança, mas sabe que intervém, intercede, necessariamente, no campo pesquisado.

O tema da implicação na pesquisa e na intervenção foi muito trabalhado na Análise Institucional. Conforme Monceau (2008) a análise de implicação é necessariamente um trabalho coletivo. Para guiar a análise da implicação no trabalho ele propõe diferenciar as implicações primárias e as implicações secundárias. Este autor francês cita como exemplo suas intervenções em uma equipe de educação, nas quais as implicações primárias são aquelas da situação de análise, nas relações que ele constrói com aqueles que solicitaram a intervenção. Já as implicações secundárias vêm de outros lugares, principalmente da instituição universitária, pois quando ele faz uma intervenção junto a uma equipe, ele já pensou em como pode publicar na esfera universitária.

A respeito da implicação em pesquisa Monceau (2008), cita o trabalho de outro autor: George Devereux (1980), no qual defende que a metodologia de pesquisa é, sobretudo, criada pelo pesquisador para que ele possa se proteger de perturbações e de angústias pessoais que as diferenças - de cultura, de práticas e discursos - podem provocar no pesquisador. Logo, não se deve tentar fazer desaparecer essa perturbação, ela deve ser analisada, pois é sua análise que trará um conhecimento novo. Não é que devemos abandonar as referências culturais que nos constituem, mas o trabalho científico está em colocá-las em análise coletivamente.

Para Monceau (2008), o verdadeiro trabalho científico deve estar na análise coletiva das normas de funcionamento instituídas. Não que seja necessário nos livrarmos das práticas e discursos instituídos ou das normas de funcionamento instituídas, mas sim, tentar analisá-las coletivamente. (MONCEAU, 2008, p.22)

Lourau (2004) afirma que a ética da pesquisa e da análise, não é a implicação – sempre presente em nossas práticas, em nossas adesões e retaliações, referências e não referências, participações e não participações, investimentos dos desejos libidinais e não libidinais, etc. – mas, a análise dessa implicação.

O conceito de implicação surgiu no momento em que psicanalistas e psiquiatras da Psicoterapia Institucional pesquisavam a transferência e contratransferência institucionais, e que depois se abriu a todas as forças transversais – que são determinantes, mas estão em grande parte estabelecidas para além do plano da intervenção. Elas são sempre institucionais. (LOURAU, 2004, p.133)

A descoberta da transversalidade é a descoberta de conflitos, de lutas sociais: ela é uma fonte de conflitos, porque lugar das resistências do não dito. O poder vive e se nutre do escondido, do não dito: portanto na maior parte das vezes, é muito difícil revelar, ou deixar que outros revelem, essa familiaridade, essa vinculação com o poder. É aqui que aparece a implicação. (LOURAU, 2004, p.133)

Quando o conceito de implicação foi oficialmente introduzido na Análise Institucional, como um dos elementos indispensáveis de um projeto teórico, tratava-se de incorporar os conceitos freudianos de transferência e de contratransferência às condições institucionais, aumentando, assim, sua abrangência. A contratransferência foi um conceito elaborado para nomear a resposta do analista à transferência do analisando. (LOURAU, 2004, pp. 133-186)

Para Lourau (2003), se análise da contratransferência psicanalítica tornava sensível, até chegar ao insuportável, o distanciamento, o descaso afetivo do psicanalista com seu analisando, a análise da contratransferência institucional, tornou possível iniciar um movimento de Reforma Psiquiátrica na Itália e na França.

Segundo Lourau (2004), um grupo de psicanalistas e psiquiatras na clínica de La Verrière, deram os primeiros passos na direção de ampliar o conceito de transferência e contratransferência. Embora timidamente, não deixou de ser um importante descoberta clínica. Lourau (2004) cita a comunicação desta equipe.

[...] não apenas a transferência do analista, não apenas a resposta à transferência do doente, mas igualmente a resposta a todas as realidades (sexo, idade, posição socioeconômica) do analisando, do analista e das significações socioculturais e econômicas da instituição psicanalítica. Os signos que permitem a descoberta da contratransferência são da ordem da preocupação ou do mal-estar [...] (CHANOIT et al., 1966, apud LOURAU, 2004, p.247)

Após usar os conceitos de transferência e contratransferência institucional oriundos da Psicoterapia Institucional, Lourau (2004, p. 180-181) afirma que as pesquisas da Análise Institucional (AI) passaram a se interessar pela:

- Análise da implicação na encomenda (encomenda da intervenção, de terapia, de pesquisa, de contrato, etc.)
- Análise da implicação da AI com as demandas sociais, diversas e contraditórias, dos dirigentes, dos seus interesses de classe, e as demandas da sociedade, demandas políticas, econômicas, culturais, etc.
- Análise da implicação no processo de institucionalização: institucionalização do especialista em relações humanas, em AI, do pesquisador, o que envolve a

implicação da instituição de pesquisa na qual se está inserido, e demais instituições inseridas, em seu contato com as pessoas envolvidas na intervenção; quais implicações sociais e históricas, das referências prático-conceituais - o plano epistemológico- e a implicação das publicações e da escrita.

Assim, no trajeto de análise do conceito de implicação, emerge o conceito de Sobreimplicação, que para a Análise Institucional, pode ser definido como uma impossibilidade de analisar a implicação. Mas uma impossibilidade ao nível institucional, que de acordo com Lourau está relacionada à “subjetividade-mercadoria.” (LOURAU, 2004, p. 190) Talvez devemos defini-la como subjetividade capitalista, provocado por uma busca de capital a qualquer custo, aliado ao medo do desemprego, produz os efeitos nefastos do trabalho - uma atividade excessivamente intensa e exaustiva.

Segundo Monceau (2008), o conceito de implicação surgiu na passagem entre os anos 1960 e 1970, na fase mais instituinte da Análise Institucional. No fim dos anos 1970 e começo dos 1980, a teoria da implicação recebeu contribuições das correntes existencialistas que queriam problematizar o positivismo ortodoxo nas pesquisas. Houve também contribuições originais, como a do etnopsicanalista G. Devereux (DEVEREUX, 1980), que propôs um procedimento de análise das implicações no diário de campo, que Monceau (2008) denominou de imaginação sócio analítica sobre os diários de campo, que consiste no ato de pesquisa desses golpes de reflexão à distância, um corte “epistemológico” na pesquisa, que dialoga, ao mesmo tempo, com as obras literárias, com a escrita e com a edição da obra.

No trabalho realizado no hospital, o diário de campo, a princípio, surgiu para seguir as pistas da implicação do pesquisador nas atividades com os Colegiados Gestores. Uma forma de elaborar as experiências vividas, uma forma de produzir golpes de reflexão à distância para que planos de ação pudessem emergir. Utilizamos slides como estratégia de trabalho nesses grupos. A cada encontro anotávamos o que emergia na atividade de análise do trabalho. Em **ANEXO II**.

Tal processo tinha dois objetivos: tentar direcionar a atenção para planos de possibilidades de ação, visando ultrapassar o que faz sofrer no trabalho e, deste modo, não deixar parar o diálogo sobre o trabalho. Achar uma saída para questões urgentes: equipamentos quebrados, falta de material, de defasagem na quantidade de trabalhadores nas equipes de plantão. Minha função como apoiador institucional não era definir uma solução, pois não conhecia o fluxo de funcionamento do hospital

tão bem como eles. Fazia pouco mais de um ano que estava no hospital. Era uma aposta na potência criadora do trabalho, uma aposta no poder de agir dos trabalhadores, nos elos dialógicos da atividade de trabalho, no conhecimento, no saber-fazer dos trabalhadores e dos gestores, na experiência adquirida ao longo do tempo.

O segundo objetivo era compreender o que gerava o sofrimento, a tristeza desesperadora, e o que funcionava como intervenção. Por mais que vivesse uma aventura profissional fascinante, não deixei em nenhum momento de me esforçar para contribuir com a transformação de afetos de tristeza em afetos de alegria, com a transformação dos modos de subjetividade que produzem o desespero - subjetividades em desespero - com o trabalho no hospital. Foi uma forma de conhecer quais os recursos e instrumentos podem ser utilizados para ampliar o poder de agir dos trabalhadores, e, assim, construir um dispositivo de produção de saúde.

Não sabia muito bem, na época, os desafios que iríamos encontrar. Mas a cada reunião registrávamos as experiências vividas, organizando-as em um instrumento de trabalho para ser utilizado em novos encontros. O diário de campo foi se transformando em instrumento de ação.<sup>25</sup> **Anexo II.** Algumas das situações que vivi desafiavam o registro. Trata-se de diálogos intensos, que o calor das emoções provoca. Foi um desafio transforma-los em temas de análise. Em encontros onde estão trabalhadores e gestores reunidos, onde a vida profissional está em jogo, qualquer fala ganha uma intensidade inenarrável. Seja como participante da conversa, seja como psicólogo, seja como apoiador institucional, era constantemente convocado a participar.

Registramos a experiência dos encontros, para construir um instrumento de trabalho, e, também, gerar um instrumento de análise e de elaboração da atividade.

Segundo Lourau (2004), o diário de campo permite uma elaboração da experiência, em um outro espaço-tempo, um dentro-fora, um distanciamento e uma aproximação simultânea da experiência, um grau de tensionamento, que favorece a análise da implicação. É neste momento que emergem os instrumentos de ação, os dispositivos de análise coletiva.

---

<sup>25</sup> Lourau (2004) afirma que o diário de campo é um instrumento de ação. Vide: ALTOÉ, S. (org). René Lourau: Analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004, p.250-252.

Os encontros com uma Unidade de Internação foram decisivos. Passei a ser convidado para outros momentos o que me permitiu acompanhar o surgimento de novos instrumentos de ação.<sup>26</sup>

Como no trabalho da etnóloga Jeanne Favret – Saada (1977,1981), citado por Monceau (2008), quando ela fez uma pesquisa sobre a feitiçaria na região de Bocage, na Normandia. Após quase um ano de trabalho de campo, ela conta que houve um momento decisivo para a sua pesquisa sobre o fenômeno de feitiçaria, quando as pessoas lhe perguntaram se ela poderia retirar o feitiço delas. As pessoas com quem ela desenvolvia a pesquisa lhe deram um lugar dentro do plano empírico de pesquisa que era a feitiçaria. Quando ela se deixou afetar pelos mesmos afetos que afetam os demais ocorreu uma comunicação involuntária. Assim, ela conseguiu produzir novos resultados de pesquisa, diferente dos outros nos quais os etnólogos entrevistavam as pessoas que estavam tomadas pela feitiçaria.

Ao ser convidado para participar dos Colegiados Gestores, foi possível ver como ele possui uma potência como dispositivo de desenvolvimento do poder de agir e de saúde do trabalhador. Não que isto seja fácil. Mas há evidências de que isto é possível.

---

<sup>26</sup> Na segunda parte da tese onde iremos abordar mais detalhadamente a construção de alguns instrumentos de ação, destacaremos o vídeo de manejo da tuberculose, o instrumento de identificação do paciente e o grupo de Whatsapp do Macrocolegiado Gestor.

## PARTE II

### 6 EXPERIÊNCIA DE PESQUISA

#### 6.1 Um panorama atual

No HUCAM, a CTH segue o Método Paidéia, e sempre faz Rodas de Conversa (CAMPOS, 2000, 2003) sobre as atividades de trabalho no hospital. Assim, buscou incentivar a formação de Colegiados Gestores como um dispositivo para ampliar a democracia institucional, a análise e a participação ativa dos trabalhadores nos processos de gestão do trabalho.

Com estas experiências foi possível visualizar como este dispositivo pode se transformar em instrumento de desenvolvimento do poder de agir e de saúde do trabalhador. Ao ampliar a atividade dialógica sobre o trabalho no hospital, ele mobilizou afetos intensos que podem se transformar em uma fonte de desenvolvimento de recursos de ação no trabalho.

Isso pode ser percebido a partir da participação da CTH na montagem do Colegiado Gestor de uma Unidade de Internação. Foi uma experiência importante nesse sentido, pois vimos como o Colegiado Gestor pode tornar-se um dispositivo de análise coletiva das práticas e de inventar modos mais potentes de lidar com a realidade, sempre desafiadora, do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde pública no Brasil. Nos encontros do colegiado havia um diálogo contínuo sobre os desafios, o que estava entristecendo a equipe e o que poderíamos fazer, analisava-se coletivamente as atividades de trabalho, pactuava-se com o que havia de melhor para os usuários, para os trabalhadores e para os gestores, a tríade constituinte dos serviços de saúde. Assim, estávamos sempre forçando o desenvolvimento de nossas atividades, mantendo viva a “paixão do real”, como diz Clot (2010, p. 300).

Apoiando-se uns nos outros, nos apropriando do que os outros fazem, comparando com o que fazemos, verificando a possibilidade de fazer de outro modo o que já foi feito, nos apropriamos dos recursos do trabalho em nossa atividade e vamos desenvolvendo nosso poder de agir. Estar sempre analisando os efeitos das práticas e dialogando no Colegiado foio que o tornou potente, que o transformou em um espaço para cuidar do trabalho no hospital.

A experiência de construção do Colegiado Gestor desta Unidade se propagou por diversos setores do HUCAM. Logo em seguida, a equipe de um outra Unidade de Internação convidou a CTH para contribuir com o fortalecimento de um Colegiado Gestor. Depois, uma Unidade de Internação, que possuía um Colegiado Gestor, com mais de uma década de história, nos convidou, pois queria conhecer este trabalho desenvolvido com as outras Unidades. Em 2014, a formação de Colegiados Gestores passou a ser diretriz do novo Grupo Gestor - Superintendência e Gerências - e a prioridade foi consolidar os Colegiados Gestores ligados à Divisão de Gestão do Cuidado, no organograma do Hospital, conforme ANEXO III. Ao longo de 2014 e 2015 foram realizadas oficinas de montagem com quinze Unidades ligadas à Divisão de Gestão do Cuidado e duas oficinas com as Unidades ligadas à Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico. Além do mais, foi construído um Macro Colegiado Gestor que reuniu a superintendência, as gerências, chefias e as referências técnicas das Unidades, Divisões e setores estratégicos do hospital, Infra-estrutura, Farmácia, por exemplo. Convém destacar que, embora este Macro Colegiado Gestor possua uma agenda de encontros anual, ele manteve uma atividade de trabalho com diálogos intensos, através de um grupo ampliado de WhatsApp com 78 (setenta e oito) membros, número registrado em julho de 2018.

Portanto, em nossa pesquisa de doutorado, propusemos colocar em debate a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores, utilizando como metodologia o Apoio Institucional, que envolve o incentivo e o fomento dos Colegiados Gestores, e o estar junto contribuindo para ampliar o diálogo e as análises dos processos de trabalho. Trata-se de contribuir para que o Colegiado Gestor possa se tornar um dispositivo de desenvolvimento e de saúde do trabalhador, ou seja, que possa ampliar o poder de agir dos trabalhadores do hospital, favorecendo assim a invenção de modos mais potentes de agir diante dos acontecimentos imprevisíveis e desafiadores do trabalho em um hospital universitário e público.

É uma aposta na atividade dialógica como mobilizadora do poder de agir. Uma aposta na análise coletiva da atividade de trabalho, suas condições concretas, seus riscos e seus recursos de ação, das normas e dos valores que envolvem a atividade do trabalho em hospital. Uma aposta no Colegiado Gestor como dispositivo de desenvolvimento, um instrumento mobilizador dos afetos e da força motora da subjetividade. Uma aposta no esforço coletivo de invenção de instrumentos de ação para lidarmos com os desafios do trabalho em hospital universitário.

Para este estudo buscamos construir alianças conceituais e práticas, que embora sejam de campos heterogêneos, convergem. Possuem elos de ligação. Há entre elas um território *comum*: a valorização da experiência do trabalhador.

Portanto, apresentaremos quatro experiências com Colegiados Gestores que foram decisivas em nosso estudo. A princípio, abordaremos a experiência que nos permitiu visualizar como um Colegiado Gestor pode se transformar em dispositivo de desenvolvimento do poder de agir. Em seguida, trouxemos uma experiência na qual houve a exposição de um grande contingente de trabalhadores sem Equipamentos de Proteção Individual (Epi's) a paciente com tuberculose, e que na atividade de trabalho dos Colegiados Gestores os riscos se transformaram em recursos de ação. Depois, destacamos uma experiência que mostra como as atividades de trabalho dos Colegiados Gestores podem contribuir com a construção de redes de saúde no Estado. Esta experiência evidencia, também, os desafios que envolvem o Colegiado Gestor, e que para mantê-lo ativo, é necessário cultivar o diálogo como muito zelo. Deste modo, trouxemos uma experiência indicando que ampliar o diálogo é possível e necessário. Mesmo nas situações mais complexas e urgentes, onde os afetos são intensos, a atividade dialógica pode ser cultivada.

Ao final do nosso estudo, apresentamos uma quinta experiência, na qual realizamos uma atividade de Restituição da pesquisa. Foi uma Roda de Conversa sobre as experiências das trabalhadoras e dos trabalhadores com os Colegiados Gestores. Nos inspiramos na Auto confrontação (CLOT, 2010, p.238-241) para sugerir aos membros presentes o registro da atividade de análise das experiências com o Colegiado Gestor através de recursos audiovisuais.

Convidamos os membros da CTH para uma Roda de Conversa para mobilizar a atividade dialógica sobre a experiência vivida na atividade de trabalho dos Colegiados Gestores, na busca pela experiência possível de ser vivida, a experiência ativa, vivente. (CLOT, 2010)

A Roda de Conversa vem se configurando como um estilo brasileiro de análise da atividade de trabalho. Ela compõe um patrimônio dos profissionais de saúde, uma experiência comum, coletiva. É um elemento do Gênero do Trabalho em Saúde Pública. Assim, ela pode fomentar o desenvolvimento de recursos de ação para a Clínica da Atividade.

Constituímos um coletivo de profissionais para dialogar junto com o pesquisador a atividade de trabalho, conforme sugere Clot (2010, p.239). Entretanto, ao invés de filmarmos uma atividade sequenciada para o diálogo e a confrontação com os profissionais, sugerimos filmar o diálogo coletivo sobre as experiências vividas na atividade de trabalho do Colegiado Gestor, perspectivando novos diálogos, novos gestos, de novas atividades, “a outra possibilidade ainda não realizada”.(CLOT, 2010, p. 235) Para ir do diálogo realizado ao real do diálogo. (CLOT, 2010, p. 230)

A experiência de trabalho é prática, afetiva e coletiva. E ainda possui um “que” a mais, um “o que será, que será...” da letra de Chico Buarque, uma zona de desenvolvimento potencial (VYGOTSKI, 1995b). Nela há um real da atividade que ultrapassa a atividade realizada (CLOT, 2010, p.235). Existe um real da experiência que desejamos ir nos aproximando na atividade dialógica. Existe um plano na experiência, nomeamos de plano de possíveis a serem criados, que se abre na atividade dialógica. Uma realidade possível de ser vivida.

Ao transformá-la em linguagem, a experiência se modifica e adquire uma nova configuração. Uma vez que a linguagem se dirige aos outros interlocutores, os comentários sobre as experiências produzem um tensionamento - um distanciamento da experiência e uma aproximação diferente. O realizado se abre ao real, ao possível. *“Graças à linguagem dirigida ao outro, o sujeito realiza, no sentido pleno do termo, suas atividades.”* (CLOT, 2010, p. 209)

Incentivamos o diálogo sobre a experiência vivida, para tornar visível o real da atividade dos Colegiados Gestores. Foi um diálogo efetivado a partir da experiência dos trabalhadores. Desejávamos mobilizar os afetos envolvidos na atividade de trabalho nos Colegiados Gestores, para que emergissem novos recursos de ação. Recursos que, deste modo, seriam de domínio público, para uso coletivo. Além do mais, dialogando sobre as experiências, elas poderiam se transformar em recursos de ação para outros.

Para facilitar esta atividade dialógica, sugerimos uma Roda de Conversa, pela familiaridade dos profissionais de saúde com este dispositivo. Nesta conversa, pactuamos com os membros presentes na atividade um modo de análise e de registro da experiência coletiva dos trabalhadores do hospital utilizando recursos audiovisuais.

