

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA

**VIDA DE HOSPITAL:
a produção de uma metodologia
para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**

Autora: Claudia Osorio da Silva

Orientadores: Jorge Mesquita Huet Machado & Carlos Minayo-Gomez

Tese de Doutorado

Rio de Janeiro

Julho de 2002

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA

**VIDA DE HOSPITAL:
a produção de uma metodologia
para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**

Tese apresentada por Claudia Osorio da Silva, ao Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, para obtenção do Grau de Doutor, em Julho de 2002.

Banca Examinadora

Orientador:

Jorge Mesquita Huet Machado

Examinadores:

Cecília Maria Bouças Coimbra

Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Rosana Onocko Campos

Suely Ferreira Deslandes

Suplentes:

Lúcia Rotenberg

Regina Duarte Benevides de Barros

AGRADECIMENTOS

Manifesto meu agradecimento à todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

Dentre estes, destaco os que se seguem, mesmo sabendo que certamente estarei cometendo omissões e injustiças. Agradeço, de modo muito especial,

À Carlos, meu companheiro, por seu apoio carinhoso durante todo esse percurso.

À meus irmãos, Mauro, Sérgio e Rodrigo, ao meu sobrinho Yuri e às minhas cunhadas Clarice e Bete, pela compreensão com minha falta de tempo para a convivência familiar.

À meu sogro, Luiz, e à minha cunhada, Vera, pelo tempo que lhes roubei da convivência com Carlos e comigo.

Aos colegas de turma, em especial à Ana Lúcia Ferreira e à Lilian Koifman, pelo companheirismo que nos permite viver o doutorado de forma prazerosa. Aí se iniciaram amizades que espero que se prolonguem por toda nossa vida.

Aos amigos do Hospital e da Comissão de Saúde do Trabalhador, Ana, Gelson, Jorge, Rita, Sônia, Teresa e Welton, pelo incentivo e participação. Sem seu apoio cotidiano esse trabalho não teria sido realizado.

À todos os profissionais da Cardiologia do Hospital, em especial à Isaac, Lúcia e Manoel Maurício, por sua paciência e colaboração.

Aos profissionais do Hospital Cardoso Fontes, campo empírico de meus estudos de Mestrado, que ainda hoje influenciam os rumos do meu trabalho.

À amiga Angela Fernandes, pela leitura atenta dos originais, e por sua valiosa contribuição às minhas reflexões e à redação final do texto.

Ao Prof. Jorge Machado, grande amigo desde nossos tempos de atuação no Programa de Saúde do Trabalhador da SES/RJ, pelo incentivo permanente e pela orientação na produção desta Tese.

Ao Prof. Carlos Minayo-Gomez, pelo apoio firme e amigo que vem dando aos meus projetos desde os tempos de minha especialização em Saúde do Trabalhador e pela orientação na produção desta Tese.

Ao Laboratoire de Changement Social, da Universidade de Paris 7, e aos Profs. Vincent de Gaulejac, Engène Enriquez, Teresa Cristina Carreiro, que possibilitaram, de diversas maneiras, que meu estágio na França tenha sido tão proveitoso.

Ao Laboratoire de Psychologie du Travail, do CNAM, e ao Prof. Yves Clot, por seu acolhimento amigável e pelas ótimas aulas e discussões teóricas.

À amiga Malika Litim, que, tendo o mesmo campo empírico de pesquisa, o hospital, compartilhou comigo diversos momentos de meus estudos da Clínica da Atividade.

Aos novos amigos, brasileiros e franceses, que tornaram minha estadia na França, além de proveitosa, agradável e tranqüila.

Aos colegas do Departamento de Psicologia da UFF, pelo apoio integral que deram à realização deste Doutorado.

E ao Cnpq, que possibilitou minha ida à França para um período de estudos de um ano, usufruindo de uma bolsa sanduíche, sem a qual não teria chegado a este resultado.

Dedico esse trabalho aos meus alunos, antigos, atuais e futuros. Nossas trocas têm me animado ao trabalho duro e à aventura do pensar, dando a esta tarefa a faceta lúdica que todo trabalho deve ter. Desejo que este resultado os incentive também em seus percursos.

RESUMO

Esta tese tem como objeto o processo de produção de subjetividades no hospital. Ela é composta por três artigos, escritos em momentos diferentes e sucessivos do trabalho de pesquisa. A tese foi motivada pela necessidade de desenvolvermos um dispositivo de pesquisa que nos auxiliasse na ultrapassagem dos obstáculos de ordem metodológica encontrados em nossas pesquisas anteriores, apresentadas e discutidas no primeiro artigo, já publicado. Tais dificuldades referem-se à descrença do trabalhador de saúde frente às propostas trabalho conjunto e de desenvolvimento de pesquisas participativas, voltadas para o conhecimento e a transformação do trabalho hospitalar. Estas questões justificam o objetivo da tese: produzir uma metodologia que se constitua em uma ferramenta que nos possibilite assessorar os trabalhadores de saúde na sua busca de transformação das condições de trabalho hoje existentes, dando sustentação a desejos de mudança que hoje se expressam na forma de queixa, e ampliando o poder de ação destes trabalhadores. O segundo artigo relata o cotidiano de um serviço de cardiologia de um hospital público do Rio de Janeiro, ressaltando as relações que se estabelecem com a pesquisadora e seus impasses, no momento de instalação de uma pesquisa-intervenção. Analisando tais impasses, e as características do processo de trabalho no hospital, chegamos à proposta, apresentada no terceiro capítulo, de uma metodologia que permitirá o estabelecimento de colaborações em torno de problemas melhor delimitados. Os acidentes de trabalho são tomados como possíveis analisadores do processo de trabalho; propomos então uma metodologia de análise coletiva destes, que promoverá a prevenção de novos acidentes, mas também o desenvolvimento dos ofícios que compõem a rede de assistência ao doente no hospital.

Palavras-chave: processo de trabalho, subjetividade, pesquisa-intervenção, clínica da atividade.

ABSTRACT

This thesis has as object the process of production of subjectivities in the hospital. It is composed of three papers, written in different and successive moments of research. The thesis was motivated by the need of developing a research device to aid us in surpassing obstacles of methodological order found in our previous researches, presented and discussed in the first article, already published. Such difficulties refer to the disbelief of the health professional towards the joint work efforts proposed and in the development of participative researches, focused on knowledge and transformation of the hospital work. These matters justify the objective of the thesis: to produce a methodology that can be a tool to allow us to help the health professionals in their search of transformation of the present work conditions, helping change desires that today are expressed as complaints, and enlarging the power of these workers' action. The second article reports the daily routine of a cardiology service of a public hospital in Rio de Janeiro, pointing out the relationships that are established between the staff and the researcher and her drawbacks during the installation of an intervention-research. Analyzing such drawbacks, and the characteristics of the hospital work process, we came to the proposal, presented in the third chapter, of a methodology that will allow the establishment of collaborations around better-delimited problems. The work accidents are taken as possible analyzers of the work process; we propose a methodology of collective analysis of these accidents, that it will promote the prevention of new accidents and also the development of the occupations that compose the patient assistance-network in hospital.

Key-words: work process, subjectivity, intervention-research, clinics of the activity.

SUMÁRIO

	Pág.
1. Introdução.	01
A ampliação do poder de ação dos trabalhadores como meta.	01
A utopia: formar, no hospital público, profissionais capazes de atuar em equipe.	05
A caixa de ferramentas.	09
O acidente de trabalho como disparador da análise coletiva da atividade.	22
O mapa de um caminho com suas escolhas e hesitações.	24
2. A produção de conhecimento acerca das conexões entre subjetividade e trabalho no hospital – considerações acerca das experiências, tropeços e escolhas de uma pesquisadora.	32
Um pouco do <i>fora-texto</i> e outras considerações acerca da pesquisa já realizada.	33
Silêncios e segredos.	45
A vida, ou os modos de vida, como eixo de análise.	48
3. Vida de hospital: possibilidades e impedimentos no desenvolvimento de um ofício fragilizado.	53
Introdução.	55
As características do campo empírico e sua relação com a pesquisa proposta.	56
A Clínica da Atividade num hospital brasileiro.	58
A entrada no campo empírico e as relações pesquisador - sujeitos/objetos de pesquisa.	61
As enfermarias e a rede terapêutica.	63
A construção do grupo ampliado de pesquisa e seus limites.	71
A rede terapêutica e suas múltiplas conexões interrompidas.	79
A análise da instalação do estudo e os dispositivos para o desenvolvimento do ofício.	82
4. A análise dos acidentes de trabalho no hospital como meio de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde.	90
Introdução.	92

A ampliação do poder de ação dos pesquisadores e dos trabalhadores se entrecruzam.	94
Recriando cenas e renovando conceitos e experiências.	99
Atividade e subjetividade na análise do acidente.	102
Análise coletiva da rede de configuração do acidente.	106
Possibilidades e limites do método no hospital público brasileiro.	109
5. Conclusão.	117
Conclusões?	117
O processo de trabalho hospitalar.	120
Inconclusões!	124
Alguns comentários finais.	126

INTRODUÇÃO

Este conjunto de artigos é fruto de um trabalho que venho desenvolvendo no campo da Saúde do Trabalhador. Ele dá continuidade a estudos anteriores acerca do processo de trabalho no hospital e dos processos de produção de subjetividades a ele relacionados, em um percurso que tem possibilitado a formulação de algumas questões sobre o cotidiano do trabalho no hospital público no Brasil. E que, hoje, me leva a propor uma metodologia de intervenção que julgo adequada aos propósitos de conhecer e transformar o processo de trabalho hospitalar, favorecendo a construção do trabalho de equipe. Tal transformação é aqui considerada uma via de promoção da saúde, tanto dos que participam da rede de assistência na condição de doentes quanto daqueles que dela participam como profissionais.

Situado no campo empírico do hospital público brasileiro, ancorado na experiência cotidiana da atuação em serviço e da pesquisa-intervenção, este é um trabalho que está relacionado à construção do campo da Saúde do Trabalhador, em especial no que diz respeito à participação dos estudos da subjetividade na criação e recriação deste campo. Essa experiência alimenta também a construção do conhecimento acerca do processo de trabalho hospitalar, ainda pouco estudado entre nós, se comparamos essa produção com aquela relativa ao trabalho industrial.

A ampliação do poder de ação dos trabalhadores como meta.

A Saúde do Trabalhador no Brasil situa-se no domínio da Saúde Coletiva, recebendo contribuições de diferentes disciplinas, num caminho dito, por diversos autores, interdisciplinar e multiprofissional, em que se diferencia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997; Machado, 1997; Seligmann-Silva, 1994). Penso, no entanto, que, nessa via de permanente construção, podemos falar da Saúde do Trabalhador como um campo transdisciplinar, em que o entrecruzamento de diversas práticas produz um novo enfoque, cujos limites são necessariamente indefinidos, e que se mantém aberto para receber outras influências das disciplinas que o constituíram e de novas disciplinas.

A Saúde do Trabalhador se define, não enquanto uma disciplina homogênea, mas por metas e eixos de ação, dentre os quais temos a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho. Um outro eixo está na valorização das demandas e dos conhecimentos advindos da experiência, fazendo com que a participação dos trabalhadores seja considerada fecunda e indispensável. As investigações são feitas por “*etapas sucessivas de aproximação a um problema ou conjunto de problemas*” (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997: 26), considerando que o ambiente de trabalho comporta relações complexas e mutantes, não admitindo nunca a conclusão definitiva, a última palavra. A referência central para o estudo dos condicionantes da saúde-doença é o conceito marxista de processo de trabalho, que permite considerar a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997). De acordo com essa concepção, o processo de trabalho é, ao mesmo tempo, um processo técnico, social e econômico; os instrumentos de trabalho são o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico alcançado. Em cada situação concreta, o processo histórico determina um modo de trabalhar e, conseqüentemente, um padrão determinado de desgaste e de morbi-mortalidade (Laurell & Noriega, 1989; Cohn & Marsiglia, 1994).

Essa configuração pode ser observada a partir da década de 80, acompanhando o processo de democratização do país, com estudos orientados predominantemente para o trabalho industrial. Mais recentemente, com as inovações tecnológicas que vêm sendo introduzidas no mundo do trabalho, as exigências de qualidade e as novas formas de gestão e controle da força de trabalho, a atenção às conseqüências da organização do trabalho ganharam espaço. De acordo com Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997: 31), é neste segundo momento que os estudos relativos ao setor serviços, incluídas as pesquisas sobre os profissionais de saúde, foram iniciados.

Atualmente, a exploração no mundo do trabalho toma outros contornos, apresentando novas exigências quanto ao uso de capacidades criativas e adaptativas – subjetivas - da força de trabalho. A organização taylorista do trabalho interditava a singularidade dos trabalhadores; não podendo aboli-la, obrigava-os a defenderem a si próprios de qualquer iniciativa, colocando-os em

situação de sofrimento. Tomando as palavras de Yves Clot, autor de uma corrente francesa da psicologia do trabalho que muito contribuiu para minhas reflexões atuais, pode-se afirmar que, hoje, *“lá onde a iniciativa estava interdita, nós a vemos obrigatória sob a forma de uma solicitação sistemática da mobilização pessoal e coletiva. A prescrição da atividade se tornou prescrição da subjetividade”* (Clot, 1999: 6)¹. Características antes consideradas, pela visão dominante de homem, próprias do modo de ser de cada um, que com elas nascia ou não, são vistas atualmente como habilidades a serem treinadas e exigidas do mesmo modo, ou mesmo mais intensamente que a habilidade técnica. Ainda na descrição de Y. Clot, encontra-se hoje o que se segue:

“De um lado, uma real despreSCRIÇÃO operatória; do outro, uma prescrição temporal que nos parece uma tirania do imediatismo. A autonomia procedural progride sob constrangimento temporal. Segue-se uma possante autoprescrição cujos efeitos para a saúde física e psíquica ainda estão por ser avaliados. Há, em todo caso, uma completa mobilização da pessoa a quem se impõe a carga de conciliar o inconciliável: regularidade, velocidade, qualidade, segurança. A interiorização psíquica dos conflitos de critérios associados aos objetivos muito freqüentemente irrealizáveis conduz a novas formas de dissociação. E isso, em empresas ou organizações de prestação de serviços que acumulam, com muita freqüência, as falhas das burocracias tayloristas tradicionais e aquelas das organizações mercantis, delegando aos assalariados as decisões assumidas, no passado, pelas hierarquias.” (Clot, 1999: 7)

Eu não poderia descrever melhor o quadro atual do mundo do trabalho. No hospital, esta realidade, descrita por Clot, em que se exige do trabalhador que realize o irrealizável, pode ser observada de modo dramático.