## **6.2 Experiência I: quando um Colegiado Gestor se transforma em dispositivo de desenvolvimento**

O meu primeiro contato com um Colegiado Gestor de Hospital ocorreu em 2012, quando uma Unidade de Internação do HUCAM iniciou o processo de montagem e institucionalização do seu Colegiado Gestor

Em um encontro da Câmara Técnica de Humanização, sugerimos a montagem de uma Roda de Conversa sobre as atividades de trabalho no hospital (CAMPOS, 2003). Começamos por uma Unidade de imensa complexidade, tanto pelas práticas de cuidado realizadas quanto pela precarização do trabalho [falta de infraestrutura, equipamentos sucateados, insumos escassos] que estava levando ao desespero trabalhadores, gestores e usuários.

Foram cinco encontros. Um primeiro, para apresentar a proposta para a Direção do hospital e aos gestores do Setor, e, então, falar dos conceitos e dos objetivos. Três encontros com a equipe do setor e um último encontro para análise dos efeitos. Devido ao avanço da atividade dialógica nesta unidade, sugerimos a institucionalização de um Colegiado Gestor. Foi uma aposta na força criadora da vida para encontrar saídas para os grandes desafios que estávamos vivendo.

Era um momento delicado para o Hospital. Havia um processo histórico de precarização do trabalho em Hospitais Universitários (HU) se arrastando décadas após décadas em nosso país, que desafiava todos os trabalhadores e gestores a ultrapassarem o esgotamento para manterem-se vivos na luta diária de tentar oferecer um serviço digno aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Devido a inúmeros momentos de tensão entre trabalhadores, gestores e usuários, sugerimos a montagem de um espaço de conversa, uma Roda de Conversa semanal com a Unidade, que depois se transformou em um Colegiado Gestor.

Com esta atividade foi possível acompanhar como o Colegiado Gestor tornou-se um dispositivo de desenvolvimento, permitindo aos trabalhadores transformarem suas experiências vividas no trabalho, pois à medida que as adversidades iam surgindo, novos modos de funcionar foram inventados coletivamente. Houve um espaço de falas, onde circulava uma multiplicidade de pontos de vistas e opiniões. Analisavam os processos de trabalho e faziam planos de ação. Buscava-se objetivos comuns. Todos queriam a melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente

das condições de atenção à saúde e de cuidado aos usuários. Eram alguns dos valores comuns que guiavam a atividade de trabalho - a atividade real comum (CLOT, 2010).

Assim, nesta atividade dialógica, os afetos eram mobilizados, produzindo deslocamentos nos modos de viver o trabalho naquele hospital. O sentimento de fracasso, de exaustão e abandono, dava lugar a uma vontade de continuar tentando saídas e soluções para as situações mais adversas. Ele se transformou em um dispositivo de desenvolvimento do poder de agir.

Ao entrar em contato com a obra de Yves Clot (2010), vimos a importância de construir dispositivos para mobilizar a atividade dialógica no trabalho em hospital. A princípio, pensamos nas Rodas de Conversa, mas, para manter acesa a atividade dialógica, foi necessário pensar em um modo de instituir este espaço e, com esse objetivo, instituímos um Colegiado Gestor num setor do hospital. Iremos apresentar esta trajetória. Foram cinco encontros. Um primeiro, para apresentar a proposta à Direção do hospital e aos gestores do Setor, para falar dos conceitos e dos objetivos. Três encontros com a equipe do setor. E um último encontro para análise dos efeitos produzidos nesse processo.

Na CTH apresentamos a proposta. Então, foi agendado uma reunião com os coordenadores e referências técnicas da Unidade e a direção para apresentarmos a proposta, a metodologia, os objetivos e conceitos, enfim uma oportunidade de aproximação, de apoio e confiança. Concordaram com a proposta e me elegeram para ser o apoiador institucional para a atividade.

### 1º Encontro

Foi marcado um encontro com a equipe da Unidade, com a presença da Direção. Quando todos entraram na sala, fui convidado para iniciar a conversa. A princípio, foi apresentada a proposta de construir uma Roda de Conversa sobre o trabalho, um espaço contínuo de análise dos processos de trabalho, uma Roda de Conversa semanal com toda a equipe. Em seguida, falamos que precisávamos pensar, então, um horário capaz de envolver o maior número possível de trabalhadores da Unidade I, para dar oportunidade aos trabalhadores dos três turnos - matutino, vespertino e noturno - participarem da Roda de Conversa.

Uns sugeriram às 17:00, outros às 07:00. Sugeriram, também, que os encontros fossem alternados, uma semana de manhã, outra à tarde.

Quando parecia haver consenso, que o melhor seria encontros semanais em horários alternados, uma semana de manhã e outra à tarde, um participante fala:

"Se isso não der certo, se não houver melhorias no setor você vai queimar o seu filme!"

Tal enunciado colocou em análise a demanda e a implicação da proposta. Um analisador<sup>27</sup>, que na Análise Institucional, é o que "*realiza a análise*". (LOURAU, 2004, p. 69) Afinal, para que estávamos ali? O que desejávamos? O trabalho seria do apoiador institucional?

Neste instante houve uma mudança no rumo da conversa e o diálogo se amplia. Uma nova fala emerge:

"Isto não adianta nada. Nada funciona! Nunca melhora nada! Ninguém faz nada! A gente não tem lugar para fazer refeição. O banheiro está horrível. O ar condicionado quebrou. "Ninguém faz nada!"

Comenta-se a defasagem de número de profissionais nos plantões. Começam a falar de uma família que estava com paciente internado e que reclamou das condições do hospital. Sobre as obras que estão demorando muito, que interferem na rotina e que atrapalham o trabalho. Sobre o fluxo de rotina da visita médica e das práticas de cuidado, os horários da medicação e do banho dos pacientes.

Enquanto as pessoas falavam, fui 'a lousa, fiz um quadro com três colunas - na esquerda: tema de análise, no centro: o que podemos fazer: na direita: os efeitos esperados - e comecei a anotar o que emergia na conversa. Um instrumento inspirado na Matriz de indicadores de Humanização (BRASIL, 2006)<sup>28</sup>, mas que ganhou novos contornos. Este instrumento se transformou em um diário de campo da atividade, um instrumento de registro das conversas.

---

<sup>27</sup> De acordo com Lourau (2004, p.70) os analisadores marcaram uma evolução nas práticas institucionalistas. Se antes os analisadores eram os locais terapêuticos onde se exercia a palavra, os analisadores, sem excluir sua função terapêutica, passaram a ser os reveladores e os catalisadores de sentido. "*É necessário lembrar, portanto, que os analisadores -acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores - são produtos de uma situação que age sobre ela...*" LOURAU, 2004, p. 132)

<sup>28</sup> Vide BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos e indicadores de referência. Brasília, Ed. Ministério da Saúde -, 2006.

Aproveitei alguns segundos de pausa na conversa - talvez pela performance de levantar – e, mais uma vez, reafirmamos a proposta: criar um espaço de diálogo e de proposições, enfim um espaço para conversar sobre o que poderíamos fazer diante dos desafios do trabalho naquele hospital. O mais importante era construirmos um espaço de conversa e diálogo sobre nossas possibilidades de agir, em elaborarmos planos de ação, ultrapassando as acusações e as culpabilizações, a queixa pela queixa e os ressentimentos. Mas juntos construirmos uma cumplicidade e, assim, criarmos um espaço de proposições.

O quadro desenhado tentava organizar os temas de análise. Qual seria o primeiro tema a ser trabalhado? Infraestrutura? O que sugeriam para melhorar? Fluxo de rotina e cuidados? Como seria a melhor forma? Aumentar o quantitativo de funcionários no plantão? Essas questões, pautadas no que estavam falando, visou disparar o debate.

Surge um silêncio.

Um novo enunciado rompeu o silêncio:

"Então vocês querem produzir uma mudança na subjetividade, produzir uma co-responsabilização!"

"Sim! É por aí," respondemos. Sem nos corresponsabilizarmos será difícil qualquer mudança.

A proposta era construirmos um espaço de diálogo sobre planos de possibilidades de ação, o que podemos fazer diante dos desafios colocados, O que seria prioritário naquele momento?

Então, sugerem um outro encontro e, que cada um durante a semana pensasse nos temas anotados, e que enviassem aquele quadro desenhado por e-mail para todos, e que as pessoas preenchessem o quadro com sugestões. Todos concordaram e marcaram para a outra semana um novo encontro onde iríamos conversar sobre as sugestões levantadas.

Estávamos imersos neste plano da experiência do trabalho no hospital. Seria inevitável que ao dispararmos as Rodas de Conversas sobre o Trabalho haveria o confronto com uma realidade insatisfatória. E que isto seria decisivo para colocar em análise a implicação de todos com a atividade de trabalho.

Deste modo, emergiu um instrumento de ação para que a mobilidade dialógica não fosse interrompida. A princípio, a Roda de Conversa tornou visível o ressentimento, a cronificação da queixa - a espera de alguém para fazer algo, o

“salvador da pátria” que nunca aparece - a agressiva reclamação, apontar para um possível responsável pelo sofrimento, a culpabilização sobre os erros, enfim, são efeitos, modos de subjetividade, modos de perceber, de sentir e viver o trabalho produzidos por décadas de precarização dos hospitais universitários públicos no Brasil.

Os limites de recursos são reais, concretos. Mas precisávamos construir planos de possibilidades, espaços de diálogos e proposições. Ao invés de ficarmos apenas no ressentimento, na queixa e na culpabilização, sugerimos a montagem de planos de possibilidades de ação e que fossemos registrando as conversas sobre os processos de trabalho. Foi o modo que encontramos para enfrentar a cronificação do ressentimento, da queixa paralisante, das acusações e culpabilizações nefastas à saúde e que nos impedem de construirmos juntos planos de possibilidades de ação e que estavam reduzindo o poder de agir dos trabalhadores. O diário de campo virou um instrumento de análise da atividade de trabalho dos Colegiados Gestores.

Precisávamos transformar esta realidade. Embora não tivéssemos um plano infalível, o que certamente nunca ‘é possível, acreditávamos na potência coletiva dos trabalhadores, na potência transformadora da atividade dialógica, tanto para mobilizar a força motriz da subjetividade, quanto para mobilizar os afetos.

Ora, o analisador citado, torna visível nossa tendência em pessoalizar as atividades, o "queimar o seu filme". Por vivermos em um mundo de imagens e em uma sociedade individualista e competitiva, na qual existe uma excessiva busca pelo sucesso pessoal, medido pela ilusão das premiações e sua divulgação, este discurso é recorrente. A partir das diretrizes da Análise Institucional foi possível tornar visível o que está instituído socialmente-politicamente, e como ‘é possível emergir movimentos instituintes, que dão um outro uso para estes elementos semióticos. Ao colocarmos em análise a implicação novas ações foram possíveis. Um novo modo de lidar com o trabalho emergiu.

Na Roda de Conversa sobre o Trabalho os afetos do trabalho foram transformados, ao invés de ficarmos apenas queixando, esperando alguém fazer algo por nós, fomos nos mobilizando, analisando o que estava nos levando ao sofrimento e, em seguida, criando possibilidades de ação. Ao ampliar a motricidade dialógica no trabalho (CLOT, 2010), ela se transformou em um instrumento de desenvolvimento do poder de agir no trabalho. O grande desafio era manter os laços

fortalecidos, em uma atividade dialógica sem julgamentos precipitados, sem remorso, ressentimento, mas com afirmação das controvérsias, registrando os planos de possibilidade de ação, tornando-os visíveis e colocando-os em análise visando uma pactuação coletiva.

## 2º Encontro

No segundo encontro com a equipe projetamos no quadro de lousa com Datashow o instrumento de análise. E fomos incluindo novos temas trazidos por eles, perguntando o que sugeriam fazer para melhorar cada situação apresentada. O que ativou um intenso diálogo sobre possibilidades de ação e processos de trabalho para cada um dos temas. Conforme registro abaixo:

<b>TEMA DE ANÁLISE</b>	<b>PROCESSO DE TRABALHO</b>	<b>EFEITOS</b>
<p><b>ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cozinha instalada em espaço impróprio;</li> <li>• Box apertados para assistência ao paciente;</li> <li>• Bancadas muito altas;</li> <li>• Não há mesa para medicação e alimentação do paciente;</li> <li>• Falta de espaço/lugar para armazenamento do material;</li> <li>• Banheiro do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir relatório (por membros da equipe) com os principais problemas físicos e estruturais;</li> <li>• Formar comissão para contribuir/opinar e rever mudanças ainda possíveis na reforma do setor;</li> <li>• Repensar fluxo de pessoas (profissionais e estudantes) no setor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física com melhores acomodações para o trabalhador e usuário;</li> <li>• Melhor instalação de cozinha/banheiro;</li> <li>• Tornar rotina uma manutenção efetiva/eficaz e preventiva;</li> <li>• Diminuição dos atestados/afastamento por lesões osteomusculares.</li> </ul>

<p>paciente utilizado como expurgo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de ventilação.</li> </ul>		
<p><b>FALTA DE MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cobranças mais frequentes dos materiais/equipamentos encaminhados para manutenção;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tornar rotina uma manutenção efetiva/eficaz e preventiva;</li> <li>• Diminuição dos atestados por lesões osteomusculares.</li> </ul>
<p><b>DESMOTIVAÇÃO DA EQUIPE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carga horária do novo contrato muito extensa, com poucas folgas;</li> <li>• Ameaças ao trabalhador;</li> <li>• Trabalho intenso e em condições desfavoráveis;</li> <li>• Não reposição da força de trabalho quando falta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construção de relatório apresentando número de absenteísmo e adoecimento dos trabalhadores do;</li> <li>• Construção de um espaço de escuta/interação e acolhimento do servidor.</li> <li>• Inserção de representantes da categoria de nível médio nas reuniões da direção e terceirizada.</li> <li>• Criar rotina normatizada para a atuação do fiscal da empresa de terceirização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixação de escala mais adequada (jornada com folgas);</li> <li>• Melhor condição de trabalho;</li> <li>• Garantia de reposição na falta do colega;</li> </ul>
<p><b>COMUNICAÇÃO INADEQUADA</b></p> <p><b>Eixo 1 – Equipe profissional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restaurar a comunicação no setor, favorecendo a integração de todos os profissionais;</li> <li>• Promover espaços para diálogos (reuniões), sistematizado e periódico;</li> <li>• Estabelecer a comunicação intersetorial;</li> <li>• Promover espaços para estudos de caso envolvendo toda equipe multiprofissional;</li> <li>• Acolhimento sistematizado de novos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular o profissional a interagir, inclusive teoricamente;</li> <li>• Promoção de cursos junto ao NEP;</li> <li>• Sistematização do trabalho (fluxogramas, protocolos, etc.);</li> <li>• Buscar diminuir tempo de internação do paciente via integralidade do atendimento;</li> <li>• Construir indicadores de saúde;</li> <li>• Aumento da produção</li> </ul>

	<p>profissionais, residentes e acadêmicos (rotinas, integração, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituir o Boletim Informativo Multiprofissional;</li> <li>• Instituir a Visita Multiprofissional.</li> </ul>	<p>do cuidado ampliado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir manuais de processo de trabalho;</li> <li>• Multiplicar ações de humanização.</li> </ul>
<b>Eixo 2 – Equipe com usuários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar aos usuários sobre normas e rotinas do setor – conhecimento de todo profissional;</li> <li>• Escutar e acolher o usuário e seu familiar na perspectiva da integralidade;</li> <li>• Reunir com os familiares a cada admissão de paciente no setor;</li> <li>• Promover espaços para o usuário e seu familiar se manifestar em relação aos seus direitos;</li> <li>• Ter como base a Política Nacional de Humanização do SUS.</li> <li>• Instituir o Boletim Informativo Multiprofissional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de queixas de insatisfação;</li> <li>• Entender o usuário e sua família como cidadãos de direito;</li> <li>• Fortalecer a Política Nacional de Humanização do SUS;</li> <li>• Diminuir ansiedades e conflitos ocasionados pelo processo de saúde-doença do paciente</li> </ul>
<b>NECESSIDADE DE PROTOCOLOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir/Implementar protocolos das categorias profissionais e multiprofissional;</li> </ul>	Padronização
<b>INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS PROFISSIONAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• às atribuições de cada profissional;</li> <li>• Reuniões periódicas de equipe do setor;</li> <li>• às condutas definidas por cada profissional;</li> </ul>	
<b>APOIO NAS VISITAS AOS</b>	acompanhamento e esclarecimento durante as visitas aos pacientes	

<b>PACIENTES</b>	internados; dos familiares antes das visitas no que diz respeito às condições do paciente (foi sugerido uma “sala de espera” antes das visitas familiares conversando com os familiares, passando orientações para o momento da visita).	
------------------	--	--

### 3º Encontro

O terceiro encontro visou continuarmos a preencher o instrumento de análise. Mas o grupo sugeriu a mudança da Unidade para o primeiro andar pois os equipamentos eram mais novos. Além do mais, poderia adiantar a obra de reforma que estava em andamento e era motivo de muita reclamação. E perguntam:

O que acham?

Começa uma conversa.

Afirmam: Acho que a Superintendência não vai se opor!!!

Perguntam: Quem topa?

Um fala: Eu!

Outro responde:

Eu!

Perguntam: Quem pode ajudar a transferir os leitos e os equipamentos?

Respondem:

Eu! Eu posso...

Há um consenso. E começam a planejar a mudança. Falam dos melhores horários para começar.

Em seguida da transferência dos equipamentos e dos leitos.

### 4º Encontro

Falam da mudança, que ocorreu tudo bem. Houve um grande envolvimento da equipe e que agora será melhor. Foi um encontro mais descontraído. Alegre. Era

uma novidade o que estava acontecendo. Houve uma mudança de um setor de alta complexidade para o primeiro andar do Hospital, que era um andar mais novo, recém-inaugurado. E este encontro tornou-se um momento para avaliar a primeira semana deste plano audacioso que emergiu na Roda de Conversa.

Esta experiência com a Unidade de Internação evidencia como as Rodas de Conversa sobre o Trabalho podem se tornar um dispositivo de desenvolvimento e de saúde do trabalhador, ou seja, um dispositivo que pode ampliar o poder de agir dos trabalhadores do hospital, permitindo a eles transformarem seus modos de viver o trabalho em temas de análise, favorecendo assim a invenção de modos mais potentes de agir diante dos acontecimentos imprevisíveis e desafiadores do trabalho.

Convém destacar que entram em cena na análise coletiva do trabalho, suas condições concretas, seus riscos e seus recursos de ação, das normas e dos valores que envolvem a atividade do trabalho em hospital.

## 5º Encontro

Perguntaram quais seriam os próximos passos. Os membros da CTH que estavam como apoiadores das Rodas de Conversa sugerem que eles continuem os encontros, analisando os processos de trabalho, elaborando planos de ação visando sempre a melhoria do trabalho e do serviço, pensando sempre o que será melhor para os pacientes, para os trabalhadores e para os gestores

Alguém diz:

Isto não serve para nada! Não houve nenhuma melhoria.

Perguntaram: Mas por que você está falando isto?

Mas imediatamente respondem.

A sugestão de mudança da Unidade para um local com equipamentos mais novos, um andar novo, pensado na adequação da ambiência, surgiu nestes encontros, nas nossas Rodas de Conversa. Houve sim melhora! Estamos em um local melhor. As obras lá em cima não estão parando...

Perguntam novamente: E agora? O que a gente faz?

E um dos membros do grupo de apoio responde: Vocês estão de parabéns pelo esforço de acreditar na Roda de Conversa de trabalho e no coletivo de análise. Agora é com vocês. Continuem se reunindo.

Mas outro sugere: por que não instituir um Colegiado Gestor da Unidade? Vocês já se reúnem com frequência! O Colegiado Gestor é um dispositivo importante e ele poderá dar maior legitimidade para as decisões tomadas nas Rodas de Conversa.

E completam: É verdade! Assim nós poderemos ter mais poder de negociação com a Superintendência.

E foi feito. Constituíram um Colegiado Gestor da Unidade e em diversas ocasiões negociavam as mudanças dos processos de trabalho na Unidade junto com a Superintendência, que comparecia em reuniões estratégicas do Colegiado Gestor da Unidade.

Utilizamos esta experiência em nossos estudos do desenvolvimento do poder de agir no trabalho, pois o Colegiado tornou-se um espaço de comunicação, de diálogo, de análise coletiva das práticas e de como inventar modos mais potentes de lidar com a realidade, sempre desafiadora, do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde pública no Brasil. Nele havia um diálogo contínuo sobre a situação do trabalho e o que poderia ser feito, analisava-se coletivamente as atividades de trabalho, pactuava-se com o que havia de melhor para os usuários, para os trabalhadores e para os gestores, a tríade constituinte dos serviços de saúde.

Apoiando-se uns nos outros, nos apropriando do que os outros fazem, comparando com o que fazemos, verificando a possibilidade de fazer de outro modo o que já foi feito, nos apropriamos dos recursos do trabalho em nossa atividade e vamos desenvolvendo nosso poder de agir. Estar sempre analisando os efeitos das práticas e dialogando em Roda é o que pode criar um espaço para cuidar do trabalho em hospital

Nesta experiência foi possível acompanhar como a ampliação do diálogo sobre o trabalho permitiu aos trabalhadores transformarem suas experiências vividas no trabalho, pois à medida que as adversidades iam surgindo novos modos de funcionar foram inventados coletivamente. Houve um espaço de falas, onde circulava uma multiplicidade de pontos de vistas e opiniões. Analisavam os processos de trabalho e faziam planos de ação. Buscava-se objetivos comuns. Todos queriam a melhoria das condições de trabalho e conseqüentemente das condições de atenção à saúde e de cuidado aos usuários.

Assim, nesta atividade dialógica, os afetos eram mobilizados, produzindo deslocamentos nos modos de viver o trabalho. O sentimento de fracasso, de exaustão e abandono, dava lugar a uma vontade de continuar tentando saídas e soluções para as situações mais adversas.

### **6.3 Experiência II: os riscos do trabalho em hospital e o desenvolvimento de instrumentos de ação**

No segundo semestre de 2015, com desdobramentos até o primeiro semestre de 2016, um grande número de trabalhadores do hospital foi exposto sem EPIs a paciente positivo de tuberculose. O Núcleo de Atenção à Saúde dos Trabalhadores/Serviço de Saúde Ocupacional, onde são homologados os atestados ocupacionais, começa a perceber e a notificar casos de trabalhadores com tuberculose. Busca-se em conversa com trabalhadores o paciente fonte e quais trabalhadores estiveram em contato com ele. Foram 400 trabalhadores que precisaram ser acompanhados durante 120 dias, conforme prevê o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) do HUCAM. Em seguida comunicam a Gerência de Linhas de Cuidado. Uma série de reuniões e encontros são realizados. A Vigilância Epidemiológica, a Vigilância do Paciente, o NASTH/SSOST e os Gerentes conversam sobre as atividades de trabalho. Desenham um fluxograma para mapear os percursos de pacientes sintomáticos de vias aéreas superiores. São discutidos protocolos de precaução. Foram diversas reuniões, meses de conversas intensas. O Macro Colegiado Gestor (constituído por gerentes, e referências técnica das Unidades de Cuidado, chefias ligadas à Gerencia Administrativa, a Infraestrutura e Unidade de Apoio Terapêutico, Farmácia, Nutrição, Laboratório, por exemplo) convoca uma série de encontros para construir e legitimar um protocolo de manejo hospitalar do sintomático respiratório.

Em um desses encontros, sugerem que seja confeccionado um carimbo, em tamanho grande, destacando no prontuário sintomático respiratório, que será preenchido pela equipe de saúde no momento da admissão no hospital, chamando a atenção para que medidas de precaução sejam adotadas imediatamente. Segue abaixo sua diagramação:

Figura 4 – Carimbo protocolo sintomático respiratório

**Preencher carimbo**

PROTOCOLO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR):	
SR ou tratamento para TB	( ) Sim ( ) Não
Tempo de tosse/tratamento TB: ____ semanas	
Sintomas sugestivos de TB	( ) Sim ( ) Não
Imagem sugestiva de TB	( ) Sim ( ) Não
Escarro positivo	( ) Sim ( ) Não

Fonte: in: <https://www.youtube.com/watch?v=K2ullMqQFK8>. Acessado em 20/10/2019.

De acordo com Clot (2010), em Psicologia do Trabalho essa atribuição de novas funções para as ferramentas, o uso inventivo de um dispositivo recebe a definição de catacrese. Na etimologia, a palavra de origem grega, *katakhresis*, que significa um “mau uso”, uma figura de linguagem que se caracteriza pelos maus usos das palavras. Se retirarmos o tom pejorativo de mau uso, poderíamos compreender seu sentido como um uso diferente da palavra, pois a catacrese é um sentido que favorece no cotidiano o entendimento da linguagem, uma gíria do cotidiano, uma expressão usada para facilitar a comunicação<sup>29</sup>. Como por exemplo, dente de alho, braço da poltrona, etc.

A recriação dos recursos técnicos, a catacrese, que fundamenta um Gênero de Trabalho é um índice do desenvolvimento psicológico, que não se realiza por uma interiorização dos funcionamentos exteriores das significações existentes, mas em um processo de elaboração das experiências vividas e sua utilização de acordo com as necessidades das atividades presentes. (CLOT, 2010, p. 106)

Neste caso, o carimbo profissional, que leva o nome e o número de registro no conselho profissional, utilizado para registro e legitimação de um laudo, de um diagnóstico, de um prognóstico - a nosologia e a etimologia do sintoma - que

<sup>29</sup> Vide <<https://figuradelinguagem.net/catacrese/>>. Acessado em 05/02/2018.

constitui um dos principais enunciados dos gêneros de trabalho na área da saúde, passa a ser utilizado para sinalização, para carimbar especificações de manejo da tuberculose.

Uma ferramenta não é, em si mesma, um instrumento de trabalho, mas torna-se instrumento em uma situação que o faz despertar. (RABARDEL, 1995; BEGUIN, 1994, APUD CLOT, 2010, p.107)

A Escola Russa de Psicologia Histórico-Cultural possui um conceito para definir esta apropriação: “dupla via das significações” (Leontiev, 1983, p.163, APUD Clot 2010, p. 107) Isto permite uma abordagem da atividade que poderia parecer passiva, mas que é uma atividade criativa.

A apropriação das ferramentas - sua transformação em instrumento - também ocorre no nível das experiências vividas, quando estas passam a ser utilizadas para outras situações, o que Clot (2010, p 107) denomina de catacrese.

Clot (2010, p. 114) afirma que às provações no mundo do trabalho, o perigo vivido, quando é elaborado por um coletivo torna-se recurso histórico-cultural nos Gêneros de Trabalho. Esta elaboração do medo, que enriquece a experiência, transforma-se em instrumento da atividade real comum, fundamental para o gênero profissional. Clot (2010, p. 108) nos lembra que este procedimento de reconversão dos medos possui uma grande relevância para os desafios da clínica em Psicologia.

Este acontecimento no HUCAM citado, vai ao encontro dos estudos do desenvolvimento da Psicologia Histórico-Cultural de Vygotski, um autor que conseguiu reformular o conceito de desenvolvimento, ao ver o organismo humano como fonte de um potencial de energia e de possibilidades de ação ocultas. Em situações de provação, escreve Vygotski,

[...] o organismo mobiliza as reservas de força acumuladas, ainda ocultas, concentra-as no local do perigo e, depois, sem economizá-las, libera doses de antídoto bem maiores que a dose de veneno que o ameaça. Dessa maneira, além de compensar o dano que lhe foi infligido, o organismo cria regularmente um excedente, um contrapeso ao perigo e, assim, obtém um maior grau de proteção relativamente ao que dispunha antes de ter surgido o perigo. (VYGOTSKI, 1994, p. 86”, apud CLOT, 2010, p.114)

Nesta experiência no HUCAM os riscos do trabalho entram em cena na atividade dialógica com os Gêneros de Trabalho e esta atividade dialógica mobiliza o desenvolvimento de instrumentos de ação – a sintetização de um carimbo de manejo da tuberculose.

Nos ofícios de saúde, o carimbo é uma ferramenta primordial na legitimação das práticas, seja para preencher um prontuário onde demais profissionais irão dialogar com as condutas adotadas, acompanhar as condutas dos profissionais, o manejo do quadro clínico, a evolução clínica, os encaminhamentos, enfim é uma importante ferramenta de trabalho no hospital. Porém, ele passa a ser utilizado de outra forma devido aos riscos surgidos. Ele vira um instrumento de ação diante dos riscos de tuberculose. Ele traz uma sinalização. Indicam caminhos de manejo e cuidado.

Além do mais, elaboram um vídeo aula, disponível no Youtube e na homepage do HUCAM sobre o manejo da Tuberculose<sup>30</sup> no HUCAM, o fluxograma de pacientes sintomáticos de Tuberculose no hospital e as precauções a serem adotadas pelos trabalhadores em saúde.

Há mais evidências de que os riscos e os recursos entram em cena na atividade dialógica, mobilizam o desenvolvimento da atividade de trabalho em hospital. Em uma visita técnica ao HU do Maranhão, a equipe do HUCAM viu um instrumento de segurança do paciente, com ícones de segurança do trabalhador. Fotografam e compartilham no grupo de WhatsApp do Macro Colegiado Gestor. **(ANEXO IV)**. Uma série de diálogos é disparada em sequência sobre este instrumento e em como instituí-lo no HUCAM.

Acreditamos, como Clot (2014), que a atividade dialógica do trabalho é a força motriz do desenvolvimento do poder de agir. Ao colocarmos em diálogo as atividades do trabalho, elas se tornam instrumentos de ação, podemos usá-las para novas experiências, como artefatos. Tornam-se instrumentos semióticos para ampliar o domínio de si. Este manejo das experiências é a evidência concreta da força da subjetividade.

Assim como construímos instrumentos para manipular o mundo concreto, construímos instrumentos semióticos para refinarmos os movimentos e os processos psíquicos. Esta atividade de trabalho é a evidencia concreta do desenvolvimento psicomotor na atividade do trabalho.

Portanto, apostamos em um Clínica do Trabalho que contribui para que a atividade dialógica possa funcionar como um gerador de recursos de ação para

---

<sup>30</sup> Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=K2uIlMqQFK8&t=4s>> Acessado em maio de 2018.

mobilizar esta energia potencial, e favorecer a montagem de instrumentos de ação no trabalho, de superação dos riscos do trabalho em hospital, ativadores psicomotores, que ativam e desativam a atenção, a memória, os gestos, enfim, como os fluxogramas, os protocolos e os instrumentos audiovisuais.

Ora, o plano da experiência no qual estamos imersos, a atividade de trabalho no HUCAM, envolve lidar com riscos. Precisamos estar sempre construindo estratégias e dispositivos de ação. A atividade dialógica sobre o trabalho no hospital mobiliza a força motriz da subjetividade, fonte do seu desenvolvimento, gerando instrumentos de ação. A partir de Vygotski (1993, 2004, 2007) e Clot (2010, 2014), vemos na sintetização de instrumentos semióticos que emergem nas atividades dialógicas, a evidência concreta da força da subjetividade, sua força geradora de recursos para o desenvolvimento do poder de agir no trabalho.

#### **6.4 Experiência III: as redes de diálogo e os elos da atividade de trabalho**

A CTH foi convidada por trabalhadoras e trabalhadores da Unidade Materno-Infantil que buscavam construir modos mais compartilhados nas práticas de cuidado, ou seja, de gestão e de atenção à saúde. Desejavam fortalecer o seu Colegiado Gestor.

Os primeiros encontros foram supertímidos, com poucos participantes, apenas quatro pessoas, mas que contaram com a presença do chefe da unidade que fez uma série de perguntas tentando entender a proposta. Falávamos sobre a importância de construir espaços permanentes de reunião com a equipe para analisar processos de trabalho e assim, fortalecê-la. Ao final da conversa, ele garantiu que faria o convite a mais pessoas e agendou para a outra semana um novo encontro.

E assim foi. A cada encontro aparecia mais um ou dois membros da equipe. Embora ficássemos apenas girando em torno do conceito da gestão compartilhada das práticas em saúde, o número de participantes aumentava, a ponto de em um dos encontros haver gente sentada na porta do mini auditório. Este dia foi decisivo. Aqueceram a atividade dialógica. Uma médica falou da atividade de trabalho de partos de alto risco nos finais de semana, quando a equipe está mais reduzida e os riscos aumentam, tanto para o bebê, quanto para as mães e para a equipe. Houve

um intenso debate, inclusive em alguns momentos com acusações e julgamentos severos que fizeram os ânimos se esquentarem.

Então uma Enfermeira diz: “Pessoal vamos tentar não nos culpar, nos acusar, mas o que podemos fazer para diminuir os riscos?!”

Outro médico diz: “Vamos pensar uma escala melhor de plantão!!! “Nós sempre pensamos no binômio mãe-bebê”.

Lembro que as controvérsias foram tão intensas que as pessoas sugeriram rever o período e os temas desses encontros. As reuniões passaram a ser agendadas com prazos mais distantes.

Sentíamos que houve um esfriamento. Precisávamos pensar em algo para manter viva a atividade dialógica. Não sabíamos como. Foi quando a “Cegonha” chegou. A Rede Cegonha.

Em um encontro da CTH da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) foi apresentado a Rede Bem Nascer, um programa do Estado que, aliando-se às diretrizes da Rede Cegonha do Governo Federal, buscava aprimorar a Rede Materno Infantil do Estado do Espírito Santo. Neste momento surgiu uma ideia: chamar a equipe de referência da Rede Cegonha e da Rede Bem Nascer para um encontro com a equipe da Unidade Materno Infantil do HUCAM.

Nessa ocasião, houve um diálogo ampliado entre trabalhadores e gestores com efeitos nas atividades de trabalho da equipe materno infantil do HUCAM quanto na Rede materno Infantil do Estado. Primeiro porque tanto a Rede Cegonha quanto a Rede Bem Nascer traziam diretrizes de construção do cuidado em redes de diálogo na atenção e no cuidado, mas também entre os serviços, além de indicadores de parto humanizado, temas urgentes que mobilizavam a todos, aqueciam as atividades dialógicas sobre o trabalho, tanto da equipe quanto dos gestores.

E assim foram dois meses de muitos encontros onde os olhos brilhavam, formaram-se grupos que elaboraram processos de trabalho para cada indicador levantado pela Rede Cegonha. Depois era apresentado. Enquanto isto a equipe de pactuação e contratos da SESA compareceu a um desses encontros trazendo propostas para o grupo e para a direção do hospital. Nesta experiência acompanhamos como é possível haver modos mais compartilhados de gestão e de

cuidado em saúde, e como este compartilhamento dos processos de gestão do trabalho, aquece a atividade dialógica e aumenta o poder de agir dos trabalhadores

Mas infelizmente este movimento foi cruelmente abortado por um novo grupo de gestores nomeados pela EBSEH que não acompanhou todo este processo que estávamos construindo. Passaram a pactuar metas e processos de trabalho de modo centralizado, em gabinetes fechados. Um modelo de gestão do trabalho que reduz a análise dos processos de trabalho em saúde, reduz a elaboração de possibilidades de ação, reduz a participação dos trabalhadores, diminui o protagonismo dos trabalhadores, enfim, atrofia o poder de agir dos trabalhadores.

Ao invés de mobilizar a atividade dialógica do trabalho e compartilhar a gestão do trabalho, houve a centralização da atividade de gestão do trabalho, o que podemos chamar de gestão de gabinete.

Miossec (2011) tornou visível em seu estudo sobre a atividade de gerentes em uma empresa de eletricidade, como diante de desafios em alguns momentos falavam: “Não dá para fazer nada!” Não há o que fazer!”, o que Miossec (2011) denominou de defesa de gênero profissional, pois é uma defesa, um modo malsucedido de lidar com a atividade de trabalho que paralisa a atividade dialógica, atrofia o poder de agir.

Em um certo encontro falaram: “isto não é para vocês decidirem”, perdendo a oportunidade de ampliar a atividade dialógica com quem mais conhece os processos de trabalho: os próprios trabalhadores. Agora, isto gerou um efeito na equipe. Trouxe consequências. Frustração. Sofrimento. Houve uma diminuição da atividade dialógica, enfraquecimento do compartilhamento das práticas, que podemos registrar em conversas informais e nas Rodas de Conversa sobre o Trabalho realizada pela CTH e pelo NASTH.

No relatório anual de absenteísmo realizado pelo NASTH (2018), constatou-se que nesta Unidade havia o maior índice de absenteísmo do hospital. Queremos destacar os riscos da diminuição da atividade dialógica na saúde do trabalhador.

Para reverter este quadro, acreditamos que os Colegiados Gestores devam se tornar autênticas Rodas de Conversa sobre o trabalho, isto é, um modo de gestão do trabalho compartilhado, onde haja uma análise das atividades de trabalho, produção de valores comuns, a colaboração nos processos de trabalho, como valores fundamentais nos serviços de saúde e para a saúde do trabalhador.

## 6.5 Experiência IV: diálogos urgentes e possíveis

Durante o doutorado houve um momento importante que deve ser registrado. A linha de pesquisa estava definida e a tese bem avançada. Com a escrita, íamos colocando em diálogo as experiências, os conceitos e os autores. Estávamos tornando visível os instrumentos semióticos, recursos da ação, que emergiam na atividade de trabalho dos Colegiados Gestores. Ora uma matriz de análise, ora um carimbo, ora um recurso audiovisual, ora o instrumento de identificação do paciente. Eram os indicadores de desenvolvimento que precisávamos para defender que os Colegiados Gestores podem se transformar em dispositivo de desenvolvimento. Como construir a confiança mútua para suportar, inclusive a controvérsia de ideias e de opiniões? Essa foi uma questão que a experiência no Hucam nos suscitou.

Particpei de um diálogo ampliado entre diversos profissionais que é um tema constante: momentos de gestão de leitos. Como oferecer um bom serviço a todos os que procuram o hospital e lidar com o risco iminentes de superlotação. Nesta experiência vivida, o WhatsApp possibilitou um diálogo em tempo real de diversos profissionais, de diversos setores.

Tal processo ocorreu na Maternidade que atende gestação de alto risco, uma Unidade Materno Infantil, com Obstetrícia, Maternidade e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Exercitou-se um diálogo ampliado permanente, onde as enfermeiras dialogavam com os médicos, os chefes da unidade, os gerentes, a ouvidora e o superintendente.

Os desafios não eram poucos na maternidade. Muitas vezes ocorria que em um mesmo dia muitas mulheres, parturientes, davam entrada simultaneamente no hospital, ocorrendo uma superlotação. O diálogo se aquece e os trabalhadores vão criando estratégias para lidar com a situação.

Alguém da equipe diz em certo momento:

"O Centro Obstétrico (CO) se transformou em UTIN. Foi necessário fazer isto devido à gravidade dos recém-nascidos, alguns prematuros. O que irá impossibilitar as cirurgias no Centro Obstétrico pela manhã."

" Os procedimentos de amanhã serão suspensos?"

Alguns dizem: "Não concordo!!! Aliás, nós da Maternidade estamos sofrendo com superlotação ao longo de toda semana. "

" O que faremos, então?", replica um outro integrante do grupo.

E o diálogo continua: " Pessoal, não vamos desmarcar cirurgias em função dessa superlotação. Vamos tentar acomodação em outra ala para os Recém-Nascidos.

Alguém responde: "É o que tentaremos. Agora é aguardar as vagas da Regulação."

"E a Unidade de Ginecologia? Como apoiador argumentei que havia uma paciente aguardando há mais de um ano a cirurgia que havíamos preparado toda a cirurgia, os materiais, agendar os especialistas para fazer a cirurgia foi difícil. Não fui consultada. Chegaram e ocuparam à Ginecologia com os RN.

Então perguntam: " O que faremos?"

Outros respondem: "Tentamos outros possíveis locais para os RNs, mas ainda sem sucesso. Estou em contato com a UTIN para atualizar a situação. A maternidade continua recebendo pacientes."

Alguém lembra: " A maternidade não pode recusar pacientes."

Outra pessoa pergunta: " Onde colocaremos elas e seus Recém-Nascidos? Mantém o mesmo quadro. 03 RNs no Centro Obstétrico, 07 RNs na UTIN 1; 04 Rns na UTIN 2 e 03 RNs na ala da Mãe Canguru.

Afirmam: "O Núcleo de Regulação foi notificado. Estamos tentando ampliar o diálogo com a Rede do Estado. Não desmarcar as cirurgias. Concordo em não desmarcar as cirurgias. Vamos preparar leitos para acomodar os 03 RNs. Vamos preparar quartos para acomodar as gestantes.

E continuam: " Convoquem um mutirão de alta dos RN's no alojamento. Prioridade zero. Iniciar liberação as 07:00 h, se possível colocar o R3 (residentes) para avaliar as possibilidades de alta responsável imediatamente.