Referindo-se ao campo das terapias e dos hospitais, Peter Pélibart (1993) analisa as diferentes temporalidades que se chocam no mundo de hoje:

¹ As traduções de originais franceses são de responsabilidade da autora.

a um tempo dominante que busca a anulação pela velocidade máxima, a instantaneidade, opõe-se o tempo lentificado dos hospitais. P. Pélbart se refere especialmente aos hospícios, mas o tempo lento é observado também, de forma menos dramática, no dia a dia dos doentes internados nas enfermarias dos hospitais gerais. Enquanto isso, para o trabalhador, o tempo corre. Nesta corrida para anular o tempo, as subjetividades são prescritas de modo a interditar a possibilidade de sonhar, de fazer projetos, de inventar novos caminhos: o trabalhador dos hospitais pesquisados nos diz milhares de vezes: "Não tenho tempo."

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil tem recebido aportes diversos no que diz respeito ao conhecimento das relações entre trabalho e subjetividade. Podem ser apontadas contribuições do modelo que emerge dos estudos do desgaste associado aos processos de trabalho, da psicologia do trabalho italiana, da psicodinâmica do trabalho, das teorias do estresse e dos estudos epidemiológicos em saúde mental.

Alguns desses estudos tomaram como campo empírico o hospital geral. Entre esses posso citar o de Ana Pita (1989), o de Marisa P. Rego (1993) e o de Mônica Santos (1995), como aqueles que mais contribuíram para minhas próprias reflexões, especialmente durante a produção de uma pesquisa anterior, que resultou em minha Dissertação de Mestrado (Osorio da Silva, 1994). Nestes estudos, o uso do conceito de sofrimento psíquico como ferramenta teórica permitiu contribuições à compreensão da relação que o trabalhador em saúde estabelece com seu trabalho, ampliando o enfoque para a equipe multiprofissional, as relações de poder e de solidariedade nesta equipe, e a importância da participação dos profissionais de saúde na organização do trabalho conjunto.

De modo geral, nestes estudos como em outros, a noção de sofrimento psíquico, ou de desgaste, frente aos constrangimentos impostos pelas condições de trabalho, é central. A luta pela saúde, a possibilidade do trabalho como fonte de prazer e de desenvolvimento, estão presentes mais como luta contra o sofrimento que como ampliação da capacidade de ação. Em nenhum deles a contribuição de autores que sublinham a importância de produzir caminhos para a ampliação do poder de ação dos trabalhadores e superação

das condições de produção deste sofrimento é explorada em todas as suas possibilidades.

Buscando uma linha de trabalho em que as possibilidades de vida, de uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho, componham o principal eixo norteador, encontrei uma de minhas referências atuais: a Clínica da Atividade. Nesta, a compreensão da relação entre o trabalho e subjetividade não é centrada na luta contra o sofrimento, mas na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver. A Clínica da Atividade retoma um caminho apontado, mas talvez pouco explorado², por Ivar Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981), de atenção às possibilidades de superação de impasses pelos próprios trabalhadores; por esta via dá-se um deslocamento do cientista da posição de protagonista da investigação e da produção de inovações, ficando a condução do processo em mãos operárias.

Mas, antes da discussão dos caminhos teóricos deste trabalho, apresento a escolha, implicada, do processo de trabalho hospitalar como tema central de meus estudos.

A utopia: formar, no hospital público, profissionais capazes de atuar em equipe.

A escolha que faço, do hospital público como campo empírico, dá continuidade aos estudos iniciados em 1990, gerando minha Dissertação de Mestrado, intitulada *Curar Adoecendo - um estudo em busca da saúde, da inventividade e da vida*, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, em março de 1994. Esta escolha é impulsionada por minha experiência pessoal: experiência vivida nos tempos de estagiária num grande hospital escola, na militância no sindicato dos psicólogos numa época em que atuava profissionalmente num hospital psiquiátrico da rede pública, e na luta pela saúde pública no Brasil. Em cada uma dessas situações observei, e lamentei, quão pouco o trabalhador de saúde participava da gestão de seu próprio trabalho, permanecendo alheio e declarando-se por vezes desinteressado, ou incapaz, de participar das decisões, numa aparente “servidão voluntária” (La Boétie, 1982). A “equipe”, o trabalho interdisciplinar e voltado para o benefício

² Adoto aqui o ponto de vista apresentado por Laurell & Noriega (1989: 90), acerca do trabalho de Oddone e suas inflexões numa conjuntura que passa a ser desfavorável à mobilização dos trabalhadores.

do doente, era pouco mais que uma ficção, num cotidiano atravessado por uma competição intensa. Movida pelos sentimentos suscitados por essas experiências, tomei o processo de trabalho e os processos de produção de subjetividades no hospital como objeto de pesquisa a partir de 1990. Neste momento, atuava no Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; minha análise dos processos de trabalho – o processo de trabalho hospitalar entre eles – estava marcada por minha inserção num serviço que: primeiro, tinha como função a vigilância dos ambientes de trabalho e das condições de saúde e segurança que estes ofereciam aos trabalhadores; e, segundo, comprometia-se com a construção coletiva de soluções.

Esse percurso constituiu e reforçou o propósito que hoje me coloco: o de contribuir para a produção de coletivos de trabalho em que a co-gestão, a interdisciplinariedade e a transdisciplinariedade sejam possíveis, em que trabalho e vida não sejam termos conflitantes e, por vezes, até mesmo antagônicos.

Nos corredores dos hospitais que têm sido nosso campo empírico o "trabalho de equipe" é referido com freqüência como a grande utopia, capaz de proporcionar melhores condições de trabalho aos profissionais do hospital. O sentido atribuído à essa expressão – trabalho de equipe - varia, mas têm sempre uma conotação de conjunto de práticas articuladas, em torno de metas comuns, possibilitando um certo grau de solidariedade no alcance dessas metas. Ao indicar como objetivo a construção de uma metodologia de intervenção que propicie a ampliação do poder de ação dos trabalhadores, assumo uma certa utopia do "trabalho de equipe": a do trabalho de equipe autônomo, inventivo, capaz de, coletivamente, potencializar seus recursos e encontrar formas de ultrapassar dificuldades.

Nos artigos que se seguem, ao referir-me ao núcleo de profissionais que atua no dia a dia dos serviços hospitalares, usei o adjetivo "multiprofissional", indicando um grupo composto por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, e outros profissionais representados com menor freqüência. Ora, porque multiprofissional e não interdisciplinar, ou mesmo transdisciplinar? Embora a expressão "equipe interdisciplinar" apareça muitas vezes como um refinamento da utopia da equipe, o que observamos não é uma prática

interdisciplinar, mas uma mera justaposição de saberes que tem como referente empírico os indicadores da saúde e da doença (Birman, 1980: 25), central na construção do saber médico, que detém a hegemonia. Frequentemente, a utopia da equipe, para os trabalhadores do hospital, conjuga a possibilidade de trabalho articulado e colaborativo com a preservação dos campos profissionais específicos. A idéia de interdisciplinariedade, de interpenetração de disciplinas, de superposição de áreas e flexibilização de limites, é estranha às discussões de caso numa enfermaria de hospital, onde a referência central é a especialidade médica que caracteriza cada serviço. Não querendo impor formas de organização, e sim propiciar encontros que possibilitem aos trabalhadores inventarem, eles próprios, novas solidariedades, propus "reuniões multiprofissionais": encontros de diferentes gêneros profissionais, cuja estilização poderá levar os profissionais de saúde a caminhos que ainda não estão traçados. A meta colocada levou-me a propor atividades em co-gestão, de modo a propiciar novas formas de articulação entre profissões e disciplinas, cujo alcance e resultados não conhecemos a priori.

Em um processo de trabalho capaz de produzir novas subjetividades certamente serão produzidas múltiplas formas de organização do trabalho: em algumas áreas ou situações, a interdisciplinariedade será a forma de solidariedade escolhida, dada as características técnicas do trabalho a ser desenvolvido, que exige a manutenção e aprofundamento das especificidades; em outras, como no caso da Saúde do Trabalhador, seremos impulsionados à transdisciplinariedade, a transgredir os limites da disciplinariedade e produzir um campo relações em que esses limites se movem, se interpenetram, criando uma nova área, demarcada apenas por eixos de ação, que admite o uso de múltiplas ferramentas teórico-técnicas em permanente transformação.

Essa utopia, contribuir para a construção de um trabalho solidário, em equipes atravessadas por diversos saberes, vem se colocando para mim desde muito tempo.

A partir de 1995 passei a atuar como docente do curso de Psicologia da UFF. No ano seguinte foi estabelecido um convênio entre o Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal Fluminense (UFF) e o Ministério da Saúde, para a realização de estágio de alunos de Psicologia, de graduação

e pós-graduação, em Saúde do Trabalhador, junto à Comissão de Saúde do Trabalhador (CST) de um hospital público da rede federal, situado na região central da cidade do Rio de Janeiro. O compromisso com um serviço, a CST, e com o ensino oferecido aos alunos de psicologia, irá marcar os rumos de minha atividade de pesquisa daí em diante. Em seguida, em 1998, ingressei no doutorado em saúde pública, sempre na área de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de dar maior consistência ao trabalho que já vinha realizando.

Estabelecer um projeto de pesquisa, por um caminho como esse, é fruto de uma escolha: articular a pesquisa e a produção de conhecimento com o propósito da formação de profissionais de saúde, em especial de psicólogos, capacitados a atuar na rede pública, desenvolvendo metodologias socialmente compromissadas. Tenho pensado a formação de psicólogos que venham a atuar na área de Saúde do Trabalhador ou em outras, como colaboração para a produção do trabalho em equipe e para a ampliação da participação do trabalhador na gestão do seu cotidiano. A partir de uma concepção de saúde como capacidade de luta, de recriação de normatividades adequadas às variações do meio (Canguilhem, 1990), a formação de psicólogos é vista como produção de sujeitos capazes de exercer esta variação normativa, que participarão na produção de outros sujeitos igualmente inventivos.

O Hospital escolhido apresenta-se como campo privilegiado para meus propósitos atuais, dado que desenvolve atividades voltadas para a saúde do trabalhador de saúde e desempenha importante papel na formação de profissionais dessa área. Pioneiro na implantação de um programa de residência médica, recebe hoje 80 residentes novos a cada ano, número que é acrescido dos residentes que permanecem para o segundo e terceiro ano de formação, de cerca de 100 internos de medicina, e de estagiários de níveis médio, de graduação e pós-graduação de diversas outras inserções. Dentre estes últimos, podemos citar: estagiários de enfermagem de nível médio e superior; estagiários de psicologia de graduação e pós-graduação; e estagiários de pós-graduação em saúde coletiva. O Hospital em questão conta também com uma estrutura de formação permanente de seu próprio pessoal, a saber: um centro de estudos atuante; um serviço de epidemiologia; um serviço de educação continuada, que tem como clientela o pessoal de enfermagem; e uma escola de enfermagem funcionando no espaço físico do Hospital. Os dois

primeiros desenvolvem e apoiam diversos projetos de pesquisa, tanto em clínica médica, quanto em epidemiologia e outras disciplinas ligadas à saúde.

Em meu período de Mestranda, já interessada nos processos de transformação do trabalho e de produção de subjetividades, me sensibilizavam a aparente cristalização das relações de trabalho no hospital e as dificuldades de construção de um trabalho em equipe, embora este fosse valorizado (talvez idealizado); por outro lado, deparei-me com a falta de instrumentos, de dispositivos de intervenção, de que pudesse lançar mão para assessorar os trabalhadores de saúde na superação dos impasses observados.

No início do Doutorado, uma pergunta central me mobilizava: como contribuir para a construção de equipes de saúde ampliadas, em que estejam incluídas diferentes concepções de tratamento, hoje presentes no cotidiano hospitalar, tornando esta heterogeneidade fonte de vitalidade e não de conflitos paralisantes? O hospital é hoje uma organização complexa, em que diversas categorias profissionais, especialidades, doentes e terapeutas se confrontam, nem sempre da forma mais solidária. Defini então como objetivo a construção de um dispositivo de intervenção, uma ferramenta disparadora da busca de modos de trabalhar em equipe. Dada minha implicação com a Saúde do Trabalhador, essa ferramenta deveria, ao mesmo tempo, responder a algumas das demandas que são rotineiramente apresentadas à CST do Hospital, tendo como noção de saúde aquela que nos remete à capacidade de inovação, de fabricação de soluções para o enfrentamento de velhas e novas situações.

A Saúde do Trabalhador pode ser considerada, a meu ver, uma transdisciplina, apresentando contribuições fecundas de diversas origens. Em minha trajetória sempre fui simpática ao “borramento” das barreiras disciplinares, resistente aos discursos de defesa das especificidades, seguidora da crítica de Marilena Chauí (1982) aos especialismos. Hoje desenvolvo um trabalho que, se, em parte, retoma a formação que tive em psicologia, no rumo da psicologia do trabalho, também se situa no veio da produção em Saúde do Trabalhador.

A caixa de ferramentas.

Neste momento tenho, então, como meta, colaborar na instrumentação dos trabalhadores de saúde, para que estes possam transformar suas próprias

condições de trabalho e de vida, propondo dispositivos de pesquisa e intervenção, que propiciem a produção de novas subjetividades.

O eixo central adotado, que sustenta ferramentas teóricas de diversas origens, é o da pesquisa-intervenção, proposta pela Análise Institucional francesa (Lourau, 1979; Lourau, 1993)³. Considero que todo processo de pesquisa intervém, participa da produção de uma realidade que não é jamais estática e acabada. Esta participação que o pesquisador tem, na produção da realidade que pesquisa, deve ser sempre analisada. Utilizando conceitos da Clínica da Atividade que serão definidos adiante, pode-se dizer que a pesquisa é um novo gênero profissional que se cruza com os já existentes no ambiente pesquisado, produzindo novas estilizações que realimentam o gênero profissional do ofício em análise (Clot, 2000: 31).

A proposição de me debruçar sobre as metodologias de pesquisa e intervenção, para atingir melhores condições de trabalho, vem, como dizia acima, de uma história que é pessoal e coletiva. Pelo lado conceitual, é uma história de engajamento num movimento que se inicia nas leituras da Análise Institucional, ainda como estagiária de psicologia num hospital escola; passa pela experiência em análise do trabalho, como parte de uma equipe de Vigilância em Saúde do Trabalhador; segue com a especialização e o mestrado nesta mesma área, onde conheci algo da história do movimento operário italiano em sua luta pela saúde (Berlinguer, 1983; Oddone, 1986; Laurell & Noriega, 1989) e do trabalho de I. Oddone (Oddone, 1986); já no Doutorado, tive a oportunidade de conhecer a produção de Y. Clot (2001; 1999; 1995), na França.