Aprovam com sinal de positivo.

Surge uma nova ponderação: "Hoje havia uma enfermaria com 03 gestantes 03 RN em foto e em risco. O problema não é a Neonatologia. É a chegada de 04 gestantes ao dia para internar pela manhã já tendo realizada 03 cesarianas e mais uma de urgência agora à tarde."

Outros dizem: " Entendo e sei o esforço. Mas sei também da importância de aperfeiçoarmos a coleta e resultado de exames, a avaliação médica, e iniciar a visita médica de rotina e avaliação de alta."

As considerações e sugestões continuam: "Essa sugestão sua deixa a Neonatologia como responsável pelo caos. Afirmando que não há mutirão que se faça presente se a alta do RN trouxer risco para o bebê. Aproveito a situação para pensarmos em resolver a situação do laboratório em relação aos exames de urgência. Isso atrasa a avaliação médica."

Debates: " Não. Conheço bem o alojamento e a Gineco. Estou sugerindo melhorias para vocês duas, para giro dos leitos, plano de contingência."

Uma nova pessoa entra na conversa: " Se a minha pergunta não for coerente por favor me perdoem, mas tenho motivos para perguntar. As pacientes que deram entrada na maternidade, estão dentro do perfil do nosso hospital, da nossa referência na Rede do Estado?"

E respondem:" Isso quem pode responder melhor é o chefe da Maternidade - guardião da Linha de Cuidado Materno-Infantil.

Depois dizem: "Não é o momento de culpar ninguém pois a maternidade é porta aberta, as pacientes precisam do melhor. Apenas sugiro priorizar a gestão do caos, assim também eles sabem que devem transferir."

"Vamos verificar se é o nosso perfil. Já estamos estudando a estatística da sua pontuação relevante. Somos referência de alto risco, isto significa bebê de risco. Vamos estudar o movimento desta semana com detalhes. Colegas, vamos tentar diagnosticar isto."

Continuam: "Obrigada pela compreensão, somos amigos de boteco! É um problema complexo que coloca em risco pacientes e profissionais envolvidos. Por isto a emoção, desculpe-me, não vejo culpados, sofro junto. Problema complexo exige frentes de melhorias e colaboração."

Outro afirma: "É essa a postura!!! Gostei da parte do boteco.

Mudam de assunto.

Começam a falar de um evento que ocorreu dois dias antes sobre a comunicação nas práticas de saúde. Falam do concurso, da mulher que vendia cosméticos para funcionários...

Finalizam: "Equipes a postos. Maternidade readequando pacientes e equipe fora de risco."

Dizem: "Ok!"

Esta experiência mostra que é possível uma gestão do trabalho que amplia e contempla o diálogo, sem julgamentos precipitados das falas, das ideias, se aproximando de uma, se afastando de outra, para elaborar a ação de acordo com o que a vida exige.

Miossec<sup>7</sup> (2017<sup>1</sup>) mostrou como os diálogos sobre os projetos e os exercícios de testagem no Coletivo de uma empresa de eletricidade na França mobilizam o poder de agir dos gerentes. A cada meta é lançado um desafio, forçando a elaboração de projetos e sua testagem entre os gerentes. As controvérsias e as réplicas criativas (CLOT, 2008, p. 95, apud Miossec, 2011, p. 217) são fontes do desenvolvimento do poder de agir no trabalho.

Nesta experiência para lidar com a gestão dos leitos, aparecem os riscos que envolvem o cuidado de recém nascidos de uma UTIN, os riscos de cancelar as cirurgias, as dificuldades de reunir vários especialistas e materiais, para uma cirurgia de alta complexidade, os riscos da espera por uma cirurgia destas, os riscos que as equipes de saúde sofrem. Mas é a possibilidade de dialogar sobre planos de ação, que mobiliza os afetos. Eles são transformados. Os afetos de desespero, de raiva e de medo, transformam-se em afetos de alegria.

Esta experiência na atividade de trabalho dos Colegiados Gestores entra em cena, os riscos e os recursos de ação, em meio ao diálogo de práticas, normas e valores. Aparece a alta responsável, as avaliações e os exames necessários para ela. Existe um diálogo sobre como aperfeiçoar os processos de trabalho dos exames laboratoriais. Ele traz um diálogo sobre gestão dos leitos, um diálogo com a Rede Estadual de leitos neonatal. Um diálogo sobre o perfil dos pacientes e as pactuações com a Rede. Diálogos sobre prioridades. Os riscos que os profissionais enfrentam aparecem, cuidam uns dos outros, com a intensidade de afetos que envolve o trabalho em hospital. Este reconhecimento mostra uma valorização do esforço e da dedicação dos profissionais da equipe de saúde. É a possibilidade de encontrar coletivamente saídas para as situações mais difíceis que produz valores de pertencimento, leva a um comum que ultrapassa a individualidade. É atividade real comum, segundo Clot (2010).

Entretanto, o desafio é manter a atividade dialógica aquecida. Sabíamos de sua função preponderante no desenvolvimento do poder de agir no trabalho em hospital. Difícil é sustentar a controvérsia e a heterogeneidade dos pontos de vistas. Por mais que os estudos da Clínica da Atividade venham indicando sua importância

para o desenvolvimento da força motriz da subjetividade, ainda é um grande desafio manter um diálogo consistente. A atividade dialógica mobiliza os mais variados afetos. São afetos de tristeza, sofrimento e enfraquecimento, mas também afetos de alegria, prazer, contentamento e fortalecimento. Esta transformação continua sendo um enigma. Dela só temos as pistas, que a atividade dialógica traz. Só conseguíamos estudá-la de forma indireta, em sua atividade prática, na construção de signos e instrumentos semióticos. Vygostski, em *Psicologia da Arte* (1925, 1999) já apontava para a atividade de elaboração dos signos, sua função de conduzir as excitações, de mobilizar os afetos, de moldagem da ação. A frase “Somos amigos de boteco!” soa como uma frase título. Uma busca de algo comum que nos una. Uma placa. Uma bandeira.

Um outro instrumento que evidência esta busca de valores comuns emergiu para compor o plano de fundo dos computadores, no qual emerge como valor soberano a função do hospital escola em gerar conhecimento e aprendizagem aos ofícios de saúde.

Figura 6 – Plano de fundo dos computadores do HUCAM 2018



Lembro, também, de um outro instrumento semiótico construído pela equipe da Ginecologia junto com a Unidade de Comunicação, com imagens e legendas, foi uma apropriação singular dos profissionais do HUCAM da Classificação de Robson<sup>31</sup>, uma classificação utilizada por profissionais de Obstetria, com imagens e legendas. Um instrumento de ação que foi elaborado coletivamente, inclusive com a participação da estagiária da Unidade de Comunicação que utilizou recursos de design gráfico para este trabalho. Este instrumento ficaria, também como plano de

---

<sup>31</sup> A classificação de Robson foi criada pelo médico irlandês Michael Robson em 2001. É um instrumento que visa identificar grupos de mulheres clinicamente relevantes, nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea. Ele permite comparações ao longo do tempo em uma mesma instituição ou entre diferentes instituições. Em 2015, a OMS recomendou que a classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. classificação de Robson deve ser adotada por todos os hospitais para auxiliar no monitoramento das cesáreas e ajudar a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para implementação de estratégias para redução de cesarianas.in: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICAÇÃO%20DE%20ROBSON.pdf> acessado em 24/10/2019.

fundo nos monitores dos computadores do Hospital. Um recurso de ação tanto para as atividades de trabalho relacionadas às práticas de cuidado, quanto um recurso de

Figura 5 – Instrumento semiótico da Ginecologia



Na atividade dialógica no trabalho emergem instrumentos de ação que podem nos ajudar a lidar com os desafios da realidade de um hospital universitário público que é referência em parto de alto risco.

Portanto, a construção de objetivos comuns, que ultrapassem a individualidade, vem se mostrando como fundamental para mobilizar a atividade dialógica. Sejam eles em forma de planos de ação, instrumentos concretos e semióticos, indicadores e metas comuns a alcançar, protocolos a escrever, instrumentos inovadores que visem a melhoria da atividade de trabalho, práticas para realizar um bom trabalho.

A construção de valores comuns é fundamental para superar os riscos dos afetos de sofrimento que nos atingem e superar o que impede a atividade do trabalho.

## 6.6 Experiência V: a restituição da pesquisa

Na Análise Institucional a restituição da pesquisa<sup>32</sup> é um momento tão importante quanto os outros momentos da análise e da intervenção. Uma atividade que privilegia as experiências dos participantes. Convoca a todos a participarem ativamente do trabalho de pesquisa, para que novas possibilidades de análise e ação possam emergir. (Lourau, 1993)

Esta construção da experiência coletiva de pesquisa, que não se reduz aos dados da experiência de um pesquisador ou de um especialista, valoriza o diálogo sobre a experiência, afetiva-cognitiva-prática-social, dos participantes para ampliar ainda mais a capacidade de análise e atuação coletiva.

Lourau (1993), afirma:

“...a restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. (...) A pesquisa, para nós, continua após a redação final do texto, podendo, até mesmo, ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, se tornar uma espécie de “pesquisador-coletivo”, sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições (...). Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa.” (Lourau, 1993, p. 56)

Logo, fizemos um convite público, via e-mail institucional, para fazer a restituição da pesquisa e avaliarmos, a partir das experiências dos trabalhadores, como funcionam os Colegiados Gestores. Convidamos os membros da CTH para participarem de uma Roda de Conversa sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores no auditório da Pediatria, sobre suas potencialidades e os seus

---

<sup>32</sup> A respeito do tema destacamos a Tese “**A restituição de resultados como proposta de pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador: contribuições para a ampliação do poder de agir de profissionais de enfermagem de hospitais municipais do Rio de Janeiro.**” De Joseane Pessanha Ferreira, ENSP, Fiocruz, 2016. Vide também: BENEVIDES, R. e PASSOS, E. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade.** Psicologia: Teoria e Pesquisa; 16 n.1: 71-9, 2000; BARROS, M. E. B.; PASSOS, E. ; SILVA, A. E. . **Psicologia e análise da atividade docente.** Psicologia & Sociedade (Online), v. 26, p. 20-36, 2014.

desafios. O que funciona e o que precisa ser trabalhado e o que seria um bom trabalho (CLOT, 2010) de um Colegiado Gestor. Participam da CTH representantes das Unidades de Cuidado. Embora a presença seja esporádica, alguns Chefes de Setores, Gerentes, Diretores e Superintendentes participam da CTH, de acordo com os temas abordados. Logo, fizemos um convite a todos. Foram três encontros. O primeiro para mobilizar a atividade dialógica sobre o trabalho dos Colegiados Gestores e registro audiovisual da análise da experiência. O segundo para edição do material e elaboração da experiência. O terceiro para apresentação do vídeo editado.

No dia agendado para a Roda de Conversa sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores havia doze participantes.

Iniciei a Roda de Conversa agradecendo a presença de todos e apresentando a proposta da atividade. Afirmamos que seria uma conversa sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores, a partir das nossas experiências, o que seria um bom trabalho dos Colegiados Gestores, quais as suas potencialidades e os seus desafios. Após o acordo sobre o registro em vídeo da atividade, começamos a gravar.

A primeira participante a falar destaca que ela participou dos Colegiados Gestores ligados à Divisão de Gestão do Cuidado e que outras unidades também se interessaram em instituir um Colegiado Gestor. Ela afirma que a atividade de trabalho de um Colegiado Gestor é difícil, que o desafio é fazer os profissionais entenderem a importância de participarem dos Colegiados Gestores e darem suas contribuições. Para poderem ver a importância dos Colegiados Gestores, ela destaca que foi fundamental ultrapassar o “lugar” de lamentação, de ressentimento, um “lugar” apenas de queixa.

Perguntei quais foram as práticas que permitiram esta transformação?

Para ela, à medida em que os gestores começaram a atender as demandas e sugestões levadas pelos profissionais, houve essa transformação. Lembrou que o trabalho com os gestores foi fundamental. “Quando a gestão começou a dar respostas ao que era importante, as pessoas começaram a perceber que vale a pena insistir, que vale a pena fazer o Colegiado Gestor. Foi importante, também, “quando todos entenderam, gestores e trabalhadores, que não é pela falta de material, pela falta de pessoal que se vai deixar de fazer o melhor.” Colocar em

análise a gestão do trabalho, desde a oferta de leitos e de serviços, visando oferecer o melhor, foi fundamental. Mesmo que não tenha sido possível avançar em alguns momentos, ela acredita que alguns Colegiados Gestores avançaram bem e se consolidaram.

Em seguida uma nova participante lembra de comemorar o aniversário de dez anos do Colegiado Gestor de uma grande Unidade de Cuidado. Ela destaca que, embora os momentos de grande potencialidade se alternem com momentos de menos potencialidade, ela marca que o interessante foi sempre o movimento coletivo de consolidá-lo como um espaço de fala e de decisão, e que este é o maior desafio do Colegiado. Ela também afirma que as pessoas acham que o Colegiado é lugar de queixa e de reclamação. E transformá-lo em um espaço de decisão é uma tarefa mais desafiadora. Ela destaca que durante este período de dez anos, houve muita alternância de chefia da unidade e que eles faziam leituras diferentes sobre a função do Colegiado Gestor na Unidade Materno Infantil. Ela diz que havia desde aquele que delegava amplo poder de decisão para o Colegiado a ponto de deixar a cargo do Colegiado o fechamento da Unidade em caso de superlotação -uma medida que é extrema e de grande repercussão. Como havia, também, chefes que diziam: "Vocês são profetas do nada!!! Isto não vai dar em nada." Ela diz isto aos risos. Marca que mesmo com estas idas e vindas do Colegiado, ora mais intenso ora mais frio, houve momentos em que eram formados grupos temáticos para apresentarem no Colegiado Gestor, e que eles se encontravam fora do hospital na casa dos médicos para estudarem os temas e montarem a apresentação de um processo de trabalho no Colegiado Gestor. Ela diz que embora recorde destes fatos com muita alegria, ela percebia que o Colegiado Gestor ficava sempre ligado a algumas pessoas. A participação era muito flutuante e alguns não contribuíam muito para manter o Colegiado ativo. Ela cita que outro desafio é fazer as decisões tomadas no Colegiado chegarem a toda equipe da Unidade, de turnos e de plantões diferentes.

Pergunto, então, sobre o que permitiu fazer do Colegiado um espaço de decisão? Quais as práticas permitiram esta transformação, um local de lamentação e até mesmo descreditado, para um local de decisão?

Ela, então, afirma que a partir de sua experiência, ela acredita que isto depende das chefias, dos gerentes e da superintendência. Quando todos acreditam na potência do Colegiado esta transformação é possível.

A primeira participante entra no diálogo, e lembra de um Colegiado no qual o Chefe de Unidade não “comprou a ideia”, não apostou na potência do Colegiado. Ela faz questão de enfatizar que é uma lembrança triste. Eram práticas sutis para menosprezar a atividade do Colegiado. Ela cita como exemplo agendar reunião no dia de Natal. E que foi um trabalho “de formiguinha”, foi um longo trabalho para convencê-lo de que a atividade do trabalho do Colegiado Gestor não se reduzia apenas à fala dele. Mas que a atividade de trabalho do Colegiado consistia em abrir um diálogo sobre o que é bom para a Unidade. Segundo ela, portanto, para o bom funcionamento do Colegiado, é fundamental que o chefe de Unidade participe da construção de um espaço aberto de diálogo com a equipe.

Em seguida uma terceira participante entra no diálogo. Ela afirma que isto ocorre devido a um modelo de gestão que é reproduzida por alguns chefes, uma gestão verticalizada, onde o chefe está acostumado a tomar as decisões de “cima para baixo”. Se o chefe não entender que gestão do trabalho vai ser compartilhada, ele não dá importância para o diálogo. Ele não se apaixona. Ela afirma que o chefe pensa: “ahhh... como sou eu que assino, para que eu vou ouvir os outros trabalhadores?”

A primeira participante a falar, entra novamente no diálogo. “O que eu acho que é correto é o que eu vou liberar.” Ela faz uma alusão a algumas práticas que impedem a atividade de trabalho dos Colegiados.

Uma quarta participante entra no diálogo. Ela inicia dizendo que acredita no que as colegas estão dizendo, que estas práticas são reais, que elas impedem a atividade de trabalho. Ela lembra de uma conversa com a Chefe da Gestão do Cuidado, quando perguntou quantos Colegiados havia no hospital, e que ficou impressionada com a grande quantidade. Ela lembra, também, que ao chegar no hospital só havia três Colegiados, o Materno Infantil, o da Pediatria e o do CTI. Mas que houve um momento em que a nova equipe da Superintendência passa a apostar no Colegiado Gestor como um dispositivo de gestão do trabalho. E apostando mais na CTH, pois já houve um momento em que foi dito para não se falar mais em humanização no hospital. Entretanto, ela destaca a importância da corresponsabilidade dos trabalhadores neste processo, na aposta neste modelo compartilhado de gestão do trabalho e de assistência. “A gente pode até ter uma chefia que é “super” ao diálogo, uma Superintendência aberta, mas se o trabalhador

não entender que ele é importante neste trabalho, não trazer a proatividade do trabalho, a chefia não vai ter o que compartilhar.” Afirma que a partir de suas experiências em Colegiado Gestor, ainda há uma cultura muito forte que precisa ser rompida de que o trabalhador apenas obedece, que ele não pode contribuir e ser propositivo. Destaca que isto não é apenas no HUCAM, mas no mundo do trabalho. Acredita que a chefia sendo aberta ao diálogo, ou mesmo a Superintendência apostando no Colegiado, isto pode ser uma potência e pode ser também entrave. Para ela, a atividade do trabalhador no Colegiado Gestor é decisiva para o seu funcionamento. Ela fala de uma reunião recente do Conselho Municipal de Saúde, quando a questionaram se a CTH fiscaliza o funcionamento dos Colegiados Gestores. E ela contra-argumentou que a função da CTH não é fiscalizar os Colegiados Gestores, mas apoiá-los. E que a PNH prevê a participação dos trabalhadores neste processo de construção, em sua corresponsabilidade. Ao final, afirma que existe ainda uma hierarquização extremamente verticalizada, mas que o desafio é pensar estratégias para sensibilizar os trabalhadores da sua função neste processo de fortalecimento dos Colegiados Gestores como um dispositivo de gestão do trabalho.

Uma quinta participante entra na conversa. Para ela o que impede o desenvolvimento da atividade dos Colegiados Gestores é a falta de informação dos trabalhadores e dos chefes, que desconhecem a função do Colegiado. Afirma que os trabalhadores não sabem o que precisam fazer no Colegiado e os chefes também não. Afirma a postura passiva de trabalhadores, não apenas do HUCAM, que utilizam diversas instâncias coletivas para ficar se queixando do que falta. Ela destaca que no HUCAM foi a aposta destes profetas do nada no Colegiado com um dispositivo que gerou este movimento. Acredita que se os trabalhadores forem utilizando o Colegiado como dispositivo de diálogo, de proposição, onde ele possa colaborar com o trabalho, e diante das controvérsias de opiniões, inclusive as dos chefes, eles irão se fortalecer e participar mais da construção do Colegiado. Para ela, as práticas de alguns chefes que utilizam o Colegiado Gestor, para se “safar” de situações difíceis, quando compartilham apenas decisões complexas que o colocam em risco, acontecem por causa disso. E as práticas que transformam o Colegiado Gestor em um espaço apenas de informes das decisões do chefe, também. Sugere, portanto, que seja divulgado a função do Colegiado Gestor para fortalecer o

protagonismo dos trabalhadores. Para que assim estes trabalhadores não se transformem em profetas do nada.

Depois, uma sexta participante entra na conversa. Ela afirma que a baixa frequência no Colegiado que ela participa deve-se a isto. Que muitas vezes as pessoas só vão às reuniões porque o nome está na portaria que instituiu o Colegiado Gestor, mas não se dispõem a participar efetivamente. Para ela, muitos realmente não sabem para que estão ali e qual a função do Colegiado Gestor.

Aproveito para entrar no diálogo novamente. Pergunto: “Para vocês, o que seria a função do Colegiado Gestor?” Lembra as oficinas de construção dos Colegiados Gestores nas Unidades de Cuidado realizadas pela Divisão de Gestão do Cuidado, que contribuíram para divulgar a função dos Colegiados utilizando as cartilhas da PNH. E insisto na pergunta. “Para vocês, o que seria a função do Colegiado Gestor?”

A sétima participante afirma, a partir de suas experiências, que o Colegiado possui a função de “aparar as arestas do setor”, de fazer ajustes dos processos de trabalho. “Quando existe alguma dificuldade, a gente leva para o Colegiado para pensarmos juntos, com várias categorias profissionais, desde o nível médio ao nível superior, como resolver e solucionar os pontos críticos do setor.” (afirma a profissional)

Resgato algumas lembranças para compartilhar e colocar em diálogo suas experiências vividas nos Colegiados Gestores. A princípio, trago a experiência com o Colegiado Gestor do CTI, onde emergiu um instrumento de análise da atividade de trabalho. Depois com o Colegiado Materno Infantil, quando houve diversos encontros, inclusive com participação de membros da Secretaria de Saúde e consultores do Ministério da Saúde, para analisar os indicadores do Programa Rede Cegonha e como instituir novos processos de trabalho visando alcançar estes indicadores. Destaco a ampliação do diálogo e do poder de agir da equipe na construção de uma Rede de Saúde Pública Materno Infantil no Estado. Afirmo os indicadores de qualidade instituído pela Rede Cegonha como o indicador de contato pele a pele, que registra a quantidade de bebês que foram imediatamente para os braços da mãe após o nascimento. Em seguida, lembro de um intenso diálogo sobre um instrumento de identificação de paciente para ser colocado próximo aos leitos, com uma série de ícones de precaução do cuidado com o paciente e de segurança

do trabalhador. Destaco que estas experiências trazem evidências de que o Colegiado Gestor pode ser um dispositivo de desenvolvimento de recursos para ação nos locais de trabalho.

Uma oitava participante entra na conversa. Ela cita suas experiências com o Colegiado Gestor do Pronto Socorro, dizendo que lá se faz “uma chuva de ideias”.

Então pergunto o que seria uma “chuva de ideias”.

Ela afirma que é uma análise dos pontos fortes e das fraquezas do setor. Segundo ela, utilizam um instrumento da Gerência de Planejamento.

A sexta participante entra novamente no diálogo. Ela afirma que tem uma outra opinião sobre a atividade de trabalho do Colegiado. A partir de suas experiências na Pediatria ela afirma que o Colegiado possui a função da gestão dos processos de trabalho. Ele é dispositivo para colocar em análise o que afeta os processos de trabalho, como se promove novos processos de trabalho. Em suas experiências, o Colegiado passou a funcionar para colocar em análise a situação do trabalho do setor, algo mais situado, delimitado à autonomia do setor, “o que nós mesmos podemos fazer. Ao invés de ficar sentado chorando, o que é nosso e o que podemos fazer. Aí a gente começou a rever questões internas, aspectos bem detalhados das nossas atividades de trabalho como, por exemplo, a troca de lençóis dos leitos. “Aí a gente mapeou que precisávamos conversar com o gestor da hotelaria. É assim que a gente faz, visando sempre a gestão do trabalho.” Ela, ainda, destaca que Colegiado Gestor e chefia não se excluem. Para ela, os dois são importantes e a função da chefia é ser um representante do Colegiado Gestor nestas articulações, nestes diálogos com outros gestores, levando as sugestões e as solicitações do Colegiado do setor para outras instâncias da hierarquia, Gerentes, Superintendência e outras chefias.

A terceira participante entra novamente na conversa. Ela lembra que participou durante anos como membro do Colegiado do seu setor e que agora está como gestora. Fala que existem ainda algumas coisas que dificultam a atividade de trabalho do Colegiado. Para ela, ainda há uma dificuldade de entendimento de qual é a função da chefia. Principalmente quando a chefia sugere alguma melhoria nos processos de trabalho.

Imediatamente, a quinta participante entra no diálogo, dizendo que para o Colegiado se desenvolver, as sugestões de melhoria não podem desqualificar os

processos de trabalho em andamento e os próprios trabalhadores envolvidos na atividade de trabalho.

A terceira participante diz que seria interessante que, caso o trabalhador esteja insatisfeito com alguma coisa, que ele leve para o Colegiado, que ali é o local para tratar disto. “Antes de pedir para sair do setor, que ele fale no Colegiado e manifeste o que está incomodando, quais os motivos de descontentamento. Para a gente tratar ali no Colegiado.”

Uma nova participante entra na conversa. Ela afirma que o Colegiado Gestor precisava colocar em análise o que está enfraquecendo os trabalhadores, causando descontentamento e sofrimento entre eles e colocando em risco a sua saúde. Muitos trabalhadores não relatam o que causa o descontentamento e preferem solicitar a mudança de setor por motivos de sofrimento e de saúde. Os motivos de solicitação de mudança de setor têm chegado pela via do Setor de Saúde do Trabalhador.

Ela lembra uma experiência vivida quando sua equipe queria instituir um novo processo de trabalho. Depois de alguns impedimentos da atividade de trabalho, decidiram levar a proposta para o Colegiado, que reunia diversas categorias profissionais. Segundo ela, após apresentarem a proposta, um participante do Colegiado Gestor falou “eu é que não vou impedir isto. O que vocês estão sugerindo é uma atividade de trabalho específica de vocês, da sua categoria profissional.” Então pactuaram o novo processo de trabalho.

Pergunto se isto fortaleceu os trabalhadores e trabalhadoras do setor.

Ela fala que sim. Mas depois diz que não pode afirmar pelos demais colegas.

Afirma que foi bom, que o tema surgiu a partir de uma queixa, e que ninguém queria realizar uma atividade de trabalho específica. Ao dialogar sobre a atividade de trabalho conseguiram pactuar um novo processo de trabalho.

A segunda participante entra novamente na conversa. Ela afirma que isto é interessante, uma vez que o Colegiado Gestor como dispositivo da PNH chegou pela via da Saúde do Trabalhador e da Educação Permanente, pelo Departamento de Psicologia, principalmente, pela professora Beth Barros.

Em seguida, uma décima participante fala de suas experiências com o Colegiado Gestor de sua Unidade. Ela afirma que funciona, que possui reuniões frequentes, mas que ele só ocorre com a participação da chefia. De acordo com ela, agora o Colegiado Gestor está mais atuante, os trabalhadores estão mais

participantes e o chefe da Unidade percebeu, isto é, está utilizando mais o Colegiado como dispositivo de gestão do trabalho.

Pergunto quais praticas geram este efeito? O que gerou esta transformação?

Ela acredita que os trabalhadores viram no Colegiado uma oportunidade de instituir suas sugestões. Segundo ela, os trabalhadores elegem temas, antes de levar ao Colegiado. Eles dialogam antes e assim se fortalecem para que durante a atividade de trabalho do Colegiado Gestor eles consigam pactuar suas ideias.

Risos.

A quinta participante, entra na conversa sugerindo que este vídeo seja levado aos gerentes e à superintendência. Ela acredita que ao levá-lo, eles poderão ver que “olha, este é um dispositivo potente, mas alguns trabalhadores estão afirmando que não têm coragem de fala. E eles talvez nem saibam que este medo ocorra entre os trabalhadores.”

A sexta participante interrompe dizendo que precisa haver um movimento de base dos trabalhadores. “Para haver esta possibilidade, os trabalhadores precisam levar isto para cima.”

Afirmo que esta sugestão é interessante e que juntos podemos editar trechos da atividade para transformá-lo em um instrumento institucional.

Logo, a primeira participante, entra no diálogo novamente e fala que será importante apoiar alguns Colegiados que estão enfraquecidos. “Alguns só existem no papel. Alguns possuem pouca adesão dos trabalhadores. Em outros, o chefe só aparece porque seu nome consta como presidente do Colegiado. Porque se não ele deixa na “costa de alguém” para realizar as reuniões.” Ela sugere que as gerências e a superintendência fortaleçam os Colegiados. Para ela, a capacidade de liderar o grupo não é igual. “Por isso, é importante ir às unidades ajudando a ver quais potencialidades da Unidade, quais metas podem ser atingidas e como trabalhar para atingir estas metas, e como a gestão pode ajudar para a unidade alcançar estas metas.”

Perguntam ao apoiador se ele fará esta mesma atividade com os gestores. O apoiador fala que a princípio não, pois a proposta era registrar esta atividade na CTH. Contudo, o convite foi realizado a alguns gerentes, chefes de Setores que compõem o grupo da CTH.

Falam que seria interessante fazer uma Roda de Conversa deste mesmo jeito com os gestores. O apoiador responde que podemos fazer isto. Começam a dialogar

sobre como realizar esta atividade com os gestores. Sugerem na CTH. O apoiador sugere que continuem os diálogos. Que juntos possamos editar o material desta atividade e transformá-lo em um instrumento de ação.

### A Edição

Este foi o segundo encontro. Iniciamos a edição conversando sobre o modo de registro. Pactuamos que seria feito um registro do áudio da atividade de trabalho de edição. Ao invés de fazer um registro audiovisual, faríamos um registro do áudio apenas. Foi uma sugestão do apoiador para experimentar um novo modo de registro para verificar se favorecia as falas, visto que a câmera as vezes gera um efeito um pouco inibidor em algumas pessoas. Então, ficou pactuado que faríamos o registro apenas do áudio.

Ao ligarmos o gravador perguntaram quantos minutos haveria na versão final do vídeo. Afirmo que seria uma ótima pergunta para conversamos. E pergunto o que elas sugerem.

Isto disparou a atividade dialógica. E imediatamente perguntam qual a função do vídeo. Qual a função elas acreditam que deva ter? A princípio, falam que seria marcar a função do Colegiado Gestor como dispositivo de humanização. Depois, perguntam se ele teria a função de fazer um resgate histórico do Colegiado Gestor no HUCAM, ou a função pedagógica de fomentar a discussão.

Sugiro que sejam retomadas as lembranças de como emergiu a proposta de fazer o vídeo no primeiro encontro. Complemento dizendo que emergiu como uma proposta de se construir um instrumento audiovisual que destaque as potencialidades do Colegiado Gestor e quais as suas funções. Construir um instrumento de ação para a comunidade do HUCAM. Logo, pensar um vídeo de dez minutos, para que ele possa disparar novos diálogos sobre o Colegiado Gestor.

Peço que comecem a pensar em quais cenas vão entrar em primeiro plano, segundo plano, enfim um plano sequência do vídeo. No quadro de lousa desenhamos uma matriz com Cena I, Cena II, Cena III e Cena IV. Seriam quadros do filme, para guiar a edição. E que conversaríamos sobre isto. Ele então começa a passar a gravação completa da atividade. Sem cortes de edição.

Durante a exibição começaram a perceber que o vídeo era um pouco longo. O tempo de exibição, mais o tempo de análise e edição seria exaustivo. Além do mais as pessoas possuíam outros compromissos. Então sugerem um outro funcionamento para a atividade. Perguntam se haveria temas-títulos e legendas. Perguntam se eu poderia enviar o vídeo completo para elas e depois agendarmos um encontro para uma nova tentativa de edição. Assim, elas poderiam pensar em possível roteiro de edição.

Afirmo que isto é possível sim. E sugiro que possamos utilizar este momento, uns quarenta minutos para pensar em possíveis títulos- temas e legendas para guiar os cortes e a edição. A transição das cenas. A apresentação dos diálogos. Enfim, que seja uma síntese da atividade dialógica. Ele afirma que os títulos-temas, legendas são instrumentos semióticos, indicador de desenvolvimento, instrumentos de ação que guiam a análise, a percepção da experiência e um possível efeito no telespectador do vídeo. Funciona como um roteiro, um enredo para o público.

Deste modo começamos e conversar sobre possíveis títulos. Sugeriram: primeiro um resgate histórico dos Colegiados Gestores. Depois, sugerem que haja uma legenda “Desafios e Potencialidades” para trazer os diálogos que giram em torno deste tema. Em seguida, sugerem o protagonismo dos trabalhadores. Enfim, a função do Colegiado Gestor.

Foi o que conseguimos conversar nesta atividade, pois havia um treinamento da equipe de Enfermagem agendado no auditório e o nosso tempo já havia ultrapassado a escala de utilização do auditório. Estavam já na porta aguardando o fechamento da nossa atividade. Não foi o que esperávamos. Não houve uma análise das atividades de trabalho do primeiro encontro, quando realizamos uma Roda de Conversa sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores. A análise das falas, quais falas entrariam no vídeo, este debate, suas controvérsias iriam gerar dados interessantes para a pesquisa.

Portanto, concluímos a atividade com alguns acordos. O apoiador encaminharia o vídeo completo, sem cortes para elas. O apoiador utilizaria os títulos-temas sugeridos por elas para fazer uma edição do vídeo. E marcaríamos um último encontro para exibição do vídeo para a equipe e ajustes finais.

### Apresentação do vídeo editado

Houve um terceiro encontro para finalizar esta atividade de Restituição da pesquisa. Apresentei o material previamente editado. Depois da exibição houve um acordo que contemplava a proposta de transformar o vídeo em instrumento de ação para mobilizar novos diálogos sobre o Colegiado Gestor. Começamos a pensar em como utilizá-lo. Sugerem que seja apresentado a Superintendente e aos Gerentes. O apoiador sugere que seja feito um convite pela CTH aberto a toda a Comunidade do HUCAM e que possamos fazer um convite “*tete a tete*”, com a superintendente e demais gerentes. Ficou a definir possíveis datas e encerramos a atividade de pesquisa do doutorado agradecendo as contribuições.

## 7 CONCLUSÃO

Chegamos ao final deste estudo. Agora temos a oportunidade de realizar uma síntese dessa experiência, o que mais nos marcou e as possibilidades de novas pesquisas.

Em nossas experiências, apesar de visualizarmos uma força potencializadora do poder de agir no Colegiado Gestor, não há garantias que ela emerge. Precisamos cultivá-la. Porém, vimos nos recursos de ação sua evidência concreta.

O Colegiado Gestor é um dispositivo de gestão do trabalho, e pode se transformar em dispositivo de desenvolvimento do poder de agir, capaz de ampliar a análise do trabalho e a participação ativa dos trabalhadores.

Mas, para isso, será necessário a participação de todos. A atividade de trabalho –afetiva, prática e coletiva- precisa ser tratada como um bem precioso, fonte de desenvolvimento humano. Os diálogos sobre as possibilidades de ação, sobre o que é possível fazer diante das situações, por mais difíceis e urgentes que elas sejam, devem sempre retornar ao centro das conversas. Aí o Colegiado Gestor pode se transformar em um dispositivo de desenvolvimento, em uma fonte geradora de instrumentos de ação.

Iniciamos nosso estudo visando compreender como um Colegiado Gestor pode ampliar o diálogo sobre o trabalho, como ele pode ampliar a análise do trabalho, a participação ativa dos trabalhadores nos processos de gestão do trabalho e o poder de agir dos trabalhadores. Na Experiência I: quando um Colegiado Gestor se transforma em dispositivo de desenvolvimento, apareceram algumas pistas que indicam essa possibilidade. Foi possível construir um objetivo comum para o trabalho do Colegiado Gestor, ampliar o diálogo e a participação dos trabalhadores. A busca compartilhada por melhorias das condições de trabalho fez emergir planos de ação. Por último, nesta experiência, surgiu um instrumento de ação, uma matriz de análise e de registro da atividade de trabalho dos Colegiados Gestores.

O poder falar, o poder analisar o trabalho e o poder participar na gestão dos colegiados faz toda diferença. O fundamental é acreditar na potência da construção coletiva dos processos de trabalho. Cuidar dos espaços coletivos de diálogo no trabalho se constitui como um requisito indispensável nesse processo.

O apoio institucional de fomento dos espaços coletivos de análise do trabalho é uma atividade clínica e política. Se abrir ao diálogo não é uma tarefa fácil. Envolve compartilhamento das experiências e é fonte do desenvolvimento humano. Este

acúmulo de experiência é nossa maior riqueza, o maior patrimônio da humanidade. Para usufruir desta riqueza precisamos ampliar o diálogo. Por isso a importância de investir nossos esforços nos dispositivos que possam ampliar o diálogo no trabalho, fundamental para a democracia, para a saúde e para o desenvolvimento do poder de agir em situação de trabalho.

Apresentamos algumas cenas de experiências que mostram a relevância dos Colegiados Gestores como dispositivo de ampliação do diálogo no trabalho em um hospital universitário. Mas, destacamos que essas experiências nos indicam que não há garantias *a priori*.

Os colegiados no HUCAM viabilizaram o aquecimento de redes, como foi o caso da parceria com os gestores das secretarias de saúde. A experiência I, tornou isto visível, quando houve a mudança de andar de uma Unidade de Cuidado visando oferecer um melhor serviço para a população, e também, garantir melhores condições para os trabalhadores. O interessante nesta experiência foi ver que até o dimensionamento da utilização dos melhores equipamentos não foi definido em gabinetes, mas na Roda de Conversa do Colegiado Gestor. A definição de urgência foi dada pelos trabalhadores que evidenciaram a necessidade de mudar os rumos e a utilização dos equipamentos novos. A equipe de direção do hospital se fortaleceu no coletivo. Ela estava participando da atividade de trabalho do Colegiado com os trabalhadores. Em seu repertório de ação havia argumentos plausíveis para justificar a utilização dos novos equipamentos em outra unidade. Assim, legitimou uma proposta construída coletivamente com os trabalhadores.

Esta experiência traz, também, um detalhe importante: a função da chefia no Colegiado Gestor. Na Roda de Conversa sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores com a CTH este tema apareceu. Ora como dúvida a respeito da função da chefia no Colegiado Gestor, ora como afirmação de um modo de exercer a gestão do trabalho no Colegiado Gestor que potencializa o coletivo.

Na Roda de Conversa houve relatos de experiências que podem ajudar na construção da atividade de trabalho do gestor no Colegiado. Outras experiências foram trazidas pelos participantes da CTH. No exemplo relatado pela participante do Colegiado da Pediatria ficou evidente que a atividade de trabalho do gestor e do coletivo não se excluem, pelo contrário eles se complementam. Ela traz o exemplo

da atividade de troca de material de hotelaria, quando foi construída uma proposta coletiva e o gestor da unidade negociou com a Direção e com os outros setores.

Contudo, uma participante destacou que, a partir de suas experiências com diversos Colegiados Gestores ligados à Divisão do Cuidado, os gestores precisam entender a importância de levar as decisões ao coletivo e as analisarem conjuntamente, pois “os bônus e os ônus” serão de toda a equipe inclusive do gestor. Segundo ela, o gestor precisa entender que a sua palavra não pode ser a única e que ela não é a única voz do Colegiado Gestor. Assim, as responsabilidades podem ser compartilhadas e o trabalhador se sente pertencente e responsável pelo processo de melhorias do trabalho. Ela destacou, portanto, a importância do gestor se empenhar para solucionar as urgências trazidas pelos trabalhadores. Foi isso, segundo ela, que permitiu a transformação do Colegiado Gestor, de um lugar de queixa e lamentação para um lugar de construção de melhorias dos processos de trabalho, quando os trabalhadores começaram a participar ativamente com análises e sugestões.

Embora o gestor seja importante na consolidação do Colegiado Gestor, o protagonismo dos trabalhadores ainda é um desafio. Isto foi registrado por uma das participantes da Roda de Conversa sobre a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores. Ela inclusive destaca que em algumas ocasiões questionam se a CTH irá fiscalizar o funcionamento dos Colegiados Gestores. Mas afirma que a função da CTH não é fiscalizar os Colegiados Gestores, pois uma das principais diretrizes da PNH é da co-responsabilização, ou seja, do protagonismo dos trabalhadores nos processos de trabalho. Para ela a CTH, como equipe de Apoio Institucional, pode estar junto com os trabalhadores, mas não fiscalizar com intuito de vigiar e punir. Ela reconhece que ainda é um desafio convocar o trabalhador para ser protagonista neste processo de consolidação dos Colegiados Gestores como espaço ampliado de diálogo, democrático e de gestão compartilhada do trabalho.

Neste sentido, destacamos duas experiências nas quais houve uma transformação interessante do protagonismo dos trabalhadores no Colegiado Gestor. São as experiências citadas por participantes dos Colegiados Gestores da Unidade da Nefrologia e da Unidade Materno Infantil. Segundo relato das trabalhadoras, a equipe viu neste dispositivo uma oportunidade de transformarem os processos de trabalho. Elas se reúnem para elaborarem uma sugestão, a fundamentam com informações e análises, para, então, apresentarem nas reuniões

do Colegiado. Elas afirmam que isto ajudou aos demais colegas a acreditarem no Colegiado, o que aumentou a participação dos trabalhadores nas reuniões.