Tomando a apresentação que Y. Clot faz da história de sua própria equipe de pesquisa, na linha chamada Clínica da Atividade (Clot, 2001: 8), encontramos referências à I. Oddone; este, em seu trabalho junto aos operários da Fiat, teve o mérito e a originalidade de avaliar, acompanhado por

³ Para maiores esclarecimentos acerca da história da Análise Institucional e de suas propostas metodológicas, remetemos, além das obras do próprio Lourau, à Tese de doutorado de Regina Benevides de Barros, intitulada *Grupos: a afirmação de um simulacro* (1994). Benevides de Barros discute as relações existentes entre a pesquisa-ação e a pesquisa-intervenção, marcando diferenças que serão retomadas no Capítulo 1 desta Tese. Para um aprofundamento dos percursos da Análise Institucional de origem francesa no Brasil, remeto ao livro *Análise institucional no Brasil* (1991) e à Dissertação de Mestrado de Heliana Conde Rodrigues, *As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises* (1994).

outros pesquisadores, o impasse que a simples denúncia de condições de trabalho inaceitáveis produzia. Este autor se voltou para a pesquisa dos recursos dos próprios trabalhadores; recursos até então insuspeitados, de que estes poderiam lançar mão para a promoção e proteção de sua própria saúde. I. Oddone buscava meios de assessorar os coletivos de trabalho em sua tentativa de manter e ampliar seu raio de ação sobre o trabalho: buscava uma outra psicologia do trabalho que não a do especialista que trata ou aconselha (Oddone, Re & Briante, 1981). Sempre comentando sua inspiração em I. Oddone, Y. Clot analisa a proposta desse autor: *“trata-se de fazer uma outra psicologia do trabalho consagrando todos os esforços à busca de um só objetivo: aumentar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos. A tarefa consiste, então, em inventar ou reinventar os instrumentos desta ação, não mais protestando contra os constrangimentos, mas pela via de sua superação concreta”* (Clot, 2001 : 9). Tomo este objetivo como meu: construir formas de assessorar os trabalhadores da saúde, colaborando na sustentação do seu desejo de transformação das condições de trabalho no hospital. Este objetivo se torna tanto mais importante na medida em que acreditamos que esta transformação acarretará conseqüências positivas para a assistência prestada aos doentes por eles atendidos⁴. As formulações acerca do trabalho e dos processos de subjetivação pertinentes, encontradas na Clínica da Atividade⁵, me seduziram tanto por seu conteúdo próprio, que passou a fazer parte de minha caixa de ferramentas, quanto por retomar o trabalho de I. Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981), um autor que já vem sendo utilizado na Saúde do Trabalhador desenvolvida entre nós, brasileiros.

A Clínica da Atividade surgiu como uma linha da Psicologia do Trabalho, na década de 90, na França, com uma perspectiva histórico-psicológica que

⁴ Uma pesquisa canadense sobre o “burnout” entre enfermeiras (Leiter et al., 1998) indicou, entre outras conclusões, que os pacientes de unidades em que as enfermeiras encontram sentido em seu trabalho estão mais satisfeitos com o atendimento recebido que aqueles em que se observa maior incidência dessa síndrome.

⁵ Além das origens localizadas, não só em Oddone, mas na psicologia do trabalho (Lahy, principalmente) e na psicopatologia do trabalho (Le Guillant) (Clot & Litim, 2001), pode-se apontar nessa corrente uma busca de, com o recurso às obras de Vygotski, Leontiev e Bakhtine, ultrapassar a oposição que é freqüentemente colocada entre a psicologia clínica e a psicologia cognitiva (Clot, 1999a: 180).

assume sua filiação à escola russa de psicologia fundada por L. Vygotski⁶ (Clot, 1999: 3). Seu principal autor, Y. Clot, seguiu seus estudos de doutorado em Aix-en-Provence, orientado por Yves Schwartz, dentro dos conceitos da Ergologia e da Filosofia do Trabalho (Schwartz, 1998 e 2000). Posteriormente ingressou como docente no *Centre National des Arts et Métiers* (CNAM) de Paris, passando a compor a equipe do Laboratório de Psicologia do Trabalho, dirigido por Christophe Dejours (1999; 1997), onde formou um grupo de pesquisa. Podemos encontrar uma apresentação bastante completa do trabalho atual de Clot no livro *La fonction psychologique du travail*, publicado em Paris, em 1999. Neste livro, é apresentada uma discussão do trabalho e sua função psicológica: segundo esse ponto de vista, a atividade de trabalho favorece a inserção social, oferece ao trabalhador a possibilidade de descolar-se de si e dirigir-se ao outro, bem como à seu objeto, e de assim desenvolver-se como ser humano. A atividade de trabalho está referida a experiências e memórias coletivas que conformam um gênero profissional, renovado por uma permanente estilização. A referência a um gênero profissional forte permite, segundo a Clínica da Atividade, o uso da experiência para a renovação desse mesmo gênero. A atividade de trabalho implica escolhas, respostas a preocupações de diversas ordens; entre o trabalho prescrito e o trabalho real, conceitos oriundos da Ergonomia, há um caminho de confrontos provisoriamente solucionados, denominado o real da atividade. Os confrontos e soluções não são restritos aos indivíduos, fazem parte de um movimento que encontra recursos e limitações na referência ao gênero profissional em questão, e oportunidades de estilização no cruzamento entre os múltiplos gêneros aos quais os trabalhadores estão referidos.

Uma definição simples, e bastante clara, dos conceitos, de trabalho prescrito, ou tarefa, e trabalho real, ou atividade, pode ser encontrada em A. Ombredane & J. Faverge (1955): “*Devemos, desde o primeiro momento, distinguir duas perspectivas em análise do trabalho: aquela do Que e aquela do Como. O que existe para ser feito e como os trabalhadores em questão o fazem? De um lado a perspectiva das exigências da tarefa, e do outro lado,*

⁶ Encontrei, na bibliografia de que disponho, três grafias diferentes para o nome deste autor: Vygotski, Vygotsky e Vygotskii; optei pela grafia utilizada por Clot, já que neste momento utilizo a releitura que este faz de Vygotski, e não uma leitura pessoal de suas obras.

aquela das atitudes, das seqüências operacionais pelas quais os indivíduos observados respondem de fato à tarefa.”

A Psicologia Ergonômica, corrente próxima à ergonomia de língua francesa, define a tarefa como aquilo que deve ser feito e a atividade como aquilo que se faz (Leplat & Hoc, 1983); a atividade é então entendida como a intenção momentânea do operador, protegida de outras intenções que competem com esta. Nesta linha de conceituação, observamos que os autores tendem a ultrapassar o conceito original de atividade, como seqüência operacional da ação, em favor da inclusão de suas dimensões subjetivas⁷. Na distância existente entre o prescrito e o real (melhor dizendo, o realizado) é que se pode produzir o sentido do trabalho; um trabalho de que fazem parte os conflitos, as dúvidas, as paixões, e não um trabalho concebido como uma seqüência de gestos operacionais regidos por uma inteligência desencarnada.

Os autores da Clínica da Atividade, buscando explorar ao máximo as conseqüências dessa definição da atividade de trabalho, e dos caminhos pelos quais ela é produzida, colocam-se da maneira que se segue: *“em qualquer que seja o trabalho, trabalhar é sempre, de alguma forma, buscar reconceber a tarefa para colocá-la a serviço de sua própria atividade ou da atividade que é partilhada com outros, usar de engenhosidade para torná-la um ‘instrumento’ para esta atividade, se esforçar para comandá-la como um órgão vivo de sua individualidade”* (Clot & Litim, 2001). O trabalhador sempre acrescenta algo de seu, pessoal e coletivamente, ao trabalho realizado.

Na atividade realizada está sempre presente um conflito. Para que um caminho seja tomado, um gesto seja feito, outros modos de fazer foram deixados de lado, outras intenções foram menos fortes. A inclusão das **preocupações** na análise das ocupações dá oportunidade ao pesquisador de estudar como se dão as relações entre a atividade realizada e os processos de subjetivação que são parte integrante da atividade. A escolha da Clínica da Atividade como uma das principais referências para meu percurso atual se deve, em grande parte, ao destaque dado à este confronto em que o realizado é produzido. Talvez assim, com uma concepção não condutivista e não intimista da atividade, possamos vir a produzir dispositivos que possibilitarão a

⁷ Adoto aqui a síntese das propostas de Leplat apresentada por Clot & Litim (2001).

produção de conhecimentos sobre a invenção de novas formas de fazer.

A atividade de trabalho é considerada, pela Clínica da Atividade, uma atividade dirigida ao outro; é também dirigida ao próprio trabalhador, às suas demais atividades, como suas **preocupações** ou seu estado físico e psicológico; é ainda dirigida ao objeto do trabalho.

A atividade de trabalho é dirigida e situada, sempre singular, sendo a recriação de situações que a pré-figuram. Essas situações, que pré-figuram a ação, fazem parte de uma memória, que se apresenta de duas formas. Os antecedentes sociais da atividade formam uma memória, objetiva e impessoal, que dá continente à atividade, fornecendo modelos de agir, de vestir, de começar e terminar uma atividade, etc., oferecendo recursos para enfrentar situações que são generalizadas num ofício. Esse trabalho social prévio à ação forma o gênero profissional. Trata-se de uma proto-atividade, algo dado a ser recriado na ação, convenções que são tanto recurso para a ação quanto limitações à essa ação. Os gêneros momentaneamente estabilizados são um meio para se localizar no mundo do trabalho, saber como agir, evitando errar sozinho. Segundo a Clínica da Atividade, *“O gênero não é mais que o sistema de regras impessoais, não-escritas, que definem, num dado ambiente, o uso dos objetos e a troca entre as pessoas. (...) O gênero organiza os lugares e as funções definindo as atividades de modo independente das características subjetivas dos indivíduos que as preenchem num momento dado”* (Clot & Soubiran, 1998: 86). O gênero marca o pertencimento a um grupo e orienta a ação. A outra memória *“é subjetiva e pessoal e designa os ‘invariantes’ operatórios e relacionais que organizam ou pré-organizam a ação* (Clot & Soubiran, 1998: 85).” Nessa memória pessoal estão contidos tanto os conhecimentos teórico-técnicos quanto os gestos possíveis, formando um conjunto "pronto para o uso" a qualquer momento. Mas essa prefiguração pessoal, instrumento para a ação, não é um atributo psicológico interno do trabalhador, ao menos não é fechado nele mesmo. É a personalização do cruzamento dos diferentes grupos de inserção a que cada trabalhador pertence, que fazem um determinado uso da língua e do gesto, como individuação e estilização de técnicas corporais em circulação num ofício. Para Y. Clot, é essa memória pessoal que faz do trabalhador um sujeito e não apenas um ator social.

Note-se que no centro das discussões, desenvolvidas pela Clínica da Atividade, está o conceito de atividade, e não o de trabalho. Esta escolha está, a meu ver, relacionada ao objetivo dos autores desta corrente, que é também o meu: produzir dispositivos de intervenção no cotidiano dos ambientes de trabalho, de modo a ampliar o poder de ação dos trabalhadores, por um processo de desenvolvimento de seus ofícios, em que os próprios trabalhadores possam ser os protagonistas.

Reconhecendo a necessidade, já apontada por I. Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981), do desenvolvimento de metodologias que permitam conhecer a atividade de trabalho definida como constante devir, a Clínica da Atividade propõe dois métodos: uma reformulação das instruções ao sócia, antes apresentada por I. Oddone (Clot, 1995), e a autoconfrontação cruzada (Clot, 1999). Estas metodologias estão fundadas em alguns pressupostos, que reconheço também como meus: o conhecimento que se faz possível no curso das transformações, sempre como um conhecimento provisório; a pesquisa como intervenção; a relação transversal entre sujeito singular e sujeito coletivo, sem dicotomias interno (individual, subjetivo) e externo (social); o conflito e a controvérsia como motores da produção de singularidades – ou, na linguagem da Clínica da Atividade, da estilização dos gêneros – e como constitutivos da atividade de trabalho. A Clínica da Atividade define, como objetivo da aplicação destes métodos, a produção de novas subjetividades, sem distanciar pensamento de ação; pensar diferentemente já é agir de modo inovador.

Entre nós, Gastão W. de S. Campos também indica (1994), falando especificamente do sistema de saúde pública no Brasil e apoiando-se em outras referências teóricas, a necessidade de ultrapassar as denúncias e elaborar novas formas de gestão da assistência, produzindo novas subjetividades. Assim, como Y. Clot (1999) nos fala da experiência pessoal e coletiva como recursos para a ação, G. Campos (2000: 106) nos fala de “*Sujeitos com potência para entrar em Instituições e sair delas, valendo-se delas como instrumentos, ou como Obras, mais do que elas deles se aproveitando*”; assim, a instituição e o instituído não são vistos apenas como limitações, mas como recursos para os movimentos instituintes.

O objetivo de transformar as relações entre processo de trabalho e processos de produção de subjetividades no hospital é motivado pelo

reconhecimento de uma obrigação ética. Todos aqueles que estão em posição de intervir nas instâncias psíquicas, individuais e coletivas, favorecendo a produção de novos sujeitos autônomos, regulados pela lógica da saúde e da vida, não podem se esquivar a trabalhar por essa utopia. Inspiro-me, nesta afirmativa, em Felix Guattari, e em suas propostas de um nova Ecosofia (1990). E também em G. Campos (1994; 2000). Por subjetividades, entendo os modos de pensar, agir e sentir que são tanto pessoais quanto coletivos; são historicamente produzidos e nos atravessam, num entrecruzamento sempre singular. Nesta concepção, não há dicotomia entre individual e grupal, ou individual e coletivo: os valores coletivos atravessam a cada um de nós, em configurações singulares e jamais congeladas em formas acabadas.

Para melhor compreender os caminhos trilhados na produção dos artigos que se seguem é importante analisar em que circunstâncias, movidos por quais paixões, e com que objetivos, atuam esses autores que fornecem recursos para minha caixa de ferramentas.

I. Oddone apresentou suas proposições e realizou seu trabalho com os operários da Fiat (Oddone, Re & Briante, 1981) num momento político em que o movimento operário italiano estava ativo e tinha a reforma sanitária figurando entre suas bandeiras de luta. Situado na universidade, I. Oddone e seu grupo eram chamados a assessorar esse movimento sindical. Já o grupo da Clínica da Atividade vive hoje uma outra realidade do mundo do trabalho: uma realidade mais fria, em que a exploração da força de trabalho se dá em outras bases, com uma ampliação expressiva da exploração dos recursos subjetivos – flexibilidade, inteligência, criatividade – dos trabalhadores, agora chamados operadores, e não mais operários (Clot, 1995). Y. Clot e seu grupo situam-se no CNAM, que recebe de empresas e trabalhadores demandas de análise dos ambientes de trabalho, freqüentemente dirigidas ao conjunto de recursos oferecidos por esse centro, reconhecido por sua competência no campo da ergonomia.

G. Campos, também inserido na universidade, participa ativamente da discussão política e gerencial dos rumos do Sistema Único de Saúde no Brasil,

estando já há alguns anos na posição de gestor municipal desse Sistema⁸.

Todos esses autores têm pressupostos teóricos e visões de mundo que levam à comprometer-se com o mundo real e com o movimento dos trabalhadores. Mas, em cada uma das diferentes situações mencionadas, as solicitações, as demandas e as respostas produzidas são bastante diferentes. Já as circunstâncias em que produzo esses artigos são aquelas de uma pesquisadora vinculada à universidade no Brasil, que não dispõe de um grupo de pesquisa, nem recebe demandas dirigidas à uma organização já consagrada. Ao contrário, a demanda deve ser produzida, num momento político frio, a partir de solicitações mínimas, no caso, a incitação de profissionais da CST de um hospital à construção de um projeto de inserção de psicólogos nessa equipe. As possibilidades e limitações dadas por essas circunstâncias estão comentadas no Capítulo 2. Nesta Introdução, desejo marcar a quem as solicitações são dirigidas: a uma psicóloga, com alguma experiência em Vigilância em Saúde do Trabalhador, que tem inserção universitária, podendo assim participar de uma luta local de construção de um campo de intervenção ainda frágil.

Neste movimento, de busca de ferramentas conceituais que sejam compatíveis com as implicações e os objetivos acima enunciados, deparei-me, então, com a Clínica da Atividade. Nesta linha da psicologia do trabalho francesa são formuladas metodologias de intervenção, calcadas numa concepção específica da relação entre atividade e subjetividade, e na concepção vygotskiana do desenvolvimento humano. Deste ponto de vista, dominado que seja, o trabalhador guarda sempre algo de sua capacidade de ação; e mais do que conhecer, analisar ou denunciar as formas de dominação e sofrimento existentes no Brasil, desejo partir de uma aliança com a saúde dos trabalhadores, com suas possibilidades de criar e recriar suas próprias relações com o mundo.

Num dado momento de meu percurso, trabalhar com o campo empírico do hospital público brasileiro me remeteu à necessidade de situar o hospital na rede pública de saúde, na discussão da construção do SUS, e nas políticas

⁸ Gastão Wagner de Souza Campos é, atualmente, Secretário Municipal de Saúde em Campinas, São Paulo. O livro que referimos nesta Introdução, *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, contém dois artigos referentes às propostas e a uma avaliação do primeiro período em que exerceu esta função político-administrativa, iniciado em 1989.

mais gerais que o incluem. Busquei então referências no trabalho de G. Campos, seduzida por minhas leituras anteriores, de suas propostas de saúde como defesa da vida, título de um de seus livros (1994). Nos (des)caminhos de um Doutorado, de uma bolsa sanduíche na França, de seduções de diversas ordens, esta faceta da discussão ficou esquecida. Já ao final do Doutorado, de volta ao Brasil, a preocupação ressurgiu: e o SUS? Fui então buscar a última publicação de G. Campos (2000), em que o autor apresenta um método de construção de coletivos, de produção do trabalho em equipe. Ao abrir este último, deparei-me com uma proposta – um método de gestão de coletivos - que pode ser aplicada a produções diversas, em especial de serviços, ou, como prefere o autor, de Valores de Uso. A gestão é apresentada, nesta obra, como uma poderosa ferramenta de produção de "*coletivos organizados para a produção*", da qual podemos nos apropriar num projeto mais amplo ou em questões relativas à uma determinada tarefa, e sua leitura alimentou minhas reflexões acerca de um dispositivo para a produção de vida, ou novas subjetividades, no hospital.

Retenho, de minhas leituras de G. Campos, a idéia da organização dos serviços de saúde em defesa da vida e a responsabilidade dos militantes, desse movimento em defesa da vida, de planejar e elaborar estruturas e processos de atenção à saúde, criando uma nova dimensão ética para a luta por saúde (1994: 35). G. Campos, em sua produção conceitual, expressamente embricada com sua militância política, apresenta princípios que têm marcado meu dia a dia na construção de serviços de Saúde do Trabalhador e na formação de profissionais de psicologia (Osorio da Silva & Oliveira, 1999). Na discussão da programação e gestão de serviços de saúde (1994: 55-88), o autor diverge de algumas antigas premissas e proposições operacionais, como a da contraposição das lógicas da assistência individual e da saúde pública, e a da epidemiologia como garantia única de eficácia do planejamento da atenção (em detrimento da experiência da clínica). Ora, em minha experiência em Saúde do Trabalhador esses princípios tradicionais têm sido questionados na prática. Na proposta de método de intervenção, apresentada no Capítulo 3, destaco como objetivos concomitantes do método proposto: a atenção à cada trabalhador acidentado, considerando sua situação sempre singular, coletiva e individualmente; a formação conjunta de pesquisadores e analistas do trabalho

e de trabalhadores da assistência; a geração de informação para a ação; e a gestão democrática do serviço de Saúde do Trabalhador. A hibridação de lógicas e áreas de ação tradicionalmente separadas está aí presente.

Vamos, assim, fabricando nossa "caixa de ferramentas": um referencial que toma conceitos, ou ferramentas teóricas, que, originalmente pertencem a campos diversos; a partir de múltiplas referências, construímos um novo campo de coerências. (Lourau, 1993: 10). Essa linha metodológica, cara à Análise Institucional francesa, será bastante explorada no Capítulo 3, em que, para construir um dispositivo que possa produzir os efeitos desejados, inspiramos-nos em referências teóricas de origens tão diversas quanto a teoria de sistemas, que fundamenta o método da árvore de causas (Binder, Monteau & Almeida, 1996), as reflexões propiciadas pela Epidemiologia às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Machado & Minayo-Gomez, 1995) e os conceitos tomados, pela Clínica da Atividade, a Vigotski e Bakhtin (Clot, 1999).

Neste processo de fabricação, optei por não utilizar outras ferramentas conceituais, que embora venham sendo importantes na construção do campo de discussão da relação entre subjetividade e trabalho, não se coadunam com os objetivos traçados.

Neste caso está a concepção, de origem francesa, bem conhecida no Brasil, da psicodinâmica do trabalho, que encontra na luta contra o sofrimento psíquico no trabalho seu ponto de partida. No dizer de seu principal autor, C. Dejours, a partir de 1980 as pesquisas de seu grupo se deslocaram da patologia para a normalidade, colocando a seguinte questão: como faz a maioria dos sujeitos que trabalham para fazer frente aos constrangimentos encontrados na situação de trabalho, sem se tornarem loucos? Mais tarde, em 1992, a mudança de denominação de sua corrente de pesquisas, de psicopatologia para psicodinâmica do trabalho, virá reforçar essa orientação (Dejours, 1999: 198). Para a psicodinâmica do trabalho, o sofrimento é o ponto de partida e a origem da mobilização da inteligência e da subjetividade. Encontrando resistências no real à realização de si mesmo o sujeito deve encontrar saídas para a angústia, soluções de compromisso que se externalizam em atitudes defensivas. Retomando a distinção entre trabalho prescrito e trabalho realizado, C. Dejours define o trabalho como *“atividade coordenada desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que,*

em uma tarefa utilitária, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita” (Dejours, 1997: 42-43), ou seja para enfrentar o que ele denomina o real do trabalho. C. Dejours insiste na “*grande diferença teórica entre ‘realidade da atividade’ (a que é visada pela expressão atividade real ou trabalho real) e ‘real do trabalho’, isto é, os limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho*” (Dejours, 1997: 43). Para fazer frente ao real que os limita, os trabalhadores produzem estratégias de defesa, e, assim, escapam à descompensação emocional e à doença mental. O estudo dos sistemas defensivos, pelos quais os sujeitos buscam conjurar o real que resiste, é o principal recurso teórico da psicodinâmica do trabalho (Clot & Litim, 2001).

Interessantes que sejam, essas contribuições estão referidas a uma concepção de homem e de subjetividade que valoriza a noção de indivíduo, indivíduo esse regido pela racionalidade, em busca de sua própria identidade, e movido por uma angústia original da qual não pode se desembaraçar (Dejours, 1999). Para a Psicodinâmica do Trabalho, a subjetividade é entendida “*como produção psíquica da luta contra o sofrimento*” enquanto para a Clínica da Atividade, esta é entendida “*como produto da atividade*” (Dejours, 1999: 206).

Numa outra linha, em que os conceitos da psicologia social têm um lugar central, temos a contribuição de Leni Sato. Esta autora toma a discussão de risco numa forma crítica e qualitativa, introduzindo a noção de penosidade (Sato, 1991). Por esta noção, os esforços exigidos pela organização do trabalho são avaliados, havendo uma contraposição ao reducionismo de pensar o risco como algo exclusivamente observável e mensurável em sua ocorrência e suas conseqüências. Temos aí um avanço na inclusão do subjetivo como material de investigação científica. Mas, uma vez que deseje trabalhar com as possibilidades de desenvolvimento, e não com a identificação dos constrangimentos sofridos pelos trabalhadores, essa linha de estudos não será aqui adotada.

Uma outra contribuição aos estudos da subjetividade pode ser identificada nos estudos do estresse provocado nas relações de trabalho. Os pesquisadores do estresse buscam estabelecer os laços de causa e efeito entre variáveis psicossociais e respostas fisiológicas, suscitando a partir de uma concepção de homem como mecanismo biológico, intervenções voltadas

para a regulação deste mecanismo (Chanlat, 1990). Mas, além de eleger o sofrimento mental como categoria central de seus estudos, os autores desses estudos trabalham com uma noção de homem que é inteiramente diferente daquela que adoto.

As pesquisas de caráter epidemiológico também não permitiriam o alcance dos objetivos propostos, embora possam ser um importante instrumento de gestão da Saúde do Trabalhador, tal como se poderá ver no caso do Programa de Prevenção de Acidentes que serviu como suporte para a criação da metodologia de análise coletiva dos acidentes de trabalho proposta no Capítulo 3.

A escolha de minhas ferramentas teóricas é sobretudo uma escolha relacionada à uma concepção de homem como um ser em movimento, capaz de imprimir algo de seu naquilo de que participa, capaz de intervir em sua própria história; e à uma concepção de trabalho como um processo coletivo e singular, de criação e recriação da história de um ofício; e da atividade de trabalho como processo de produção não só de coisas ou serviços, mas também de subjetividades.

Mas, as demandas apresentadas pelo Hospital à CST, lugar – instituído e instituinte – de onde partem minhas intervenções, são motivadas pela vivência de sofrimento e chegam na forma de queixas. Os trabalhadores, ou os serviços, buscam alívio para suas dores. As tentativas, relatadas nos Capítulos 1 e 2, de passar diretamente ao questionamento das relações de trabalho, para assim liberar possibilidades de desenvolvimento momentaneamente impedidas, não têm sido bem sucedidas. Atualmente, não é isso que o Hospital espera, nem da CST, nem de uma psicóloga. Os trabalhadores do Hospital me pedem soluções, eu proponho a reflexão coletiva... Fazendo uma crítica dos caminhos já trilhados, resolvi deslocar-me para um outro caminho em que, suponho, soluções podem ser produzidas sem se tornar impeditivas do desenvolvimento profissional coletivo. Assim, o acidente de trabalho acabou sendo escolhido como disparador de uma metodologia de análise, análise esta que é tanto uma análise do acidente quanto da atividade de trabalho.

O acidente de trabalho como disparador da análise coletiva da atividade

Na escolha da atividade que ensejou o acidente como foco de análise eu me deparo com algo que pode parecer uma contradição: proponho trabalhar sobre o cotidiano, a partir das possibilidades de ampliação da vitalidade tanto dos trabalhadores quanto dos gêneros profissionais, e, no entanto, escolho um indicador de fracasso como porta de entrada.

Na história da Saúde do Trabalhador, no Brasil como em outros países, o risco de acidentes tem tido um papel importante na motivação da luta pela preservação da saúde. Se o acidente caracteriza um momento de sofrimento, entendemos que isto se dá porque há, neste momento, um impedimento ao trabalho. Este é um momento em que a limitação ao poder de ação do trabalhador fica bem definido, deixando clara a estratégia proposta: a análise da atividade de trabalho para a superação dos obstáculos que se colocam a esta. Assim, o acidente de trabalho nos permite ultrapassar um obstáculo que se coloca ao investigador / técnico da Saúde do Trabalhador: o de propor reflexões acerca do trabalho num momento de retração coletiva dos investimentos afetivos no trabalho e nas suas possibilidades de transformação. A análise do acidente de trabalho responde, como veremos no Capítulo 3, a uma afirmativa de diversos setores do Hospital: a de que somente propostas concretas, cujo desenvolvimento tenha possibilidades claras de alcançar o sucesso, são capazes de gerar alguma adesão.

Os acidentes de trabalho podem ser de diversos tipos, indo desde os de grande porte, com conseqüências dramáticas tanto para os trabalhadores das organizações diretamente implicadas, como de parcelas mais amplas da população, até aqueles de menor porte, que passam por vezes despercebidos, ainda hoje, como inerentes ao processo de trabalho e portanto inevitáveis – como “os ossos do ofício”. Os acidentes com instrumentos perfuro-cortantes e exposição a fluidos biológicos estão neste último caso. Durante muito tempo, antes do surgimento da AIDS como doença e problema importante de saúde coletiva, essa questão recebia pouca atenção, mesmo dentro dos hospitais. Com o advento da AIDS, e a ampliação do conhecimento acerca da hepatite C, o risco de mortalidade como conseqüência desse tipo de exposição ganhou visibilidade.

A identificação dos acidentes com exposição a fluidos biológicos à própria natureza da profissão não é casual. O contato com as partes e produtos do corpo humano está contido, na lógica atual da medicina, na própria razão de ser das profissões que se exercem no hospital. Dada a importância dessa situação de exposição no processo de trabalho hospitalar, existe a possibilidade de, pela metodologia proposta, lançar o foco da análise primordialmente na co-gestão do processo de trabalho, e não na evitação do risco.