Já na Unidade Materno Infantil, houve um momento em que a equipe formou pequenos grupos para elaborarem novos processos de trabalho e apresentarem no Colegiado Gestor. Os grupos geralmente se reuniam na casa de alguns médicos, como relatado pela participante desta Unidade – Acompanhei, também, alguns desses momentos, quando estava ocorrendo diálogos frequentes sobre a Rede Cegonha, quando os temas escolhidos para estudo dos pequenos grupos eram os indicadores de humanização deste programa federal. Cada grupo se reuniu para elaborar um processo de trabalho visando um indicador específico.

Uma das participantes desta Unidade relata que eles se reuniam na casa de um médico, levavam artigos sobre o tema e ficavam estudando possibilidades de implementação de processos de trabalho, como por exemplo manter o bebê em contato com a mãe nos primeiros minutos de vida, pois a Rede Cegonha propõe como um dos seus indicadores de humanização no parto o indicador contato pele a pele mãe-bebê nos primeiros minutos de vida.

Se estes são exemplos de protagonismo dos trabalhadores, eles trazem, também, a importância da construção de objetivos comuns. Seja a busca por melhorias nos processos de trabalho, seja indicadores que unam as análises e os esforços, estas experiências nos mostram como é fundamental a busca da atividade real comum (Clot, 2010), uma atividade que é prática, dialógica e afetiva. Lançar luz ao que pode nos unir é uma atividade desafiadora para quem exerce o Apoio Institucional, uma atividade política e clínica, pois visa ampliar o poder de agir dos trabalhadores, visa ampliar o diálogo no trabalho, enfim, visa fazer do trabalho um operador de saúde e de desenvolvimento. E quando produzimos um comum, o diálogo pode se manter aquecido, os afetos mobilizados e o repertório de ação ampliado.

A experiência da pesquisa nos indicou a importância de práticas que ampliam o diálogo, que ampliam a participação ativa dos trabalhadores na gestão do trabalho e ampliar a democracia institucional.

Destacamos, ainda, que a atividade de trabalho dos Colegiados Gestores pode ser um dispositivo de desenvolvimento de recursos de ação para superar os riscos do trabalho.

Nesta trajetória de pesquisa um recurso de ação em particular chamou nossa atenção: os instrumentos semióticos, com imagens, desenhos e diagramas, que guiam as análises e as ações.

A partir dos estudos do doutorado foi possível afirmar a importância de mapear os instrumentos semióticos do trabalho que emergem nos Colegiados Gestores, pois são índices de desenvolvimento e ampliação do poder de agir dos trabalhadores. Uma Clínica do Trabalho voltada ao **design** de instrumentos semióticos pode mobilizar a atividade dialógica no trabalho. Estas duas linhas de análise do trabalho dos Colegiados Gestores – uma linha inspirada na Análise Institucional e uma outra linha de análise inspirada na Clínica da Atividade - não se excluem. Ao contrário, se complementam. As experiências trazidas neste estudo tornam visível a importância dessa articulação conceitual e metodológica na análise dos processos de trabalho em hospitais públicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO. **Riscos psicossociais e estresse no trabalho.** 2015, Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress> acessado em: janeiro de 2017.

ALTOÉ, S. (org). **René Lourau: Analista em tempo integral.** Hucitec, São Paulo, 2004.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida,** Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995, 2003.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Trabalho hospitalar e sofrimento psíquico.** São Paulo: [s.n.], 214 p. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo.Faculdade de Medicina, 1989.

BAKHTIN, M.M.. **Estética da criação verbal.** Trad. Paulo Bezerra. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Os gêneros do discurso.** In: BAKHTIN, M. Estética da criação verbal . Trad. Paulo Bezerra. 4ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 261-306.

BARBIER, Jean-Marie & DURAN, Marc. **Encyclopédie d' analyse des activiiteés.** Puf, Paris, 2014.

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. B.; ROZA, M. M. R. **O apoio institucional como análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral.** Ciências e Saúde Coletiva 16 (12): 4803-4814, 2011.

\_\_\_\_\_. **O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica.** Cadernos de Saúde Coletiva 20 (1): 93-101, 2012.

BARROS, M. E. B.; PASSOS, E. ; SILVA, A. E. . **Psicologia e análise da atividade docente.** Psicologia & Sociedade (Online), v. 26, p. 20-36, 2014.

BARROS, M.E.B.; MORSCHEL, A. **Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

BENATTI, M. C.; NISHIDE, V. M. **Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 13-20, 2000.

BENEDITO LEITE, F. **Mikhail Mikhailovich Bakhtin: breve biografia e alguns conceitos** Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras e Ciências Humanas – UNIGRANRIO, acessado em fevereiro de 2017

BENEVIDES, R.DE B. **Grupos: a afirmação de um simulacro**, Tese de doutorado, Puc-SP, São Paulo, 1994.

\_\_\_\_\_. **Mensagem em comemoração aos dez anos da PNH**. Washington Novembro de 2013. Acessado in:Redehumanizasus.net/tag/carta/acessado em 05/05/2018.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E.. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva (10), 3, São Paulo, pp. 561-571, 2005.

\_\_\_\_\_. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção** in: Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade Orgs. Eduardo Passos Virgínia Kastrup Liliana da Escóssia. Editora Sulinas, Porto Alegre, 2009.

\_\_\_\_\_. **A Instituição e sua borda**. Sem data. In: <https://app.uff.br/slab/uploads/texto2.pdf>. Acessado em:11/07/2018.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. Psicologia: Teoria e Pesquisa; 16 n.1: 71-9, 2000;

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set.1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 22 nov. 2013.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e do Emprego. Secretaria de Saúde e Segurança do trabalho. Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 dez. 1995. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA44A24704C6/p\\_19941229\\_25.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA44A24704C6/p_19941229_25.pdf)>. Acesso em 22 nov. 2013.

BRASIL. **Ministério da Previdência Social. Instrução Normativa nº 98, de 5 de dezembro de 2003**. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos-LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-DORT Disponível em: <<http://www.usp.br/drh/novo/legislacao/dou2003/mpasin98.html>> acessado em 22/04/2018.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde) Disponível em:

[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCita da+-PL+6626/2009](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCita da+-PL+6626/2009) Acessado in: 10/11/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos e indicadores de referência**. Brasília, Ed. Ministério da Saúde –, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do apoio institucional integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE**. Brasília (DF): MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS**. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. **Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica**. In: FIGUEIREDO, M. et al. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 91-114.

BRITO, J. **Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 141-144, 1997.

BRITO, J.; ATHAYDE, M. **Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade**. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 239-266, 2003.

BRITO, J.; ATHAYDE, M.; NEVES, M. Y. **Cadernos de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPb, 2003.

BRITO, Matheus de. Hans Ulrich Gumbrecht-Atmosfera, ambiência, Stimmung: sobre um potencial oculto da literatura. **Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, n. 45, p. 485-490, 2015.

Campos G.W.S. & Pereira Júnior N. **O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão.** Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908.

CAMPOS, G. W. de S., **A saúde pública e a defesa da vida.** São Paulo, Hucitec. 1991.

CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas.** In: CECILIO, L.C.O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4): 863-870, out-dez, 1998.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia.** São Paulo, Ed. HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para co-gestão e análise 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.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, 2011.

CARPENTIER-ROY, M.C. **“Plaisir et souffrance des infirmières au travail: l’empreinte de l’imaginaire féminin”.** In Reveu Prevenir: travail et santé mentale, nº 20, 1º semestre.

CESARINO, A. C. **Hospital-dia “A Casa”: conversando sobre dez anos de experiência.** In: LANCETTI. Antônio. (org.). *Saúde & Loucura nº1.* São Paulo: Hucitec, 1989.

CLOT, **L’affectivité em activité,** in: Marc Durand, Jean-Marie Barbier. *Encyclopédie d’analyse des activités.* Puf, Paris, 2017, p.877-909.

CLOT, Y. **Vygotski: a consciência como relação.** Psicologia & Sociedade, vol. 26, núm. 2, 2014, pp. 124-139, 2014

CLOT, Y **Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux,** *La Découverte,* coll. « Cahiers libres », Paris, p.111-187, 2010,

CLOT, Y. **A Função Psicológica do Trabalho.** Ed. Vozes, Petrópolis, 1999.

CLOT, Y. **Clinique de travail, clinique du réel**, Le journal des psychologues, nº 185, mars 2001.

CLOT, Y. **De Vygotski à Léontiev via Bakhtine**. in CLOT, Y. (dir.), Avec Vygotski, Paris, La Dispute / SNEDIT p. 165-185. 1999a.

CLOT, Y. **Ivar Oddone: os instrumentos de ação**. Les territoires du travail n3, Avril, Tradução Milton Athayde e Claudia Osório, 1999.

CLOT, Y. **Le travail sans l'homme ?** Paris, Éditions La Découverte. 1995

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Ed. Fabrefactum, Belo Horizonte, 2010.

COX, T.; GRIFFITHS, A. **The nature and measurement of work-related stress: theory and practice**. In: WILSON, J. R.; CORLETT, N. (Eds.). Evaluation of human work. 3rd. ed. London, UK: CRS Press, p. 553-571, 2005

DAMASCENO, C. G. **Dimensionamento de efetivos em Enfermagem: contribuições da análise ergonômica do trabalho**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ. 1998

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C.. **Ficção e realidade do trabalho operário**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 17(68):7-13, out./dez. 1989.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudos da psicopatologia do trabalho**. Editora: Oboré, São Paulo, 1987.

\_\_\_\_\_. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. ORG.Selma Lancman, Laerte Idal Sznelwar.Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

DELEUZE, G. **Dois regimes de loucos: textos e entrevistas (1975-1995)**. São Paulo: Editora 34, 2016.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**. Editora 34, São Paulo, 2011,1972.

DEVEREUX, G. **De l'angoisse a la methode dans les sciences du comportement**. Paris: Aubier, 1980.

DURAFFOURG, J. **Um robô o trabalho e os queijos algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho**, Trabalho & Educação, Belo Horizonte, v.22, n.2, p.37-50, mai./ago.

EIRADO, E. & PASSOS E. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador** in: Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção

de subjetividade Orgs. Eduardo Passos Virgínia Kastrup Liliana da Escóssia. Editora Sulinas, Porto Alegre, 2009.

ENGELS, F. **A dialética da natureza**, Ed. Pazze Terra, São Paulo, 1979.

FAVRET-SAADA, J. **Corps pour corps: enquête sur la sorcellerie dans le bocage**. Paris: Gallimard, 1981.

FISCHER, F. M. **Relevância dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 401-416, jun. 2012.

FERREIRA, J. P. **“A restituição de resultados como proposta de pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador: contribuições para a ampliação do poder de agir de profissionais de enfermagem de hospitais municipais do Rio de Janeiro.”** Tese de Doutorado, ENSP, Fiocruz, 2016.in: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20896/2/19.pdf> Acessado em 30/10/2019.

FLOR, R. C.; KIRCHHOF, A. L. C. **Uma prática educativa de sensibilização quanto à exposição a radiação ionizante com profissionais de saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, v. 59, n. 3, p. 274-278, 2006.

FOUCAULT, M. **Nietzsche, a genealogia e a história**. In Microfísica do poder. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **A hemeneutica do sujeito**. 2ªedição, Ed. Martins Fontes, são Paulo. 2006.

FRANÇA, M. **Uma comunidade dialógica de pesquisa**. São Paulo: Fapesp/Educ, 2007.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**., tradução de Carlos Nelson CoUTINHo, editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1978.

GUATTARI, F. **Caosmose: por um novo paradigma estético**, editora 34, São Paulo, 1992, p.182-203.

GUELAUD F. et al. **Pour une analyse des conditions de travail ouvrier dans 1'entreprise**. 1 vol., Armand Colin, Paris, 1975.

GUIMARÃES, L. A. M. **Fatores psicossociais de risco no trabalho**. In: FERREIRA, J. J. (Coord.). Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás. Goiania, Cir Gráfica, p.273-282, 2013.

GUMBRECHT, Hans Ulrich (2004). **Produção de presença**. Trad. Ana Isabel Soares. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio.

GUMBRECHT, Hans Ulrich (2012). **Atmosphere, mood, Stimmung: on a hidden potential of literature**. Stanford: Stanford University Press.

HOKERBERG, Y. H. M. et al. **O processo de construção de mapas de risco em um hospital público**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 503-513, 2006.

INSTITUTO SINDICAL DE TRABAJO AMBIENTE Y SALUD (ISTAS). **Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales: guía del delegado y delegada de prevención**. Barcelona: Paralelo Edición, 2006. Disponível em: <<http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=2616>> Acesso em: janeiro 2017.

Favret-Saada, J. **Les Mots, la Mort, les Sorts**. Gallimard, Paris, 1977.

\_\_\_\_\_. **Corps pour Corps**. Gallimard, Paris, 1981.

KUCHENBECKER, R. **O Modelo Operário Italiano trinta anos depois**. Saúde em Debate, Londrina, v. 36, p. 48-50, 1992.

LAINO, A. **Mudanças técnicas-científicas hospitalares, trabalho e sociedade: estudo de caso na Itália**: Niterói. EDUFF. 1996.

LAURELL, A.C., NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde; trabalho e desgaste operário**. Hucitec, São Paulo, 1989.

LEONTIEV, . **Artigo de introdução sobre o trabalho criativo de L. S. Vigotski**. Em: VYGOTSKI, L. Teoria e método em Psicologia. 3ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2004

LEPLAT, J.& HOC J.-M.,. **Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations**, Cahiers de psychologie cognitive, 3(1): 49-63. 1983

LEROUGE, L.**Risques psychosociaux au travail: étude comparée Espagne, France, Grèce, Italie, Portugal**. Paris: L'Harmattan, 2009.

LHUILIER, D. **Clínicas du travail**. Ed. Érès. Toulouse, 2006.

LIMA E SILVA; D. C.; PINTO, W. M. - **Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na Equipe de Enfermagem** Saúde Coletiva em Debate, V. 2(1), p. 62-29, 2012.

LISBOA, M. **As representações sociais do sofrimento e prazer das enfermeiras assistenciais no cotidiano de trabalho**. Tese de doutorado, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro, 1998.

LOURAU R. **René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

\_\_\_\_\_. **A Análise Institucional**. Petrópolis/RJ, Ed. Vozes, segunda edição revista, 1995.

\_\_\_\_\_. **“Campo socioanalítico”**. In: ALTOÉ, S. (org.). René Lourau: Analista em tempo integral. São Paulo: Hucitec, p. 224-145, 2004.

\_\_\_\_\_. **“Implicação e sobreimplicação”**. In: ALTOÉ, S. (org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, p. 186-198, 2004.

\_\_\_\_\_. **“Implicação: um novo paradigma”**. In: ALTOÉ, S. (org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, p. 246-258, 2004.

\_\_\_\_\_. **“Implicação-Transdução”**. In: ALTOÉ, S. (org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, p. 212-223, 2004.

\_\_\_\_\_. **L’écriture automatique. Les Cahiers de l’implication**. Revue d’analyse Institutionnelle, n. 2, 1998, 35-38

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Rio de Janeiro, Ed. Fundação Getulio Vargas, 1997.

MACHADO, J. H. M, **Processo de vigilância em saúde do trabalhador**. Cadernos de Saúde Pública, 13 supl. 2: 33-45, 1997.

MACHADO, J. H. M. & MINAYO-GOMEZ, C. Acidentes de trabalho: concepções e dados. Em Minayo, M. C., Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80, p. 117-142. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec – Abrasco. 1995

MARX, K.. **Manuscritos Econômico Filosóficos 1844**. Tradução e notas Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2004.

MATTOS, U.; FREITAS, N. **Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 251-258, 1994.

MATURANA, H. & VARELA, F. **A árvore do conhecimento**. Editorial Psy, Campinas, 1995.

MESQUITA, S. M. M; SANTOS, C.M DOS; MACHADO, L. DE S.; CARVALHO RAMOS, L.DE F; MACÊDO, K.B: **Ergonomia, Psicodinâmica e Riscos ECOS** | Estudos Contemporâneos da Subjetividade | Volume 6 | Número 1, 2015

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 521-532, 1997.

MIOSSEC, Y. **Les instruments psychosociaux de la santé au travail : Le cas des managers de proximité de l'industrie électrique**. These. Le CNAM, Paris, 2011.

MONCEAU **Implicação, sobreimplicação e implicação profissional**. Fractal Revista de Psicologia V. 20 n.1, p 19-26 jan/jun. Niterói, RJ 2008.

MONOD, H., LILLE, F. et all. **L'évaluation de la charge de travail**", in Arch. Mal. Prof., 37, Paris, p. 1-96, 1976.

MONTEIRO AL. **Os aspectos legais das tenossinovites**. In: CODO W., A. M.C.C.G. L.E.R.: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.

MORI, E. M.; SILVA, F. H.; BECK, F. L. **Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 13, supl. 1, p. 719-727, 2009.

MUNIZ, H.P. et al. **Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil**. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 38 (128): 280-291, 2013.

ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. **Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?** Paris: Éditions Sociales, 1981.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, P. T. R. **O sofrimento psíquico e o trabalho hospitalar: um estudo de caso realizado em hospital público no Pará**. Dissertação de Mestrado: CESTE/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

OMBREDANE A., FAVERGE J.-M.. **L'analyse du travail**. Paris, PUF. 1955

OSÓRIO DA SILVA, C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. 2002. 128 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

OSORIO DA SILVA, C. & OLIVEIRA, N. **Intervenções em Saúde do Trabalhador - Psicólogos numa Comissão de Saúde do Trabalhador num Hospital Geral Público no Rio de Janeiro.** Revista do Departamento de Psicologia – UFF, 11.1, p. 40-50, 1999.

OSORIO DA SILVA, C. **Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho.** Revista Informática e Educação: teoria e prática, vol. 13, nº 1, jan./jun, pp 41-49, 2010.

OSORIO DA SILVA, C. **A fotografia como uma marca do trabalho: um método que convoca o protagonismo do trabalhador na invenção de mundos.** In A. Zanella & J. Tittoni (Eds.), *Imagens no Pesquisar: Experimentações.* Porto Alegre, Dom Quixote Editora, 2011.

OSÓRIO DA SILVA, C. **Clínica da atividade e análise institucional. inflexões do transformar para compreender.** In: OSÓRIO DA SILVA, Claudia; ZAMBONI, Jésio; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Clínicas do trabalho e análise institucional.* Rio de Janeiro: Nova Aliança, p. 38-64, 2016.

OSÓRIO DA SILVA, C.& ZAMBONI, J. & BARROS, M. E. B. **Clínicas do Trabalho e Análise Institucional.** Ed. Nova Aliança, 2016.

PEIRCE, C. S. **Estudos coligidos.** Tradução: A. M. D'Oliveira. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei. Em A nau do tempo-rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura.** Rio de Janeiro, Imago, p. 29-46, 1993.

PEREIRA JUNIOR N., CAMPOS GWS. **Apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS):os dilemas da integração interfederativa e da cogestão.** Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:895-908.

PITTA, A. M. F.. **Trabalho Hospitalar e Sofrimento Psíquico.** Tese de Doutorado, São Paulo, Departamento de Medicina / USP, 1989.

PORTO, M. F. S. **Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar.** Cadernos de Saúde do Trabalhador, Kingraf, São Paulo, 2000.

REDINS, C.A.. **Escola de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo - 50 Anos de História.** 1. ed. Vitória: UFES, 2011. Acesso in: <https://damufes.webnode.com.br/galeriadefotos/hucam>.

REGO, M. P. da C. e M. de A.. **Trabalho Hospitalar e Saúde Mental - O Caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1993.

**Revista Comemorativa dos 50 anos do HUCAM: “Futuro se constrói com História”, maio de 2018, p.7-8.** Acessado em 05/08/2018.link

RIBEIRO, D.B. et al . **Reflexões sobre demandas atendidas pelo serviço social no Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador.** In: Encontro Nacional de Política Social, 5, 2010, Vitória. Anais do V Encontro Nacional de Política Social. Vitória: PPGPS, 2010. CD, anais, Mundo do Trabalho, Daniela Borges Ribeiro 2.

RODRIGUES, H.C. **À beira da brecha: uma história da Análise Institucional francesa nos anos 60.** In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.195-256, 2000.