Assim, inserida com meus estagiários no dia a dia das ações da Comissão de Saúde do Trabalhador, engajei-me no Programa de prevenção e controle dos acidentes com perfuro-cortantes e exposição a fluidos biológicos, num processo relatado no Capítulo 3. O sucesso que se possa obter nesse caminho tem o atrativo de intervir simultaneamente em dois processos de trabalho: o processo de trabalho hospitalar e o processo de trabalho em Saúde do Trabalhador. E, no caso do hospital considerado, na formação de novos profissionais de saúde.

Na CST do Hospital, a abordagem dos acidentes com perfuro-cortantes se iniciou pelo viés tradicional: notificação do acidente para fins de proteção jurídica do trabalhador, e atendimento médico para sua proteção biológica. Neste mesmo momento, iniciou-se também, no Hospital, uma ampliação do treinamento para adoção das medidas de biossegurança, preconizadas pelo *Centers for Disease Control and Prevention*⁹, e adotadas internacionalmente (CDC, 1998). Este treinamento caracteriza-se pela informação, com a valorização dos aspectos racionais e técnicos da atividade de trabalho. Numa segunda etapa foi acrescida a este a análise dos acidentes de forma local, específica e detalhada, de modo a incluir nesta análise as singularidades dos processos de trabalho existentes no Hospital. E, por último, começaram a ser considerados os conflitos entre diversos objetivos da atividade, a caracterização do trabalhador humano como atravessado por questões que não se limitam ao conhecimento técnico e às escolhas racionais.

⁹ O CDC, localizado em Atlanta, Georgia, EUA, é uma agência do *Department of Health and Human Services*. Esta agência é reconhecida nos EUA e internacionalmente como referência para a proteção e a segurança das populações humanas.

Questionar os procedimentos de análise dos acidentes de trabalho tem então o valor de questionar as contradições da concepção de atividade de trabalho e de homem que atravessam o campo da Saúde do Trabalhador. Propor, como farei no Capítulo 3, uma metodologia de análise coletiva do acidente, coloca em questão, em primeiro lugar, a concepção de participação que é adotada pela própria área de Saúde do Trabalhador, e, em seguida, pelo Hospital.

O mapa de um caminho com suas escolhas e hesitações

Houveram, em meu percurso, diversos deslocamentos, já mencionados, que poderão ser identificados nos artigos que se seguem. De 1990 à 1994, inserida no Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria Estadual de Saúde, realizei um trabalho de pesquisa, relatado em minha Dissertação de Mestrado, tendo como campo empírico um Hospital que havia buscado assessoria neste Programa para a resolução de alguns de seus problemas na área de Saúde do Trabalhador. Iniciando, em 1998, meu Doutorado, escrevi o artigo apresentado no Capítulo 1 desta Tese, em que procedo à uma discussão metodológica do trabalho realizado anteriormente, no Mestrado. A partir daí, munida de um projeto de construção de um dispositivo de pesquisa e intervenção, tomo como campo empírico um novo hospital. Estando agora vinculada, como docente, à Universidade, este novo hospital foi escolhido por sua aproximação simultânea com a formação de quadros profissionais na área da Saúde, e com a construção de um serviço de atenção à saúde do trabalhador de saúde.

O conjunto de artigos apresentados retrata, de uma forma pouco habitual, o andamento do trabalho de pesquisa: um grande destaque é dado a questões que, na maior parte dos relatos de pesquisa, não são incluídas, ou permanecem à margem do eixo central da discussão. O primeiro artigo (Capítulo 1), o primeiro a ser elaborado, apresenta a situação de uma pesquisadora frente à sua angústia com as falhas de seu conhecimento, com as dificuldades em atingir as metas que ele mesmo se coloca. O segundo artigo (Capítulo 2) descreve a aventura da aproximação exploratória com o objeto, apresentando as dificuldades desse momento; a proposta de trabalho participativo é vista como um analisador das relações de trabalho no Hospital.

No sentido dado pela Análise Institucional francesa, um analisador é um acontecimento, prática ou dispositivo que revela, em seu próprio funcionamento, aspectos impensados de uma estrutura social (Lapassade, 1979; Rodrigues, 1987); veremos que a proposição de um trabalho participativo gerou reações, nos profissionais do serviço tomado como campo empírico, que tornaram visíveis aspectos importantes da dinâmica das relações aí existentes. O terceiro artigo (Capítulo 3) apresenta um caminho possível no confronto com essa realidade: um novo dispositivo de pesquisa e intervenção a ser utilizado na análise coletiva de acidentes em ambiente hospitalar. A forma de apresentação respeita a história de uma produção também coletiva, relatando os diversos momentos dessa produção.

Temos então dois produtos resultantes de meu projeto de Doutorado: uma discussão de metodologia de pesquisa, referida a um campo empírico que é o hospital, que perpassa todo o conjunto dos artigos apresentados; e o método de análise coletiva de acidentes de trabalho em hospital, apresentado no Capítulo 3. Espero que esse tipo de exposição, fundado naquilo que é preconizado pela Análise Institucional francesa (Lourau, 1993), possa auxiliar a outros pesquisadores, fornecendo uma possibilidade de entrada na “cozinha” da pesquisa – de acesso ao *"fora-texto"*, como diz Lourau (1993) - que raramente é posta à disposição dos interessados.

Como dizia acima, no Capítulo 1, apresento as questões com que iniciei, há quatro anos atrás, o trabalho atual. A partir das dificuldades enfrentadas no Estudo de Caso realizado, no Hospital Cardoso Fontes, no período do meu Mestrado, apresento a discussão metodológica que pretendo desenvolver.

Na leitura do Capítulo 2 veremos que, durante o Doutorado, minha entrada num segundo hospital se deu por um convênio entre este e a universidade. Ao iniciar meu Projeto de Doutorado, minha inserção na Comissão de Saúde do Trabalhador deste hospital, como supervisora de estagiários de psicologia, já havia se consolidado; esta inserção dará o suporte indispensável à produção do dispositivo de análise coletiva dos acidentes de trabalho proposto, a seguir, no Capítulo 3.

Este segundo hospital não foi identificado nos relatos aqui apresentados. é importante observar que o projeto de pesquisa que gerou estes artigos foi submetido, imediatamente antes de sua apresentação ao Serviço de

Cardiologia que nos recebeu, à Comissão de Ética de Pesquisa que se reúne no Centro de Estudos do hospital em que ele foi desenvolvido, mencionado nos Capítulos 2 e 3. Foi aprovado sem restrições. A seguir, durante o processo de escritura dos artigos, colocaram-se discussões acerca da ética da pesquisa, que diziam respeito à divulgação ou não do nome do hospital tomado como campo empírico. Num debate realizado na CST, optamos por omiti-lo, na apresentação da Tese. Esta decisão foi tomada com base na consideração de que a identificação do hospital poderia gerar o sentimento, em alguma das partes envolvidas – incluindo-se os pesquisadores – de que vários trechos deveriam ser cortados para preservar os trabalhadores, mesmo com algum empobrecimento do conteúdo dos textos.

Estes foram deslocamentos referentes aos hospitais escolhidos, e à forma de estabelecimento do contrato da pesquisadora com cada um deles. Outros deslocamentos dizem respeito aos conceitos operacionais adotados, especialmente o que se dá do par trabalho prescrito – trabalho real para o conceito de atividade de trabalho. No Capítulo 1 estão presentes os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real que, a seguir, no Capítulo 2, serão “engolidos” pelo conceito de atividade, tal como ele é definido pela Clínica da Atividade.

O Capítulo 2 foi escrito no momento em que busquei me apropriar de novas referências teóricas, para fertilizar minha relação com o campo empírico. Tendo recebido, do CNPq, uma bolsa sanduíche para estudar na França, em Paris, tomei contato com autores e correntes de pensamento em antropologia, psicologia social, psicossociologia e psicologia do trabalho, pouco divulgadas no Brasil. Destas influências, a que mais se mostrou operacional para os objetivos que me moviam, foi a da Clínica da Atividade, desenvolvida no âmbito da psicologia do trabalho. Assim, esse percurso definiu uma reorganização do projeto inicial de pesquisa, que tem influências importantes no que é proposto no Capítulo 3.

Sintetizando, no Capítulo 1 apresento a justificativa deste Projeto e no Capítulo 2, a análise dos momentos de instalação da pesquisa-intervenção. No Capítulo 3 virá então o resultado que estava previsto no objetivo traçado: a proposição de um método de pesquisa-intervenção adequado ao estudo da

relação entre processo de trabalho e processo de produção de subjetividades no hospital.

O método de análise coletiva dos acidentes de trabalho, produzido no curso dos estudos e intervenções realizadas tanto como parte do meu projeto de Doutorado, como do trabalho cotidiano da CST do hospital em foco, ainda não foi aplicado em sua versão integral. As aplicações do método foram parciais e destinadas a construir sua forma e fundamentação teórica atuais, fornecendo em cada momento, à CST, as informações possíveis sobre os acidentes de trabalho tomados como objeto de análise. Lembramos que este conjunto de artigos é o resultado de um Projeto de Doutorado que é parte de uma linha de pesquisa que se iniciou antes dele, ainda antes de meu Mestrado, e que terá continuidade em novas propostas que poderão dar conta da tarefa de verificação e aperfeiçoamento do método proposto.

Como o leitor pode observar, nesta Introdução, assim como na Conclusão, dirijo-me ao leitor na primeira pessoa. Eu as assumo integralmente. Já nos artigos, mais próximos do trabalho de campo, emprego, com frequência, o sujeito coletivo “nós”. Aí, ao mesmo tempo que assumo o trabalho e as responsabilidades decorrentes, não posso me furtar a deixar claro que essa produção seria impossível sem a participação, que vai além da posição de informante, de inúmeras pessoas; eu não chegaria a lugar algum sem as críticas e reflexões dos profissionais do Serviço de Cardiologia, sem o trabalho coletivo da CST do hospital, sem as discussões com os colegas e orientadores durante o Doutorado... Ninguém pensa sozinho, toda atividade de trabalho é coletiva, e este trabalho de pesquisa não é exceção; ao contrário, minhas escolhas enquanto pesquisadora fazem com que eu valorize as interferências e trabalhe para que se constituam em parte integrante do produto alcançado.

Retomando a afirmativa de que toda pesquisa é intervenção, neste percurso participo de intervenções em âmbitos diversos: o Serviço de Cardiologia de um hospital público, a Comissão de Saúde do trabalhador desse hospital, e o grupo de alunos / estagiários de Psicologia que passam por essa Comissão. Em seus desdobramentos, podemos ter repercussões no conjunto do hospital, no curso de Psicologia da UFF e mesmo no sistema de saúde pública do Rio de Janeiro ou do Brasil. Este último item pode parecer excessivamente ambicioso, mas a CST do Hospital tem sido procurada como

modelo para a implantação de serviços similares em outras unidades de saúde. Assim, os efeitos de metodologias em Saúde do Trabalhador aí construídas podem surgir num futuro bastante próximo.

O mosaico de questões que perpassam este conjunto de artigos, vem sendo tecido num campo empírico, o Hospital, tendo como suporte a minha participação na CST. Estão em questão as possibilidades e limites da forma “Comissão de Saúde do Trabalhador” na análise e transformação dos processos de trabalho, bem como as condições necessárias à produção coletiva de conhecimento acerca do trabalho hospitalar.

Bibliografia

- BENEVIDES DE BARROS, R. D., 1994. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Tese de doutorado, PUC/SP.
- BERLINGUER, G., 1983. *A saúde nas fábricas*. São Paulo, Hucitec.
- BINDER, M. C. P., MONTEAU, M. & ALMEIDA, I.M. de, 1996. *Árvore de Causas: método de investigação de acidentes de trabalho*. São Paulo, Publisher Brasil.
- BIRMAN, J., 1980. *Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro, Editora Campus.
- CAMPOS, G. W. de S., 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, Hucitec.
- CAMPOS, G. W. de S., 1994. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo, Hucitec.
- CANGHILHEM, G., 1990. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária (3ª edição ampliada)
- CDC, 1998. *Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis*. MMWR.
- CHANLAT, J., 1990. Les théories du stress et la psychopathologie du travail. *Prévenir*, 20. Tradução de trabalho.
- CHAUÍ, M., (1982). *Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Ed. Moderna.
- CLOT, Y., 2001. Éditorial, *Éducation Permanente - Clinique de l'activité et pouvoir d'agir*, 146, 7-16.
- CLOT, Y., 2000. Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler: Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du Travail*; n°4 pp 7-42.
- CLOT, Y., 1999. *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF.
- CLOT, Y., 1999a. De Vygotski à Léontiev via Bakhtine. Em CLOT, Y. (dir.), *Avec Vygotski*, Paris, La Dispute / SNEDIT p. 165-185.
- CLOT, Y., 1995. *Le travail sans l'homme ?* Paris, Éditions La Découverte.
- CLOT, Y. & LITIM, M., 2001. *Le sens du travail*. Documento de trabalho a ser publicado em breve.

- CONH, A. & MARSIGLIA, R. G., 1994. Processo e organização do trabalho. Em ROCHA, L. E., RIGOTTO, R. M. & BUSHINELLI, J. T. P. (Orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis, Vozes, p. 56-75.
- GUATTARI, F., 1990. *As três ecologias*. Campinas, Papirus.
- DAGONET, F., 1997. *Georges Canguilhem : Philosophe de la vie*. Le Plessis-Robinson (Essonne), Institut Synthélabo.
- DEJOURS, C., 1999. Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. Em CLOT, Y. (dir.), *Les histoires de la psychologie du travail : approche pluridisciplinaire* (seconde édition augmentée), p. 195-219. Toulouse, Octarès.
- DEJOURS, C., 1997. *O fator humano*. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas.
- LA BOÉTIE, E. de, 1982. *Discurso da Servidão Voluntária*. São Paulo, Brasiliense.
- LAPASSADE. G., 1979. *El analizador y el analista*. Barcelona, Gedisa.
- LAURELL, A. Cristina & NORIEGA, M., 1989. *Processo de Produção e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- LEPLAT, J., 2000. *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*, Toulouse, Octarès.
- LEPLAT, J. & HOC J.-M., 1983. Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations, *Cahiers de psychologie cognitive*, 3(1): 49-63.
- LEITER, M. P., HARVIE, P. & FRIZZEL, C., 1998. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc. Sci. Med.* 47 (10) p. 1611-1617.
- LOURAU, R., 1993. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*, Rio de Janeiro, Editora UERJ.
- LOURAU, R., 1979. *Sociólogo em Tempo Inteiro*. Lisboa, Editorial Estampa.
- MACHADO, J. H. M., 1997. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 supl. 2: 33-45.
- MACHADO, J. H. M. & MINAYO-GOMEZ, C., 1995. 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.

- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M. da F., 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 2): 21-32.
- ODDONE, I., RE, A. & BRIANTE, G, 1981. *Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris, Messidor.
- OMBREDANE A., FAVERGE J.-M., 1955. *L'analyse du travail*. Paris, PUF.
- OSORIO DA SILVA, C. & ATHAYDE, M. (1992). Psicologia e Saúde ou Identidade e Multiplicidade. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, vol.8, Rio de Janeiro.
- OSORIO DA SILVA, C. & OLIVEIRA, N., 1999. 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.
- PELBART, P. P., 1993. 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.
- PITTA, A. M. F. , 1989. *Trabalho Hospitalar e Sofrimento Psíquico*. Tese de Doutorado, São Paulo, Departamento de Medicina / USP.
- REGO, M. P. da C. e M. de A. , 1993. *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.
- RODRIGUES, H. de B. C. & SOUZA, V. L. B., 1987. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. Em Saidon, O. et al, *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, p. 17-36.
- RODRIGUES, H. de B. C., 1994. *As subjetividades em revolta: institucionalismo francês e novas análises*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ.
- SAIDON, O. et al, 1991. *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo.
- SANTOS, M. L. , 1995. *O Trabalho dos anjos de Branco: um estudo em hospital geral público*. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, COPPE/UFRJ.
- SATO, L., 1991. *Abordagem psicossocial do trabalho penoso: estudo de caso de motoristas de ônibus urbano*. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Faculdade de Psicologia, PUC/SP.

- SCHWARTZ, Y, 2000. *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse, Octarés.
- SCHWARTZ, Y. (dir.), 1998. *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. Paris, PUF.
- SELIGMANN-SILVA, E., 1994. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro, Editora UFRJ / Cortez Editora.

A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ACERCA DAS CONEXÕES ENTRE SUBJETIVIDADE E TRABALHO NO HOSPITAL – CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS EXPERIÊNCIAS, TROPEÇOS E ESCOLHAS DE UMA PESQUISADORA.¹⁰

Resumo

Este artigo tece considerações acerca da metodologia de pesquisa adotada em uma investigação que teve como objeto o processo de trabalho hospitalar e sua relação com o processo de produção de subjetividade. Relatando as aventuras da pesquisadora, utiliza a análise da implicação e o diário de campo, ferramentas da Análise Institucional francesa, para avançar nos resultados já apresentados do estudo de caso desenvolvido e apresentado como dissertação de mestrado. A partir desses relatos e análises, propõe caminhos para novas investigações acerca do trabalho e modos de vida que se tecem no dia a dia de um hospital geral.

Palavras-chave: trabalho, subjetividade, pesquisa-intervenção, implicação, vida

Abstract

This article discusses the research methodology adopted in an investigation that had as theme the process of hospital work and its relation to the subjectivity production process.

It narrates the author's adventures, whilst researcher, using the field diary and the implication analyses – French institutional analyses tools, to broaden the results of the case studies presented as theme of the master dissertation. Considering these reports and analyses, new investigation lines are proposed to study work and the *modus vivendi* woven day by day in a general hospital.

Key words: work, subjectivity, intervention-research, implication, life.

¹⁰ Artigo publicado na Revista do Departamento de Psicologia – UFF, vol. 11.2 e 3, maio - dezembro de 1999, pp. 27-42; nesta versão que compõe minha tese de doutorado foram feitas pequenas correções do texto e introduzidas algumas notas de rodapé, consideradas esclarecedoras dos conceitos teóricos adotados.

Venho estudando, desde 1990, o processo de trabalho hospitalar e as conexões entre este e os processos de subjetivação produzidos neste cotidiano. Entre 1990 e 1994, desenvolvia, em conjunto com outros colegas do Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - PST/SES/RJ, trabalhos de pesquisa e assessoria a um hospital da rede pública de assistência à saúde da cidade do Rio de Janeiro, o Hospital Cardoso Fontes (Araújo, 1992; Rego, 1993; Santos, 1995; Osorio da Silva, 1994). No momento em que escrevo estas linhas estou interessada em refletir acerca dos movimentos, encontros e desencontros, vividos por nós, pesquisadores, no decorrer de nosso próprio processo de trabalho, a fim de abrir caminhos mais profícuos em minhas atuais incursões em outro hospital, também público, na mesma cidade.

Um pouco do *fora-texto*¹¹ e outras considerações mais atuais acerca da pesquisa já realizada:

A metodologia adotada por nós, técnicos do Programa de Saúde do Trabalhador (PST), esbarrou em muitas dificuldades. Nomeávamos tal metodologia ora de pesquisa-ação, ora de pesquisa-intervenção. Tínhamos claro que o conjunto de pesquisas fora instalado por encomenda do Hospital, e que nenhuma delas poderia prescindir da experiência dos trabalhadores. Mas não havia homogeneidade na equipe do PST nem quanto à importância atribuída à discussão metodológica, nem quanto ao peso atribuído à participação direta dos trabalhadores como pesquisadores. Para mim, a participação era indispensável e a face de intervenção parte integrante do processo de produção de conhecimento; para outros, havia a certeza da importância da neutralidade, ou, ao menos, o propósito de buscar a menor interferência possível no campo pesquisado. O fato de ser parte de um grupo que continha esta heterogeneidade constituiu-se, a meu ver, numa das facetas de minha implicação, sendo origem de algumas confusões e de dificuldades

¹¹ Os relatos de pesquisa apresentam, tradicionalmente, o objeto, as referências teórico-metodológicas, instrumentos e resultados da pesquisa; o processo vivenciado, as surpresas, os impasses e suas soluções, os sentimentos suscitados no cotidiano da pesquisa, constituem o que é chamado, na Análise Institucional francesa, o *fora-texto* – em francês "*hors texte*" - da pesquisa. Esse material é considerado, por essa linha de trabalho, aqui adotada, de grande importância para o entendimento do processo da pesquisa – intervenção (Lourau, 1993).

nas relações com o campo pesquisado, dificuldades que tiveram reflexos na relação dos pesquisadores com os trabalhadores do Hospital e no texto gerado por mim como Dissertação de Mestrado (Osorio da Silva, 1994).

A escolha metodológica feita naquele momento, mesmo com pouca precisão, devia-se a uma opção por caminhos que tomam a teoria e a prática como momentos de um mesmo processo de produção de conhecimento. Devia-se ainda à nossa inserção num serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador – o PST, que tomava a produção de conhecimento como parte de sua tarefa, devendo esta produção estar presente a cada ação realizada. Foram produzidas teses de mestrado e doutorado, além de diversos artigos (Araújo, 1992; Machado, 1995; Melo et al., 1993; Rego, 1993; Santos, 1995, para mencionar alguns). Nos casos em que o objeto de vigilância era uma das unidades da rede pública de saúde esta postura geral do PST intensificava-se, apontando a pesquisa como o principal eixo da intervenção a ser realizada.

Na metodologia da pesquisa-intervenção a noção de intervenção junta-se à pesquisa para produzir uma relação entre teoria e prática em que não há precedência de uma em relação a outra. A idéia de uma pesquisa-intervenção foi formulada nas décadas de 60/70, na França, pela corrente da Análise Institucional Socioanalítica. Segundo a leitura de Benevides de Barros (1994: 307), a pesquisa-intervenção *visava a interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições*. Os autores desta corrente *tratavam de produzir evidências que visibilizassem o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação, (...) numa arguição que desmanchasse os territórios constituídos e convocasse a criação de outras instituições*. Ora, não era outra minha intenção: tornar visíveis os jogos de poder encontrados no hospital, desmanchar territórios constituídos e permitir novos arranjos e práticas sociais. Note-se que estou trabalhando com uma noção de instituição que não se identifica com a de organização, ou órgão público¹², mas remete ao processo de produção de modos de legitimação das práticas sociais. Instituição é movimento, algo que não é localizável empiricamente. Para apreender a instituição em seu sentido ativo *há que pensar em hierarquias, em direções, em*

¹² Em Análise Institucional diferenciamos o conceito de instituição do de organização. Aqui marcamos ainda a diferenciação entre instituição e órgão público por termos observado que a palavra "instituição" é frequentemente usada no sentido de órgão de assistência pública de saúde; assim, faz-se referência à "atendimento na instituição" por oposição à "atendimento particular" ou "privado".

agentes, em vinculações entre instituições (no seu sentido conceitual) e entre organizações, em processos de produção e reprodução, em pontos de resistência maiores ou menores, em movimentos instituintes e práticas instituídas, em acontecimentos reveladores e em rituais ocultadores. (Rodrigues & Souza, 1987: 24)

Neste marco metodológico, da pesquisa-intervenção socioanalítica (não me refiro aos estudos de intervenção propostos pela epidemiologia), as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Machado, 1997) podem ser inseridas, a meu ver, como dispositivos analisadores construídos, podem produzir acontecimentos reveladores. O conceito de analisador foi formulado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional, vindo a ser incorporado pela Análise Institucional Socioanalítica (Lourau, 1977)¹³. Tomando a definição apresentada por Benevides de Barros (1994), os analisadores são acontecimentos, aquilo que produz rupturas, que catalisa fluxos, que produz análise, que decompõe. No curso dessa análise, novos arranjos se impõem, passa-se da quase-imobilidade ao movimento e ocorrem transformações. O pesquisador instala o dispositivo, mas não dispõe do controle da análise, onde intervém muitos atores.

Num primeiro momento, tematizei as dificuldades encontradas a partir da relação dos trabalhadores com o tempo no dia a dia do processo de trabalho hospitalar. No Hospital Cardoso Fontes, os convites formulados aos funcionários, para que participassem das pesquisas, recebiam quase sempre como resposta a frase “gostaria muito, mas não tenho tempo” (Osorio da Silva, 1994). O processo de trabalho hospitalar, múltiplo e parcelado, apresenta algumas características importantes da organização do trabalho industrial, e produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. O tempo da vida e do sonho (dos projetos, da utopia) parece estar fora de seu alcance. O processo de trabalho real, institucionalizado, repete, de uma forma por vezes caricata, a lógica do trabalho industrial, taylorizado, parcialmente ocultada pelo discurso valorativo do “trabalho em equipe”, tornando a análise deste processo mais complexa. O corporativismo - expresso na competição entre as diversas

¹³ Em outros momentos desta Tese, denominamos a mesma corrente teórica de Análise Institucional francesa.

profissões presentes - e o individualismo constituem-se em obstáculos importantes à invenção de novos caminhos.

A organização taylorista do trabalho foi questionada desde Elton Mayo. Novas formas de organização foram propostas para o trabalho industrial, modificando a idéia inicial de Taylor. Ora, se para o trabalho industrial foi preciso criar formas mais flexíveis de organização, o que poderemos dizer de um trabalho cujo objeto é humano, e cujo grau de variabilidade é extremamente alto?

Mas, voltando àquela frase, - “gostaria muito, mas não tenho tempo” - ouvida um sem número de vezes no contato com os trabalhadores do hospital, penso hoje que ela também pode ser ouvida, como tendo um complemento subentendido: não tenho tempo para isto que você(s), pesquisador(es) do PST, nos propõem. Quais os interesses que moviam a nós, PST, e quais os que moviam ou moveriam os trabalhadores do hospital? Se o que produz a inovação são os interesses comuns aos grupos (Latour, 1984), haveria alguma aliança possível?

Encontramos, nesse trecho escrito por Gilles Deleuze, a minha principal inquietação: *como um grupo pode conduzir seu próprio desejo, colocá-lo em conexão com os desejos de outros grupos e os desejos de massa, produzir os enunciados criadores correspondentes e constituir as condições, não de sua unificação, mas de uma multiplicação propícia a enunciados de ruptura?* (Deleuze, 1974: 131)

Ao me aproximar do Hospital, eu trazia uma outra indagação, relacionada a esta acima explicitada: *onde, num Hospital, descrito por tantos como lugar da dor e da morte, poderia ser encontrada a vida?* (Osorio da Silva, 1994).

Estabelecemos, eu e meus companheiros do PST, nossa vinculação ao cotidiano do Hospital pela associação de nosso trabalho às ações desenvolvidas pelo Núcleo de Saúde do Trabalhador do Hospital definido como campo da investigação - o Hospital Cardoso Fontes. O Hospital Cardoso Fontes foi escolhido por ter nos demandado assessoria. O Núcleo de Saúde do Trabalhador do Hospital havia sido criado pouco tempo antes, quando da eleição, para a direção do Hospital, de uma médica com uma história de militância no movimento da saúde, movimento este que atribuía à Saúde do

Trabalhador grande importância. Posteriormente, com a sucessão de outras direções, o Núcleo de Saúde do Trabalhador foi sendo gradativamente desmontado, até ser definitivamente apagado do mapa do Hospital. O esvaziamento desse serviço não suscitou qualquer protesto da parte do conjunto dos funcionários. Para nós, do PST, que havíamos traçado nossa intervenção como assessoria ao Núcleo, o trabalho ficava solto no ar. Mas, no momento, em que esse desmonte começava a se processar, minha pesquisa apenas se iniciava, tendo, entre seus objetivos, a produção de uma Dissertação de Mestrado.

Na verdade, a inserção como assessoria ao Núcleo de Saúde do Trabalhador já havia sido uma proposta alternativa ao caminho rotineiramente adotado pelo PST: parceria com a representação dos trabalhadores, a organização sindical e a CIPA¹⁴, e negociação mais ou menos amistosa com a gerência das empresas fiscalizadas. Mas nunca conseguimos a aproximação que desejávamos com o movimento sindical, no caso, o núcleo local do Sindicato dos Previdenciários. No Hospital havia uma Associação de Funcionários atuante, que mantinha conosco uma relação mais colaborativa, mas não se engajava na questão da saúde dos funcionários, privilegiando a luta salarial, a escolha democrática de direção e chefias, ou mesmo a realização de festas de confraternização e shows “prata da casa”¹⁵.

Nos primeiros estudos que desenvolvemos, constatamos, entristecidos, que os trabalhadores desse e de outros hospitais estavam enfraquecidos e mesmo doentes. Os dados do Núcleo de Saúde do Trabalhador, as observações e os estudos epidemiológicos (Rego, 1993) nos informaram números e estatísticas preocupantes: trabalhadores hipertensos, nervosos, entristecidos, em uso permanente de tranqüilizantes e outros remédios... Relatos apresentados em eventos diversos falavam de situações semelhantes em outras unidades hospitalares (As notícias mais freqüentes eram do Hospital Pedro Ernesto, que dispunha de um Serviço de Saúde Ocupacional). Se a linguagem da dor foi capturada pela medicina, se todas as

¹⁴ Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, preconizada nas normas do Ministério do Trabalho, e composta por representantes da empresa e dos empregados.