RODRIGUES, H.B.C. **Do “arrependimento dos intelectuais” ao “triunfo da rosa”: análise institucional, Estado e direitos humanos.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 9, n.13, p. 89-108, jun. 2003.

RODRIGUES, H.C. **Análise Institucional francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções.** In: RODRIGUES, H.B.C.; ALTOÉ, S. (Org.). Análise institucional. Col. Saúde & Loucura, HUCITEC, São Paulo pp.115-164, 2004

RODRIGUES, H.C. **OS ANOS DE INVERNO DA ANÁLISE INSTITUCIONAL FRANCESA** Revista do Departamento de Psicologia - UFF, v. 18 - n. 2, p. 29-46, Jul./Dez. 2006.

ROUDINESCO, E. **HOMENAGEM A JEAN OURY**, Jornal Le Monde.fr | 16.05.2014, tradução de Tradução e resumo: Doutor Eliezer de Hollanda Cordeiro in: <<http://www.polbr.med.br/ano14/fran0514.php>>, Acessado em janeiro de 2017.

SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde.** Interface - Comunicação, Saúde e Educação., v.13, supl.1, p.603-613, 2009.

SANTOS, M. L. **A Produção científica (1997-1998) sobre sofrimento psíquico e trabalho hospitalar.** Cad Saúde Coletiva,; 8 (1): 71 – 88, 2000.

SANTOS, M. L. **O Trabalho dos anjos de Branco: um estudo em hospital geral público.** Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, COPPE/UFRJ, 1995.

SANTOS, P. R., **Tese: Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro.** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro: 2010. Acessado em fevereiro de 2017.

SILVA, C.D.L.; PINTO, W.M. **Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem.** Saúde Coletiva em Debate, Serra Talhada, v.2, n.1, p.62-29, dez. 2012.

SATO, L. **Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano.** Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Psicologia, PUC/SP, 1991.

\_\_\_\_\_. **As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, 1996.

SCHELLER, L. **Élaborer l'expérience du travail:activité dialogique et réféntielle dans la méthode des instructions au sosie.** Thèse pour le doctorat de psychologie. Paris: CNAM, 2003

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro, Editora UFRJ / Cortez Editora, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo.** Cortez Editora, São Paulo, 2011.

SKAMVETSAKIS, A. **Gestão compartilhada e humanização em saúde do trabalhador.** Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 157-165, 2006.

SCHWARTZ, Y. **A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes.** Trabalho & Educação, Minas Gerais, n. 7, p. 38-46, 2000.

SOUZA, K. R. et al. **O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 495-504, 2003

SPINOZA.B. **Ética.** Tradução Tadeu Tomaz. Ed. Autêntica, São Paulo, 2007.

VARELA, F.; ROSCH, E & THOMPSON, E. **A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana.** Instituto Piaget, Lisboa, 2003

VASCONCELOS, R.; LACOMBLEZ, M. **Redescubramo-nos na sua experiência: o desafio que nos lança Ivar Oddone.** Laboreal, Porto, v. 1, n. 1, p. 38-51, 2005. Disponível em: <[http://laboreal.up.pt/files/editions/2005\\_12/laboreal\\_2005\\_12\\_pt.pdf](http://laboreal.up.pt/files/editions/2005_12/laboreal_2005_12_pt.pdf)>. Acesso em: 4 set. 2013.

VOLOCHINOV, Valentin. **Marxismo e filosofia da linguagem – 14ª edição.** São Paulo: Editora Hucitec, 2010

VYGOTSKI, L. **O problema do método.** in: A formação social da mente. 7ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VYGOTSKI, L. **Obras Escogidas, V. III,** Ed. Aprendizaje Visor, Madri, 1995.

VYGOTSKI, **Obras Escogidas, V. V, Fundamentos de defectología.** Ed. Apredizages Visor, Madrid, 1995b

VYGOTSKI, L. **Psicologia da Arte,** São Paulo Martins Fontes, 1925, 1999.

VYGOTSKI, L. **Teoria e método em Psicologia.** 3ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2004

VYGOTSKI, L.S & LURIA, A.R **Estudos sobre a História do Comportamento: o macaco, o primitivo e a criança.** Porto Alegre Ed. Artes Médicas, 1993.

VYGOTSKY, L. **Formação Social da Mente,** Ed. Martins Fontes, SÃO Paulo, 1999.

ZOURABICHVILI, F. **Deleuze: uma filosofia do acontecimento.** Tradução de Luiz B. L. Orlandi Coleção Trans. Ed. 34, São Paulo, 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employers and worker representatives.** Geneva; 2008. (Protecting workers' Health Series, 9).

**ANEXOS**

**ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ HUCAM**

**Número do Parecer: 2.744.353**

**Situação do Parecer: Aprovado em 28 de junho de 2018.**

## ANEXO II – DIÁRIO DE CAMPO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO DE MORAES**  
**HUCAM**

Hospital  
Universitário  
Cassiano Antonio Moraes  
Hospital das Clínicas - UFMS

Colegiado Gestor  
e  
o fortalecimento das equipes



## Apresentação

- A Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção em saúde (HumanizaSUS) incentiva a implantação de Colegiados Gestores nos serviços de saúde como dispositivo de humanização, sendo um espaço coletivo e democrático, com função deliberativa, para ampliar o grau de comunicação entre equipe, gestores e usuários e assim aumentar a qualidade dos serviços de saúde, fundamentando-se nos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS: de universalidade, equidade, integralidade e resolutividade. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2007)

## Modelo de Referência em Humanização EBSERH

- Integração dos funcionários
- Gestão da comunicação
- Gestão do *feedback* interno

\* índices de monitoramento do *feedback* interno -  
Exemplo: frequência das reuniões de equipe,



TEMAS DE ANÁLISE	DISPOSITIVO	Planos de possibilidade e de ação PROCESSOS DE TRABALHO E Atividades	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS ALCANÇADOS
	Roda de Conversa sobre o Trabalho			

FONTE: SERAFIM B. Santos-Filho Avaliação e Humanização em Saúde – Aproximações Metodológicas, 2009. EDITORA UNIJUI

## INSTRUMENTO MONITORAMENTO DOS INDICADORES DE HUMANIZAÇÃO

- Instrumento construído pela CTH/HUCAM inspirado na Matriz de avaliação de ações e monitoramento de indicadores utilizado pela PNH, criado por Serafim Barbosa dos Santos-Filho (Médico Sanitarista de BH, Consultor do Ministério da Saúde);
- Análise do processos de trabalho e construção de planos de ação
- Envolve analisar os desafios e criar estratégias coletivas para superá-los.

# COMO FUNCIONA?

- Levantamento de experiências; de temas de análise , de prioridades para conversa, do que afeta a equipe, afetos tanto do que tem sido motivo de sofrimento quanto o que tem sido motivo de alegria, do que nos faz pensar ultimamente sobre o trabalho e que seria interessante/importante compartilharmos;
- Análise coletiva dos processos de trabalho com as equipes dos serviços;
- Construção Coletiva de planos de ação e de possibilidades
- Processos de decisão compartilhados;

TEMAS DE ANÁLISE  2014	DISPOSITIVO	PROCESSO DE TRABALHO (ATIVIDADES)	RESULTADOS E ESPERADOS (METAS)	RESULTADOS ALCANÇADOS (PRODUTOS)
Dieta e suspensão de dieta de pacientes para cirurgia	Roda de Conversa  Colegiado Gestor Clínica Cirúrgica e Setor de Nutrição	Prescrição médica e enfermagem  Registro em prontuário  Encaminhamento ao setor de Nutrição às 14:00 h  Escrita dos Pop's para institucionalizar o procedimento	Evitar a desnutrição durante o período de internação  Diminuir o sofrimento /stress pré-cirúrgico dos pacientes e familiares  Diminuir a pressão sobre os profissionais  Diminuir as queixas na Ouvidoria	Pesquisa para publicação em Revista Científica sobre dados monitorados pela equipe de Nutrição

# ROTEIRO

- Reuniões regulares
- Pauta definida (Ex: funcionamento do setor, casos de alta complexidade, com prioridade definida, informes, construção de indicadores para monitoramento e pesquisas)
- Elaboração de propostas , pactuações e as práticas deliberadas registradas em Ata.
- Que o grupo ultrapasse a queixa pela queixa, e busque elaborar propostas de ação, modos de agir, de funcionar,...ultrapassando a culpabilização, construindo a cumplicidade, elaborando novos modos de funcionamento, pactuando com as boas práticas de saúde tecnicamente testadas e aprovadas e as deliberando oficialmente.
- Nomeação de membros do colegiado e Regimento interno

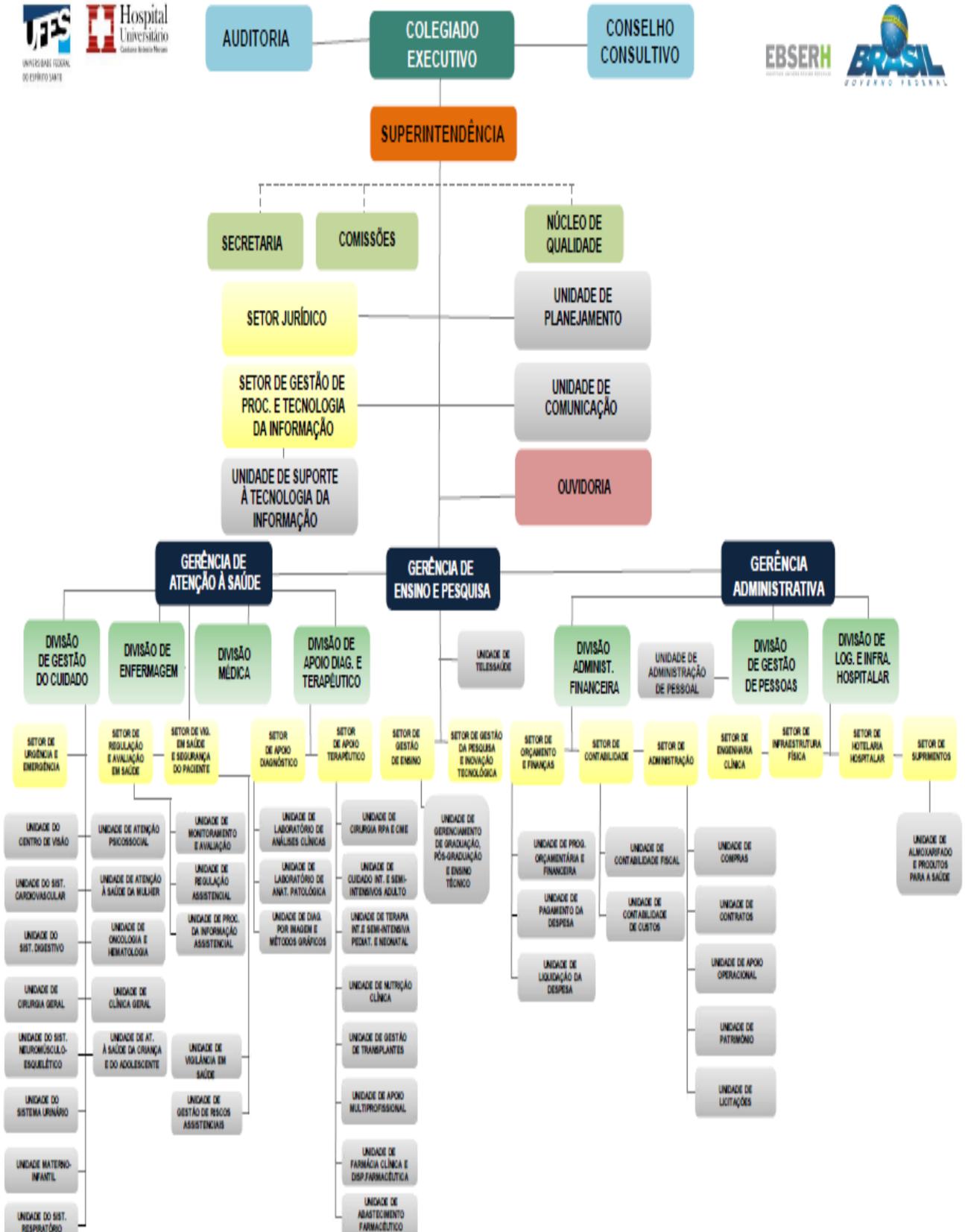
“...quanto mais se é criativo, sensível e comprometido com uma escuta e olhar qualificados, mais situações, “indicadores” de humanização, podem ser criados e sistematizados, emergindo desses movimentos-processos.”

(Benevides de Barros, R. e Barbosa Santos-Filho, S.,2010)

## REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

- BENEVIDES de Barros, R. e BARBOSA SANTOS-FILHO, S., **A câmara Técnica de Humanização como dispositivo de co-gestão**, Ed. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos e indicadores de referência**. Brasília, Ed. Ministério da Saúde –, 2006.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE . **Gestão participativa e cogestão / Ministério da saúde, secretaria de atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.. – Brasília : Ministério da saúde, 2009.

**ANEXO III – ORGANOGRAMA DO HUCAM 2018**



## ANEXO IV – INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

  **EBSERH**  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MARANHÃO

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Previsão de Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

**Equipe de Referência:**

Nome do Profissional:	Função:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Meta multidisciplinar de Cuidado / Data: \_\_\_\_\_

PONTOS DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTOS
<b>Alergia</b> <input type="checkbox"/>	 <b>EXAMES</b> <input type="checkbox"/>
<b>Risco de broncoaspiração</b> <input type="checkbox"/>	 <b>CIRURGIA</b> <input type="checkbox"/>
<b>Risco de queda</b> <input type="checkbox"/>	 <b>JEJUM</b> <input type="checkbox"/>
<b>Risco de flebite</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Risco de lesão por pressão</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Trombose Venosa Profunda</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Sepse</b> <input type="checkbox"/>	

**PRECAUÇÃO**

CONTATO	AEROSSÓIS	GOTÍCULAS
   	   	 

Instrumento construído pela equipe do Hospital Universitário do Maranhão .

**UFES** UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
**EBSERH** Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Data Intern.: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_

Medicância  2/2h  4/4h

RISCOS		
QUEDA	EXTUBAÇÃO	PERDA SONDA
ALERGIA	FLEBITE	LESÃO POR PRESSÃO MODERADO

12  
10  
8  
6  
4  
2

DECUBITO DORSAL  
DECUBITO DIRETO  
DECUBITO ESQUERDO  
DECUBITO ESQUERDO  
DECUBITO DIRETO  
DECUBITO DORSAL

**Hospital Universitário**  
Gasolina Antônio Neves

**Precaução**

Padrão

Um caso de contato com sangue ou secreções

Use máscara  
Use óculos  
Use avental  
Use luvas  
Use máscara  
Use óculos  
Use avental  
Use luvas  
Use máscara  
Use óculos  
Use avental  
Use luvas

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instrumento construído pela equipe do HUCAM.

## ANEXO V – CARIMBO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO

Preencher carimbo

PROTOCOLO SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO (SR):	
SR ou tratamento para TB	( ) Sim ( ) Não
Tempo de tosse/tratamento TB: ____ semanas	
Sintomas sugestivos de TB	( ) Sim ( ) Não
Imagem sugestiva de TB	( ) Sim ( ) Não
Escarro positivo	( ) Sim ( ) Não

Instrumento construído pela equipe do HUCAM.

## ANEXO VI

**Média Complexidade Ambulatorial**

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Média Quant/mês
01 - Ações de Promoção e prevenção em saúde	01 - Ações Coletivas/individuais em saúde	01 - Educação em Saúde	26
		04 - Alimentação e Nutrição - Coleta Externa de Leite Materno - Por Doadora	235
		04 - Alimentação e Nutrição - Pasteurização do Leite Humano (Cada 5 litros)	30
02 - Procedimentos com finalidade diagnóstica	01- Coleta de material	01 - Biopsia	150
	02 - Diagnóstico em laboratório clínico	01 - Bioquímicos - Determinação de creatinina no leite humano ordenhado	414
		01 - Bioquímicos - Acidez Titulável no Leite Humano (DORNIC)	419
		01 - Bioquímicos	22.000
		02 - Hematológicos e Hemostasia	3.899
		03 - Exames Sorológicos e Imunológicos	3.902
		04 - Coprológicos	71
		05 - Uroanálise	1.358
		06 - Hormonais	2.245
		07 - Toxicológicos ou Monitorização Terapêutica	2
		08 - Microbiológicos - Cultura do Leite Humano	373
		08 - Microbiológicos - Prova Confirmatória da Presença de Micro-Organismos Coliformes	17
		08 - Microbiológicos	310
	09 - Exames em outros líquidos biológicos	45	
	10 - Exame de Genética	1	
	12 - Imunohematológico	70	
	03 - Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	01 - Citopatológico	225
		01 - Citopatológico- Rastreamento	340
		02 - Anatomo-patológico	1.152
	04 - Diagnóstico por radiologia	01 - Cabeça e pescoço	20
02 - Coluna Vertebral		115	
03 - Tórax Mediastino		191	
03- Mamografia 0204030030		15	
03-Mamografia Bilateral p/ Rastreamento		535	
04 -Cintura escapular e Membros Superiores		77	
05 - Abdomen e Pelve		50	
06 - Cintura Pelvica e Membros Inferiores		90	
01,02,03,04,05,06 - Raio x contrastado	75		

	05 - Diagnóstico por Ultrassonografia	01 - Ultrassonografia Sistema Circ (Ecodopler Transtorácico)	172	
		01- Ultrassonografia Sistema Circ(qualquer região anat) - Doppler	361	
		02 - Ultra-sonografia dos demais Sistemas	730	
	09- Diagnóstico por Endoscopia	01 - Esofagogastroduodenoscopia (endoscopia digestiva alta)	210	
		01 - Colonoscopia (coloscopia)	47	
		01 - Retossigmoidoscopia	110	
		02 - Aparelho Urinário	18	
	11- Métodos Diagnósticos em Especialidades	04 - Aparelho respiratório	54	
		02 - Diagnose em Cardiologia (ECG)	350	
		02- Diagnose em Cardiologia (teste Ergometrico)	50	
		04- Diagnose em Ginecologia/Obstetrícia	27	
		05 - Diagnóstico em neurologia	3	
		06 - Diagnose em Oftalmologia	5.500	
		07- Diagnose em Otorrinolaringologia/Fonoaudiologia	152	
	12 - Diagnóstico e Procedimentos Especiais em Hemoterapia	08 - Diagnose em Pneumologia	185	
		09 - Urologia	3	
	14 - Diagnóstico por teste rápido	01- Exame do Doador/Receptor	19	
		02- Procedimentos especiais em hemoterápica	15	
	03 - Procedimentos clínicos	01 - Consultas / atendimentos / acompanhamentos	01 - Teste realizado fora da estrutura de laboratório	4
			Consulta Médica em Saúde do Trabalhador 0301010056	100
01 - Consulta Médica Especializada - 0301010072			14.500	
01 - Consulta Outros profissionais de nível superior 0301010048			2.800	
02-Atendimento/Acompanhamento em saúde do trabalhador			12	
04- Outros atendimentos realizados por profissionais de nivel sup			36	
04 - Atendimento Multiprofissional para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual - 0301040052			15	
06 - Atendimento com Classificação de Risco - 0301060118			530	
06 - Atendimento médico em unidade de Pronto Atendimento e atendimento de urgência em atenção especializada			764	
07- Atendimento/accompanhamento em Reabilitação Física, visual e múltiplas deficiências			40	