¹⁵ Apresentações festivas, no auditório do hospital, dos funcionários com habilidades artísticas, que cantavam, tocavam, diziam poesias. Muitos apresentavam trabalhos de sua própria autoria.

angústias são assunto hoje dos médicos e da medicina, porque num hospital seria diferente? Os trabalhadores expressavam corporalmente seu sofrimento.

Neste período de convivência do Programa de Saúde do Trabalhador com o Hospital Cardoso Fontes, foram produzidos um trabalho de mapeamento de risco (Araújo, 1992), um estudo acerca das relações entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico (Rego, 1993) e um outro sobre o trabalho da enfermagem, (Santos, 1995), além do estudo que gerou minha própria Dissertação (Osorio da Silva, 1994). Participávamos de reuniões e organizávamos seminários de Saúde do Trabalhador, mas pouco foi mudado na organização e condições de trabalho do Hospital.

Levei de meados de 1990 a março de 1993 para vencer os caminhos que me conduziram às enfermarias que tomei como campo em minha Dissertação, sempre participando do conjunto de trabalhos já citado. Dentro do grupo de pesquisadores surgiam divergências em torno da metodologia; alguns diziam que não deveríamos intervir, mas observar, aproximando o método daquele da observação participante. Já os trabalhadores do Hospital com quem tínhamos contato nos solicitavam soluções para a infinidade de problemas e angústias vividos em seu dia a dia. E, quantas vezes, no decorrer do trabalho ouvimos: "Sim, mas o que vai ser feito com isso?", "quem vai resolver alguma coisa?", "eles nunca fazem nada, vocês são idealistas, mas vocês vão ver!" As distâncias produzidas entre "eles" e os trabalhadores - funcionários são imensas: quem tem que decidir são "eles", os diretores, as autoridades, os competentes. Ouvíamos que "se eles não estão a fim, nós é que não podemos mudar nada mesmo..." E mais, uma relação sempre perpassada de sentimentos ambíguos para conosco, pesquisadores: "lá vem elas nos botarem para pensar no que eu quero esquecer". Também ouvíamos: "e depois, vocês vão sumir com os trabalhos de vocês feitos, os títulos conseguidos, ou isso vai servir para nós, como vocês vão usar essa nossa conversa?" Boa vontade, esperança, resistência, irritação... Nem sempre conseguimos manter claras as possibilidades e limites de uma proposta de pesquisa engajada, tendo como uma de suas bússolas a máxima da Análise Institucional: *transformar para conhecer e não conhecer para transformar*. Penso que não nos dávamos mesmo conta do quanto

dependíamos de nossos parceiros do Hospital para produzir qualquer mudança, já que não pudemos deixar isso claro para eles!

Na reflexão que ora desenvolvo, surpreendo-me com o contraste em relação ao que sabemos do movimento feito pelos trabalhadores italianos. Enquanto, no caso italiano, os trabalhadores fixaram como princípio a não-delegação aos especialistas da solução dos seus problemas (Oddone, 1986), encontramos no Hospital (Osorio da Silva, 1994) a atribuição aos especialistas e autoridades de toda a responsabilidade e capacidade de fazê-lo.

Nestes quatro ou cinco anos fomos sempre estrangeiros. Nossa entrada nas enfermarias e outros setores de circulação restrita era dada pela apresentação feita a cada passo pelos integrantes do Núcleo de Saúde do Trabalhador. Quando este Núcleo começou a ser reduzido, solicitamos crachás de identificação que nos facilitassem o acesso. Nunca tivemos este pedido atendido. Uma vez dentro da enfermaria, eu tinha sempre a sensação de ser recebida como visita, ora bem vinda, ora incômoda, mas sempre visita. Em minha Dissertação de Mestrado, descrevi assim meus sentimentos: *Um outro trabalhador-robô, agora o médico, anda pelos corredores e enfermarias e só vê aquilo para que se encontra programado. Não vê, então, as pesquisadoras; estranha sensação, a de ser transparente, invisível, inteiramente desimportante. A administração do espaço da enfermaria, quem entra, quem sai, quem está nos corredores ou no posto de enfermagem, não diz respeito ao médico e sim à enfermagem: a esta já havíamos nos apresentado.* (Osorio da Silva, 1994)

O que os trabalhadores ganhariam com uma pesquisa acerca do processo de trabalho? Acesso à cuidados de saúde? Atendimento médico? Mas os trabalhadores em questão são a própria equipe de saúde, o atendimento está ali mesmo, ainda que muitas vezes de modo informal ou apressado. Uma equipe do "nível central" da Secretaria de Saúde não poderia oferecer nada melhor em termos de atenção à saúde individual. Ganhariam mudanças nas condições e organização do trabalho? Provavelmente eles sabiam, como nós, das limitações de poder real do PST. Eles não sabiam o que poderiam ganhar, mas talvez estivessem perdendo algo do esforço coletivo de muito tempo, que havia permitido essa forma de anestesia, o fazer sem ver e sem pensar. E existem outras redes de invisibilidade. *A invisibilidade mais*

visível, do meu ponto de observação, é a invisibilidade do doente, na maior parte do tempo tão paciente e disciplinado que não se dá a ver.

Observei o desenvolvimento cotidiano das atividades, o trabalho real, tendo sempre como referência o que os entrevistados e os documentos me relatavam como sendo o trabalho prescrito, as tarefas¹⁶. Também desse ângulo de observação, o segredo é algo a se esperar, já que o trabalho real envolve sempre uma transgressão, algo que é feito de um modo diferente do que indica a norma.

Temos ainda que lembrar que o hospital é uma organização em que o segredo é característica importante das relações. Presente na tradição ética do sigilo acerca da vida privada dos clientes, o ocultamento mais ou menos seletivo das informações pode ser observado por todos os lados. Fracassos e erros não devem ser comentados, sendo a quebra desta norma considerada falha ética. Diagnósticos são falados e escritos em siglas que fazem parte de um dialeto profissional.

Em *Curar Adoecendo* (Osorio da Silva, 1994) comentei bastante minha sensação de esbarrar em portas além das quais só iam os "da casa" (expressão usada pelos funcionários do Hospital para se referir aos que ali trabalhavam, diferenciando-se dos demais trabalhadores da área de saúde que ali exercem alguma função eventual, formal ou informal). A metodologia empregada, embora proposta como uma forma de análise de tais ocultamentos, não foi suficiente. O dispositivo mais caro à Análise Institucional francesa, o da assembléia geral, não parece ser factível no cotidiano da pesquisa em hospital¹⁷. Não foi possível nem mesmo reunir pequenos grupos para uma restituição do material coletado. Durante três semanas estive nas enfermarias observando as tarefas realizadas, num ciclo de 24 horas; nesta observação eu procurava me deixar atingir pelas intensidades que atravessavam as enfermarias: o silêncio tenso quando um médico apontava ao

¹⁶ Trabalho real e trabalho prescrito, como explicitamos na Introdução dessa Tese, são conceitos desenvolvidos pela ergonomia francesa, buscando apreender a distância sempre existente entre a regra, o prescrito, e o que é efetivamente realizado. Nessa concepção, a diferença existente entre a norma e o realizado é reveladora da inteligência e da inventividade operária.

¹⁷ Perguntamo-nos se estamos generalizando indevidamente; mas a organização do trabalho de assistência hospitalar dificulta sobremaneira os encontros, os debates, os mais numerosos e diversificados sendo os mais difíceis. Apenas momentos de grande mobilização política têm tornado possível o dispositivo da assembléia geral.

enfermeiro o soro trocado, a ansiedade frente ao risco de ocorrer um óbito e "ter que fazer o pacote" (preparar o corpo após a morte), as reações provocadas pela internação de um "pafúncio" (expressão usada para designar algum parente de funcionário do Hospital, alguém "da casa"). Complementada por leituras de prontuários, de livros de ocorrências, de rotinas afixadas às paredes dos postos de enfermagem e de entrevistas informais com alguns trabalhadores e chefias, a observação gerou um texto. Pretendia produzir grupos de discussão daqueles acontecimentos assim registrados. Isso se revelou completamente impossível. Ao lado da falta de tempo, o Hospital engendrava um descrédito nos esforços de mudança que fazia com que nenhuma tarefa nova pudesse ter acolhida. Concluí que não havia tempo para sonhar. A aventura estava totalmente riscada do programa. Qualquer nova atividade era sentida como ainda mais trabalho e exploração. Fui então perseguindo os pequenos encontros, de duas, três, quatro pessoas, reunidas por serem do mesmo plantão, por serem amigas... *grupos-relâmpago* cujos participantes comentavam o texto produzido a partir da minha observação, algumas vezes sem tê-lo lido previamente.

Nós, do PST, éramos de fora. A observação dava-se dentro das enfermarias, mas a reflexão, na sua maior parte, ficava fora. O movimento de empurrar a reflexão para fora era tanto dos funcionários, ao recusar-se a participar, quanto do PST, ao levar textos meio-prontos, ou marcar as discussões no Centro de Estudos e não na própria enfermaria. Ainda assim, os grupos a que chamei *grupos-relâmpago* aconteceram e foram importantes.

Nossa própria limitação de tempo também não poderia ser ignorada: muitas vezes entramos e saímos correndo do Hospital, tínhamos horários e prazos, ritmos impostos de trabalho, não podíamos nos deixar levar um pouco mais pela "nau do tempo rei" (Pélbart, 1993), como eu gostaria e como, penso hoje, teria sido aquilo que possibilitaria, quem sabe, em parte, a quebra dos ritmos frenéticos ali cristalizados, abrindo espaço e tempo para novos

acontecimentos¹⁸.

Passo a relatar uma, talvez a única, mudança de rumo dos trabalhadores, que pôde ser claramente observada¹⁹, e que penso ter sido impulsionado pela presença da pesquisa no Hospital. Durante a estada do Programa de Saúde do Trabalhador no Hospital foi muito discutida a situação dos espaços de repouso do pessoal de enfermagem, escandalosamente inadequados. Reclamação antiga, mas reduzida a um resmungo cotidiano, este problema foi afinal enfrentado e resolvido. Um quarto de bom tamanho, com janela para um morro verdejante e banheiro privativo, que até então guardava caixas de material para diálise, transformou-se em quarto de repouso.

O objetivo de meu estudo (Osorio da Silva, 1994) estava em acompanhar acontecimentos, apreender e transformar movimentos produzidos em diversos encontros de corpos. Movimentos e máscaras, fluxos desejantes, artifícios, defesas, resistências. O movimento mais visível que apresentava algo de novo trazia à cena os clientes, personagens pouco notados, embora sempre existentes. Existia no Hospital Cardoso Fontes uma proposta de gestão participativa, a ser realizada por um Conselho formado por vários segmentos, incluindo usuários. Em geral estes usuários são representados por organizações de moradores, numa repetição da democracia representativa tão burocratizada que vivemos. Ali surgiu outra proposta: os usuários crônicos, organizados em grupos de hipertensos, diabéticos, colostomizados, e outros que estão freqüentemente no Hospital, teriam participação direta. Essa organização tornaria visíveis e ativos personagens até então vistos como partes doentes, inertes ou passivas, numa nova possibilidade de territorialização. Até onde sei, a idéia não se concretizou, mas sempre era um sonho... sinal de que nem tudo havia sido massacrado pela "falta de tempo".

Trago este relato movida pela necessidade de discutir as possibilidades de produzir conhecimento acerca das conexões entre trabalho e

¹⁸ Em um bonito artigo, escrito em 1990, Peter Pal Pélbart nos fala do tempo. Do tempo necessário para a criação, para a gestação do pensamento; e do reconhecimento do tempo como passagem que dá lugar ao novo, ao até então impensado. Intitula o artigo "A Nau do Tempo-Rei", numa analogia com a "Nau dos Insensatos", que vagava com os loucos por toda a eternidade, impedida que era de aportar para desembarcar seus passageiros em terra firme. Nessa, como nos hospícios, o tempo é lentificado e, aí como na velocidade máxima que anula o tempo, nada muda. É preciso embarcar numa outra Nau, aquela que permite uma saudável vagabundagem do espírito, a Nau do Tempo-Rei.

¹⁹ Pois sempre ocorrem mudanças que nos escapam, não são visíveis.

subjetividade no hospital - em que condições tal conhecimento pode ser engendrado? Hoje percebo com mais clareza que há que se respeitar um tempo que não pode ser contado pelo relógio, pelo calendário, pelo prazo da bolsa de pesquisa... A subjetividade coletiva, e suas expressões singulares, não respeita calendários e cronogramas. Se acreditamos também que as inovações se dão por alianças laterais de interesses (Latour, 1984), é imprescindível analisarmos, quando o objetivo é a transformação, a implicação do pesquisador com relação ao seu objeto de pesquisa. Sabendo quais os interesses do pesquisador podemos, talvez, produzir as desejadas alianças.

A implicação do pesquisador é abordada na metodologia da pesquisa-intervenção, como ferramenta de análise da rede de lugares que os diversos atores ocupam, incluindo o lugar do pesquisador, nestas relações. Faz parte do trabalho da pesquisa a análise das implicações do pesquisador com as instituições em jogo no campo da investigação-intervenção. Desde este ponto de vista, o pesquisador não é exterior ao campo da pesquisa, mas está sempre implicado. Essa abordagem põe em questão a relação sujeito-objeto de conhecimento e mostra-nos que ambos se constituem no mesmo processo. E, nesta análise, o chamado fora-texto (Lourau, 1993) é considerado um importante dispositivo de análise. No diário de campo são anotados sentimentos, pensamentos, idéias soltas, muitas passagens que acabam por não fazer parte do texto oficial, no caso que descrevo, minha dissertação de mestrado. Esse é o fora-texto. Alguns destes registros estão sendo retomados neste momento, como alimento para esta reflexão metodológica.

Pergunto-me o que o trabalhador do hospital geral público no Rio de Janeiro tem a esperar de profissionais/pesquisadores em Saúde do Trabalhador. Tais perguntas surgem talvez como resquício das propostas conscientizadoras da pesquisa-ação, proposta por Kurt Lewin, em que a participação ativa e direta do objeto da pesquisa fazia-se fundamental. Nesta, a gênese social precede 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 objetos da pesquisa, permitindo-lhes lutar por melhores condições objetivas de vida. Na pesquisa-intervenção o

pesquisador não se pretende agente de mudança, mas sabe que intervém, intercede, necessariamente, no campo pesquisado. Nessa intercessão poderão ser produzidos novos sentidos.