	10 - Administração de medicamentos, inalação/nebulização e retirada de pontos de cirurgias básicas	943	
02- Fisioterapia	01- Assistência Fisioterapeutica em alterações obstrébricas	12	
	02- Assistência em Fisioterapia em alterações oncológicas	1	
	05- Assistência fisioterap disfunç musc esqu	240	
	06-Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia	100	
03- Tratamentos Clínicos (outras especialidades)	02- Trat doen sang.org hematop, alg transt in	534	
	07- Trat de doenc do aparelho digestivo	7	
	08- Trat de doenc da pele e do tecido subcu	15	
	09- Trat de doenc sistosteomusc e tec conjur	23	
06- Hemoterapia	02- Medicina Transfusional	11	
09 - Terapias especializadas	03 - Terapia do aparelho geniturinário	6	
	05- Práticas integrativas e complementares	50	
04 - Procedimentos Cirúrgicos	01 - Pequena cirurgia e cirurgia de pele, tecido subcutaneo e mucosa	01 - Pequenas Cirurgias	80
	03-Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	05 - Tratamento neurocirúrgico da dor funcional	21
	04- Cirurgias vias aéreas superiores cabeça e pescoço	01- Cirurgia das Vias aéreas superiores e do pescoço	1
	05- Cirurgia da Visão	01- Palpebras e vias lacrimais	10
		03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera (outras injeções)	30
		03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera - Injeção Intra-vítreo (Avastin e Lucentis)	200
		04- Cavidade orbitária e ocular	2
		05 - Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris, Corpo Ciliar e Cristalino	91
	06- Cirurgia do Aparelho Circulatório	02- Cirurgia Vascular	1
	07- Cirurgia do Aparelho digest anexos	01 - Esofago,estomago, e duodeno	23
		02 - Intestino, reto e anus	10
		04 - Parede e cavidade abdominal	23
	09-Cirurgia do aparelho geniturinário	01- Rim, ureter e bexiga	36
		02- Uretra	1
04 - Bolsa escrotal, testículos e cor		6	
05 - Penis		1	
06- Utero e anexos		7	

	07- Vagina, Vulva, Períneo	2
10 Cirurgia de Mama	01- Mama	1
12- Cirurgia Torácica	05-Pulmão	1
17- Anestesiologia	01 - Anestesia	305
<b>TOTAL</b>		<b>68.053</b>

## Média Complexidade Ambulatorial

Grupo	Subgrupo	Forma Organizacional	Média Quant/mês	
02- Procedimentos c/ finalidade diagnóstica	01- Coleta de material	01- Coleta material por meio de punção/biopsia	1	
	09- Diagnóstico por endoscopia	04- Aparelho respiratório	3	
03- Procedimentos Clínicos	03 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)	01 - Tratamento de doenças infecciosas e parasitárias	65	
		02- Trat doen sang, org hematop, alg transt imun	5	
		03 - Tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	4	
		04 - Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico	9	
		06- Tratamento de doenças cardiovasculares	39	
		07- Tratamento de doenças do aparelho digestivo	55	
		08 - Tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	
		09 - Tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido	2	
		10- Tratamento durante a Gestaçã, parto e puerpério	17	
		14 - Tratamento de doenças do ouvido, apófise mastóide e vias aéreas	30	
		15- Trat das doenç do aparelho geniturinário	21	
		16- Tratamento de algumas afecções originadas no período neonatal	26	
		04 - Tratamento em Oncologia	10- Gerais em Oncologia	20
		05- Tratamento em Nefrologia	01- Tratamento Dialítico	9
02 - Tratamento em Nefrologia em Geral	19			
08- Tratamento lesões envenen e outras decorr causas extern	04- Complicações consequentes a procedimentos em saude	1		
10 Parto e Nascimento	01- Parto e nascimento	40		
04 - Procedimentos Cirúrgicos	01- Pequenas cirurgias e cirurg pele tec subcut	02 - Cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	30	

02- Cirurgia de Glândulas endócrinas	01- Cirurgia de tireóide e paratireóide	4
03 - Cirurgia do Sistema nervoso central e periférico	05- Tratamento neurocirúrgico da dor funcional	1
04 - Cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço	01 - Cirurgias de vias aéreas superiores e do pescoço	12
	02 - Cirurgia da face e do sistema estomatognático	1
	02 - Cirurgia da face e do sistema estomatognomático	1
	03 - Anomalia Crânio e bucomaxilo facial	1
05 - Cirurgia do aparelho da visão	01- Palpebras e vias lacrimais	1
	02- Músculos oculomotores	2
	03- Corpo vítreo, retina, coróide e esclera	3
	04- Cavidade orbitária e globo ocular	2
	05- - Conjuntiva, Cornea, Camara Anterior, Iris,Corpo Ciliar e Cristalino	2
06 - Cirurgia do aparelho circulatório	01 - Cirurgia cardiovascular	4
	02 - Cirurgia vascular	11
07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	01 - Esôfago, estômago e duodeno	1
	02 - Intestinos, reto e anus	22
	03 - Pancreas, baço, fígado e vias biliares	49
	04 - Parede e cavidade abdominal	40
08- Cirurgia do Sistema Osteomuscular	05 - Membros inferiores	1
	06- Gerais	1
09 - Cirurgia do aparelho geniturinario	01 - Rim, ureter e bexiga	14
	01- Litotripsia 0409010189	3
	02 - Uretra	8
	03 - Próstata, e vesícula seminal	10
	04 - Bolsa escrotal, testículos e cordão espermático	4
	05- Penis	9
	05 - Penis (amputação) 0409050016	1
	06- Utero e anexos	29
07- Vagina, Vulva e períneo	3	
10- Cirurgia de Mama	01- Mama	8
	04.10.01.009-0 - Plástica Mamária reconstrutiva pós-mastectomia com implante de prótese, Incluído Prótese Mamária de Silicone e Expansor Tecidual	6

	04.10.01.007-3 - Plástica Mamária feminina não estética + Prótese Mamária de Silicone (Mama Oposta - simetria) ou Lipoenxertia de Mama	9
	04.10.01.007-3 - Plástica Mamária feminina não estética (Reconstrução da placa aréolo mamilar)	1
11- Cirurgia Obstétrica	01- Parto	52
	02- Outras cirurgias relacionadas com o Estado gestacional	7
12- Cirurgia tórácica	02 - Mediastino	1
	03- Pleura	2
	04 - Parede torácica	2
	05- Pulmão	2
13- Cirurgia reparadora	04- Outras cirurgias plásticas/reparadora	2
15 - Outras cirurgias	01- Múltiplas	45
	04 - Procedimentos cirúrgicos gerais	7
<b>TOTAL</b>		<b>783</b>

## Alta Complexidade Ambulatorial

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>		<b>Média Quant/mês</b>
02- Procedimentos c/ finalidade diagnóstica	01- Coleta de material	01	Biópsia Percutanea Orientada por TC/USG/RM/Raio X	63
	04- Diagnóstico por Radiologia	06	Cintura Pelvica e Membros Inferiores -Densitometria Óssea	520
	05 - Diagnóstico por Ultrassonografia	01	Ultrassonografia Sistema Circ(qualquer região anat)	2
	06 - Diagnóstico por tomografia	01	Cabeça, Pescoço e Coluna vertebral	68
		02	Torax e Membros Superiores	64
		03	Abdomem, Pelve Membros inferiores	198
	07- Diagnóstico por Ressonância	01	RM da cabeça, pescoço e coluna vertebral - Angioressonância	124
		02	RM de Tórax e Membros Superiores	48
		03	RM do abdomen, pelve e membros inferiores	118
	10 - Diagnóstico por radiologia intervencionista	01	Angiografia, aortografia e arteriografia	7
11 - Métodos diagnósticos em especialidades	02	Cateterismo	100	
12 - Diagnóstico e procedimentos especiais hemoterapia	01	Exames do doador/receptor	9	
03 - Procedimentos Clínicos	04- Tratamento em Oncologia	02	Quimioterapia de Carcinoma do Fígado ou do Trato Biliar Avançado	8
		03	Quimioterapia p/ controle temporário de doença-adulto	104
		06	Quimioterapia curativa adulto	14
		07	Quimioterapia de tumores de criança e adolescente	3
		08	Quimioterapia procedimentos especiais	7
	06- Hemoterapia	02	Medicina transfusional	3
04- Procedimentos Cirúrgicos	05- Cirurgia do aparelho da visão	05	Conjtv, córnea, câm ant, íris, corp ciliar, cris	84
<b>TOTAL</b>				<b>1.544</b>

**Ações Estratégicas Ambulatorial**

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Média Quant/ mês</b>	
02- Procedimentos finalidade diagnóstica	11 - Métodos diagnósticos em especialidades	06 - Diagnóstico em Oftalmologia	021106028-3	Tomografia de Coerência Ótica	30	
		07 - Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoa udiologia	021107037-8	Avaliação e seleção pré- cirúrgica para implante coclear	12	
			021107038-6	Mapeamento e balanceamento dos eletrodos	24	
			021107039-4	Potencial evocado eletricamente no sistema auditivo	6	
			021107040-8	Reflexo estapediano eliciado eletricamente	6	
			021107041-6	Avaliação e seleção pré- cirúrgica para prótese auditiva ancorada no osso	1	
03 Procedimentos Clínicos	01- Consultas/aten dimentos/acom panhamentos	07 Atendimento/acompanha mento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências	030107017-2	Manutenção da prótese de implante coclear	10	
			030107018-0	Acompanhamento de paciente com prótese auditiva ancorada no osso	2	
			030107019-9	Acompanhamento de paciente com implante coclear	10	
	03 Tratamentos clínicos (outras	12- Atend/acomp diagn doenças endocr	13 - Acompanhamento em outras especialidades	030112005-6	Acompanhamento de Paciente Pós- cirurgia Bariátrica por Equipe Multiprofissional	50
				030113004-3	Acompanhamento no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatorio	150
				030113003-5	Acompanhamento no processo transexualizado exclusivamente para atendimento clínico	5
				030303009-7	Terapia hormonal no processo transexualizador	50

	especialidades)		030303008-9	Tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador
			030305023-3	Tratamento medicamentoso da doença de retina
	09- Terapias especializadas	07- Angiologia	030907001-5	Tratamento Esclerosante Não Estético de varizes dos Membros Inferiores (Unilateral)
			030907002-3	Tratamento Esclerosante Não Estético de varizes dos Membros Inferiores (Bilateral)
	01- Coleta exam doação órgãos tecidó celula transpl	08- Exames complement p/ pacientes transplantados	050108003-1	Dosagem de Ciclosporina (em paciente transplantado)
			050108004-0	Dosagem de sirolimo (em paciente transplantado)
			050108005-8	Dosagem de Tacrolimo (em paciente transplantado)
	03- Ações relac doação de órgãos tecidos células	01 - Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos para transplantes	050301001-4	Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos para transplantes
		03- Manutenção e retirada de órgãos	050303005-8	Retirada do Globo Ocular Uni / Bilateral (P/ Transplante)
		04- Ações complementares destinadas a transplantes	050304006-1	Entrevista Familiar para Doação de Tecidos de Doadores com Coração Parado
	04- Processamento de tecidos p/ transplante	01- Processamento de córnea/esclera	050401001-8	Contagem de Celulas Endoteliais da Cornea
			050401002-6	Processamento de Córnea/Esclera
			050401003-4	Separação e Avaliação Biomicroscópica da Córnea
	06- Acompanhamento e intercorrências pós transplante	01 - Acompanhamento de paciente pós-transplante	050601001-5	Acompanhamento de Paciente Pós Transplante de Córnea

			050601002-3	Acompanhamento de Paciente Pós-Transplante de Rim, Fígado, Coração, Pulmão, Células-Tronco Hemato	30
			050601003-1	Acompanhamento de Doador Vivo Pós-Doação de Fígado, Pulmão ou Rim	3
			050601004-0	Acompanhamento de Pacientes no Pré Transplante de Órgãos	2
			050601005-8	Avaliação do possível doador falecido de órgãos ou tecidos para transplantes	5
07- Órteses, próteses e materiais especiais	01 - Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	03 - OPM auditivas	070103033-0	Áudio Processador da Prótese Auditiva Ancorada no Osso	1
			070103034-8	Troca do processador de fala p/ implante coclear multicanal	4
		09 - Substituição/Troca em órteses/próteses	070109010-3	Substituição/Troca de Cabo de Conexão da Prótese de Implante Coclear	2
			070109011-1	Substituição/Troca do Compartimento/Gaveta de Baterias da Prótese de Implante Coclear	2
			070109012-0	Conserto do Compartimento/Gaveta de Baterias da Prótese de Implante Coclear	2
			070109013-8	Substituição/Troca da Antena da Prótese de Implante Coclear	2
			070109014-6	Conserto da Antena da Prótese de Implante Coclear	2
			070109015-4	Substituição/Troca das Baterias Recarregáveis da Prótese de Implante Coclear	2

			070109016-2	Substituição/Troca do Controle Remoto da Prótese de Implante Coclear	2
			070109017-0	Conserto do Controle Remoto da Prótese de Implante Coclear	2
			070109018-9	Substituição/Troca do Imã da Antena da Prótese de Implante Coclear	2
			070109019-7	Substituição/Troca do Carregador de Bateria Recarregável da Prótese de Implante Coclear	2
			070109020-0	Substituição/Troca do Gancho da Prótese de Implante Coclear	2
			070109021-9	Substituição/Troca do Gancho com Microfone da Prótese de Implante Coclear	2
			070109022-7	Substituição/Troca do Desumidificador da Prótese de Implante Coclear	2
			070109023-5	Conserto do Processador de Fala da Prótese de Implante Coclear	2
	02- Órteses próteses mat espec relac ato cirurg	12- OPM para transplantes	070212006-5	Líquido de Preservação para Transplante da Córnea (20 ML)	22
<b>TOTAL</b>					<b>777</b>

**Ações Estratégicas Hospitalar**

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Média Quant/mês</b>
03 - Procedimentos clínicos	03 - Tratamentos clínicos (outras especialidades)	07 - Tratamento de doenças do aparelho digestivo	1
04- Procedimentos cirúrgicos	04 - Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	01 - Cirurgia das vias aéreas superiores e do pescoço	2
	07 - Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	01 - Esôfago, estômago e duodeno	15
	10 - Cirurgia de mama	01 - Mama	1
	13 - Cirurgia Reparadora	04- Outras cirurgias plásticas/reparadoras	5
	15 - Outras cirurgias	01- Múltiplas	1
05- Transplantes de órgãos, tecidos e células	03 - Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	01 - Ações relacionadas a doação de órgãos e tecidos para transplante	1
	05 - Transplante de órgãos, tecidos e células	01- Transplante de tecidos e células	12
<b>TOTAL</b>			<b>38</b>

### Cirurgias Eletivas

<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Quant/ Mês</b>
04.09.06.013-5	Histerectomia total	10
04.09.06.019-4	Miomectomia	3
04.09.07.005-0	Colpoperineoplastia	2
04.09.06.023-2	Salpingectomia Unilateral e Bilateral	2
<b>TOTAL</b>		<b>17</b>

As cirurgias serão pagas com Recurso Federal - FA

<b>Grupo</b>	<b>Sub-Grupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Quant./ Mês</b>
04 - Procedimentos Cirúrgicos	06 - Cirurgia do Aparelho Circulatório	01 - Cirurgia Cardíaca (EXTRACÓRPOREA)	15
		01- Implante de Marcapasso	20

<b>Grupo</b>	<b>Sub-Grupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Procedimentos</b>
04 - F edimen tos cirurgicos	06 - Cirurgia do Aparelho Circulatório	04-Cirurgia Endovascular	Correção Endovascular de aneurisma /Dissecção da aorta abdominal
	09 - Cirurgia do aparelho geniturinário	05-Pênis	Redesignação Sexual Feminino e Masculino
		06-Útero e anexos	
	10 - Cirurgia de mama	01-Mama	
16 - Cirurgia em Oncologia	04-Esôfago-gastro duodenal e visceras anexas e outros órgãos e Tecidos		Quimioembolização

Grupo	Código	Procedimentos	Quant./ Mês
04 - Procedimentos Cirúrgicos	04.10.01.009-0	Plástica Mamária reconstrutiva pós- mastectomia com implante de prótese (incluído protese e expansor tecidual)	6
	04.10.01.007-3	Plástica Mamária feminina não estética + Prótese Mamária de Silicone - Mama Oposta - simetria de mama oposta ou Lipoenxertia de Mama	9
	04.10.01.007-3	Plástica Mamária feminina não estética (Reconstrução da placa aréolo mamilar)	1
	04.16.08.008-1	Reconstrução com retalho miocutâneo (qualquer parte) em oncologia (incluído prótese)	1

**Implante Coclear**

<b>Código</b>	<b>Descrição do Procedimento</b>	<b>QTD MÊS</b>
0301070172	Manutenção da prótese de implante coclear <sup>1</sup>	10
0701030348	Troca do processador de fala p/ implante coclear multicanal <sup>2</sup>	2

**Terapia Renal Substitutiva- Ambulatorial**

<b>Grupo</b>	<b>Subgrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>	<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Média Quant/mês</b>
03- Procedimentos Clínicos	05- Tratamento em Nefrologia	01- Hemodiálise/ Diálise	03.05.01.009-3	Hemodiálise (Máximo 1 Sessão por Semana - Excepcionalidade)	5
			03.05.01.010-7	Hemodiálise (Máximo 3 vezes por semana)	480
			03.05.01.011-5	Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIVe/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Máximo 3 meses)	90
			03.05.01.012-3	Hemodiálise em Paciente com Sorologia Positiva para HIVe/ou Hepatite B e/ou Hepatite C (Excepcional)	2
			03.05.01.016-6	Manutenção e Acompanhamento Domiciliar de Paciente submetido a DPA /DPAC	60
			03.05.01.018-2	Treinamento de Paciente submetido a Diálise Peritoneal - DPAC-DPA (9 DIAS)	2
			03.05.01.020-4	Hemodiálise Pediátrica (Máximo 04 Sessões por semana)	13
04- Procedimentos Cirúrgicos	18 - Cirurgias em nefrologia	01 - Acessos para diálise	04.18.01.001-3	Confecção de Fístula Artério-Venosa c/ Enxertia de Politetrafluoretileno (PTFE)	1
			04.18.01.003-0	Confecção de Fístula Artério-Venosa p/ Hemodiálise	3
			04.18.01.004-8	Implante de Cateter de Longa Permanência p/ Hemodiálise	4
			04.18.01.006-4	Implante de Cateter Duplo Lumen p/ Hemodiálise	5
			04.18.01.008-0	Implante de Cateter tipo Tenckhoff ou similar p/ DPA/DPAC	2
		02- Intervenção cirurgicas em acesso para diálise	04.18.02.001-9	Intervenção em Fístula Artério-Venosa	1
		04.18.02.002-7	Ligadura de Fístula Arterio-Venosa	1	

			04.18.02.003-5	Retirada de Cateter tipo Tenckhoff ou similar de longa permanência	1
07- Órteses, próteses e materiais especiais	02- Órteses próteses materiais espec relac ato cirurg	10 - OPM em nefrologia	07.02.10.001-3	Cateter de Longa Permanência para Hemodiálise	5
			07.02.10.002-1	Cateter p/ Subclávia Duplo Lumen p/ Hemodiálise	5
			07.02.10.003-0	Cateter tipo Tenckhoff / similar de longa permanência p/ DPI/DPAC/DPA	2
			07.02.10.004-8	Conj. Troca p/DPA (Paciente/mês c/ instalação domiciliar e manutenção da máquina cicladora)	60
			07.02.10.005-6	Conjunto de troca para paciente submetido a DPA (Paciente - 15 dias com instalação domiciliar e manu	2
			07.02.10.006-4	Conjunto de troca p/ paciente submetido a DPAC (paciente-mês) correspondente a 120 unidades	2
			07.02.10.007-2	Conjunto de Troca para Treinamento de Paciente submetido a DPA / DPAC (9 Dias) Correspondente a 36 U	2
			07.02.10.008-0	Conjunto de troca p/ paciente submetido a DPAC (Paciente/15 dias)	2
			07.02.10.009-9	Dilatador p/ Implante de Cateter Duplo Lumen	5
			07.02.10.010-2	Guia Metálico p/ Introdução de Cateter Duplo Lumen	5
<b>TOTAL</b>					<b>760</b>

<b>Grupo</b>	<b>SubGrupo</b>	<b>Forma Organizacional</b>		<b>Procedimentos</b>	
02- Procedimentos com finalidade diagnóstica	01 - Coleta de material	01	Coleta de material por meio de punção/biópsia	BIOPSIA DE RIM POR PUNCAO	
	S/C		S/C	Exame de Imunofluorescência	
	04 - Diagnóstico por Radiologia		Exames radiológicos contrastado	Raio X Contrastado Digital	
	11 - Métodos diagnósticos em especialidades	06		Diagnóstico em oftalmologia	Tomografia de Coerência Ótica - OCT (0211060283) *
					Tomografia de Coerência Ótica - OCT*
09- Diagnóstico por endoscopia		01	01- Aparelho Digestivo	Colangiopancreatografia retrograda - CPRE	
			01- Aparelho Digestivo (Ecoendoscopia)	Ecoendoscopia Digestiva	

<b>Procedimentos</b>	<b>Quant./ Mês</b>
Hemodialise pelo sistema genius	50
	<b>50</b>