Uma outra confusão, sempre possível nesta metodologia, em que acredito ter incorrido, surge como conseqüência do não enfrentamento do caráter de empreendimento impossível que atravessa a proposta de uma intervenção institucionalista. Quando há uma demanda de auxílio profissional a um analista, o cliente demanda melhorias ou mudanças nas relações organizacionais, maior eficácia no alcance dos objetivos propostos, maior qualidade no atendimento da clientela. Mas o analista institucional, como afirma Heliana Conde Rodrigues, visaria intervir não a nível da organização-produto (dispositivos e objetivos naturalizados) e sim a nível das instituições que se instrumentam na mesma (1987: 26). No caso do hospital, problematizando as relações entre terapeutas e pacientes, a equipe de saúde, os especialismos e corporativismos, as linhas decisórias... Enquanto outros profissionais, como os analistas organizacionais ou os psicossociólogos, visam uma terapia social, um melhoramento, o analista institucional visa uma "subversão do instituído", possibilitando a formação de novas práticas não previsíveis nem programáveis (Lapassade, 1973: 206; Rodrigues, 1987:27).

Lembro, mais uma vez, o vínculo que mantínhamos com uma instância executiva do sistema de saúde (o Programa de Saúde do Trabalhador), à qual cabia justamente produzir melhoramentos nas condições concretas de trabalho, observadas em suas incursões aos ambientes de trabalho.

Os trabalhadores queixam-se do hospital, mas quais seriam seus possíveis interesses, aqueles impulsionadores de alianças e inovações? Temos algo a oferecer e trocar neste mercado? A pergunta talvez esteja mal formulada, eu deveria, quem sabe, perguntar que processos de singularização nossos dispositivos de Saúde do Trabalhador podem disparar, e como os pacientes do hospital participam destes processos. Continuo buscando a pergunta certa e as alianças possíveis.

Na fase de 1992/1994 (Osorio da Silva, 1994), os nós mais analisados nesta rede de relações foram os tecidos em torno da equipe e, não por acaso, esse era o plano de trabalho proposto. A equipe foi analisada

sempre a partir de um mesmo ponto: as tarefas e atividades do principal executor, o auxiliar de enfermagem. Surgem relações de equipe marcadas pela cultura da produção fabril taylorista, pela competição e individualismo capitalísticos (Guattari, 1986), pelos corporativismos como falsas soluções para as dores dos trabalhadores do hospital. Sem abandonar estas visibilidades, o que sustenta o interesse dos trabalhadores no seu trabalho cotidiano, e o que faz que o paciente retorne ao hospital? Para enfrentar estas perguntas, a metodologia da pesquisa-intervenção me parece inteiramente adequada. Mas não encontrei ainda os dispositivos com que trabalhar nem as melhores formas de estabelecer um grupo de pesquisa suficientemente inclusivo.

Silêncios e segredos

Hoje eu me pergunto então como produzir novos caminhos onde parece haver um excesso de verdades. Que dispositivos analisadores podemos construir para produzir novas possibilidades de vida num hospital público no Brasil? No Hospital todos sabem, sabem muito, quase todos (todos os que parecem ter alguma importância) são especialistas, e ninguém entra na *seara alheia*. Mas também não sabem, segredos são ciosamente guardados e todo o tempo sentia que não permitiam aos pesquisadores, estrangeiros que éramos, ir além de limites que, ao menos para mim, estavam pouco claros. Vivi a angústia de esbarrar muitas vezes em muros defensivos, em portas fechadas que talvez escondessem algo que poderia ser esclarecedor das muitas naturalizações que ia percebendo. Redescobri Foucault: *O segredo é talvez mais difícil de levantar que o inconsciente* (Deleuze & Foucault, 1974: 145). O discurso de luta contra o poder que cala, diz Foucault a Deleuze, não se opõe ao inconsciente, mas ao segredo. A vinculação de nosso grupo com a Secretaria de Estado de Saúde e com o Programa de Saúde do Trabalhador, nossa entrada a partir de demandas da Direção do Hospital e suas assessorias, certamente influenciaram os contornos de nosso acesso. Vínhamos de um organismo que era parte de um nível hierarquicamente superior às unidades hospitalares: a Superintendência de Saúde Coletiva, funcionando no prédio onde se localizam o Secretário de Estado de Saúde, o Representante Regional do Ministério da Saúde, todas as autoridades, enfim. E

entramos no Hospital através do grupo que ocupava a direção, ainda que eleita.

Este aspecto da preservação do segredo não é exclusivo do hospital no Brasil, e aparece tanto no cotidiano das enfermarias quanto na relação dos hospitais e profissionais com a sociedade. Um dossier sobre os hospitais franceses, publicado na revista *Sciences et Avenir*, em setembro de 1998, inicia-se comentando: *O diagnóstico feito nos deixa gelados: a França está doente, seus hospitais vão mal. Ela poderia se tratar, mas prefere não olhar a realidade de frente.*²⁰ Os dados trabalhados na pesquisa apresentada permitiram concluir que os riscos de morrer numa cirurgia variam de 1 a 20 entre os hospitais públicos ou não lucrativos da França. A reportagem segue: *Este é um acontecimento que provocará uma terrível explosão neste mundo impenetrável que é o universo hospitalar.*²¹ No decorrer da reportagem são descritas dificuldades de acesso aos ricos dados existentes.

Um outro aspecto a ser considerado na produção de segredos está na hipótese de que hajam no trabalho do hospital, e/ou especificamente no da enfermagem, regras de ofício que não foram analisadas naquele momento. Na formação das regras de ofício e do coletivo de trabalho estabelecem-se formas de comunicação específicas que não são imediatamente acessíveis aos que não são considerados parte daquele coletivo. (Cru, 1987). Em estudos desenvolvidos sobre o trabalho nos canteiros de obras de construção civil, Damien Cru observou que os trabalhadores se defendem contra o medo engendrado pelos riscos com a ideologia defensiva de ofício²², e também se defendem contra os próprios riscos por um saber-fazer específico chamado por ele *savoir-faire de prudence*. Estas formas defensivas não são vistas nem descritas espontaneamente como tal pelos trabalhadores. Sua transmissão, como dos demais usos e costumes do ofício, se dá em função de sua eficácia, sem que seja necessário explicitar seu caráter de prudência. Onde há um

²⁰ No original: *Le diagnostic fait froid dans les dos: la France est malade de ses hôpitaux. Elle pouvait se soigner mais préfère ne pas voir la réalité en face.*

²¹ No original: *C'est un événement qui va provoquer une terrible déflagration dans ce monde impénétrable qu'est l'univers hospitalier*

²² No original: *l'idéologie défensive de métier*

coletivo de trabalho, no sentido atribuído por Cru, há um trabalho comum na produção permanente do respeito às regras de ofício.²³ (1987: 46)

Analisando esta recusa a participar da análise do seu próprio processo de trabalho, a partir da Análise Institucional, podemos ainda formular a hipótese de que a não participação em grupos agendados de discussão, o silêncio e a produção ativa de segredos sejam um modo de ação não-institucional. Tais modos de ação são uma das possibilidades de ação anti-institucional, tal como o absentéismo e a deserção. A outra possibilidade, a do modo de ação contra-institucional caracteriza-se pela formulação de uma utopia, uma alternativa prática para a participação institucional negada. (Lourau, 1977: 25-28)

Temos então a considerar que parte da dificuldade encontrada na pesquisa se devesse à insuficiência do trabalho de análise do material que lhe era apresentado, e/ou da relação mútua construída entre os pesquisadores (que se sentiam estrangeiros) e os trabalhadores do hospital. A dinâmica dos segredos ativamente mantidos, consciente ou inconscientemente, por esses trabalhadores necessita maior análise para que possamos melhor compreender como se dá o trabalho no hospital. Os trabalhadores podem falar (ou não) ao pesquisador acerca do conhecimento que detém, já elaborado sobre seu trabalho. Mas também, diz-nos Josiane Boutet (1993), falar do seu trabalho pode ter uma dimensão de descoberta, num processo corporal que engaja integralmente os sujeitos falantes. Assim, "dizer o seu trabalho" é sempre uma tarefa difícil e nunca satisfeita. *A linguagem permite também, do mesmo modo que o colocar em palavras, a construção ou elaboração de saberes e de conhecimentos novos, contemporâneos da própria enunciação da palavra e que não preexistem. Existe assim uma verdadeira função de descoberta, graças à enunciação: diz-se a outros coisas que não se sabia (ou não sob esta forma) antes de as enunciar.* (Boutet, 1993)

Sobre a produção do segredo/silêncio, temos ainda a considerar a formação da subjetividade contemporânea, com a produção do intimismo, e das formas específicas de delimitar o público e o privado, o que se revela onde, como e a quem. (Sennet, 1988) Este é um ponto que permanecerá apenas

²³ No original: *Pour nous, il y a collectif lorsque plusieurs travailleurs concourent à une œuvre commune dans le respect de règles.*

apontado neste momento dada a sua complexidade, mas que não poderá ser deixado de lado no desenvolvimento da pesquisa sobre o trabalho no hospital. Os segredos e silêncios, que tanto me inquietaram na minha pesquisa anterior (1994), parecem, no atual estágio da reflexão, ser parte do modo de vida contemporâneo, mas ter suas especificidades no modo de vida produzido no cotidiano hospitalar. Seu enfrentamento certamente contribuirá para a construção coletiva do conhecimento acerca do processo de trabalho no hospital e dos modos de vida aí engendrados.

A vida, ou os modos de vida, como eixo de análise

Se busco a vida no hospital, é necessário explicitar o que entendo por vida. Tomaremos como próprio da vida a capacidade de enfrentamento das infidelidades do meio, com o estabelecimento de novas normas. A capacidade normativa é descrita por Canguilhem como aquilo que caracteriza o ser vivo saudável, que não é jamais indiferente ao meio.

Achamos, ao contrário, que, para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ele é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa. Em filosofia entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que propomos falar numa normatividade biológica.
(Canguilhem, 1982: 96-97)

Os modos de vida mais saudáveis são então aqueles menos limitados na capacidade de conviver com as variações e acidentes que possam ocorrer. Canguilhem nos fala das infidelidades do meio, e de como o vivo é capaz de reagir a estas.

Mas, para melhor caracterizar a vida e a morte, nada melhor do que recorrer ao poeta:

*Quando o enterro passou
Os homens que se achavam no café
Tiraram o chapéu maquinalmente
Saudavam o morto distraídos
Estavam voltados para a vida
Absortos na vida
Confiantes na vida.*

*Um no entanto se descobriu num gesto largo e demorado
Olhando o esquife longamente
Este sabia que a vida é uma agitação feroz e sem finalidade
Que a vida é traição
E saudava a matéria que passava
Liberta para sempre da alma extinta.*

Manuel Bandeira, Momento num café.

Esse jogo de vida e morte nos enreda a todos. No ambiente hospitalar ele não pode ser ignorado, não é possível olhar distraidamente e logo olhar para um outro lado, quando a morte passa a nossa frente. No hospital é preciso saber que vida é movimento, é capacidade de ação, ação de enfrentamento de surpresas agradáveis, desagradáveis, estimulantes, ameaçadoras...surpresas que incluem tanto a cura quanto a morte. No dia a dia do hospital, busco os modos que levem à expansão das possibilidades de vida, com seus encontros felizes e suas traições, à produção de novos caminhos quando os velhos se mostram inadequados.

Interessa a mim e, espero, a outros, descrever, descobrir e construir coletivamente essa aventura.

Bibliografia

- ARAÚJO, G. M. de, 1992. *Contribuição para a prática de inspeção sanitária no setor de saúde a partir das atividades desenvolvidas no Hospital Geral de Jacarepaguá*. Monografia de Especialização em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BENEVIDES DE BARROS, R., 1994. *Grupo: A Afirmação de um Simulacro*. Tese de Doutorado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.
- BOUTET, J., 1982. Atividade de linguagem e atividade de trabalho. *Éducation Permanente*, 116, 1993-3. (tradução de trabalho de Anísio Araújo)
- CANGUILHEM, G., 1982. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- CRU, D., 1987. Les Règles du Métier. Em: *Plaisir et Souffrance dans le Travail*, {Dejours, C., dir.}. Tome I. Paris: AOCIP/CNRS.
- DELEUZE, G., 1974. Três Problemas de Grupo. Em ESCOBAR, Carlos Henrique (org.). *Psicanálise e Ciência da História*, pp.125-138, Rio de Janeiro: Ed. Eldorado.
- DELEUZE, G., & FOUCAULT, M., 1974. Os Intelectuais e o Poder. In: *Psicanálise e Ciência da História* (Escobar, C. H., org.), pp.139-148, Rio de Janeiro: Ed. Eldorado.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S., 1986. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes.
- LAPASSADE, g., 1973. El encuentro institucional. Em Lourau, R. et al. *Análisis institucional y socioanálisis*. México, Editorial Nueva Imagen, p. 197-241.
- LATOUR, B., 1984. Le Théâtre de la Preuve. Em: *Pasteur et la Révolution Pasteurienne* (Claire Salomon Bayet, dir.). Paris: Payot.
- LOURAU, R., 1993. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora UERJ.
- LOURAU, R., 1977. Análisis Institucional y Cuestion Política. In: *Análisis Institucional y Socioanálisis* (Lourau, R. et all), México: Editorial Nueva Imagen.
- MACHADO, J., 1997. Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 13, Supl. 2, pp. 33-46.

- MACHADO, J., 1995. Impact on workers health in shipbuilding industry. *Safety and Health in Practice Course*. Estocolmo: National Institute of Working Life.
- MELO, A. I. S. & BARCELLOS, C., 1993. Mercury risk perception and assessment in a cloro-alkali plant. *Heavy metals in the Environment Congress*. Edinburg.
- ODDONE, I. et al., 1986. *Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec.
- PELBART, P. P., 1993. A Nau do Tempo-Rei. In: *A Nau do Tempo-Rei - 7 Ensaios sobre o Tempo da Loucura*, pp.29-46. Rio de Janeiro: Imago.
- REGO, M. P. da C. e M. de A., 1993. *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: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- RODRIGUES, H. de B. C. & SOUZA, V. L. B. de, 1987. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: *Análise Institucional no Brasil: favela, hospício, escola, Funabem*. (Saidon, O & Kamkhagi, V. orgs.), pp. 17-36. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.
- SANTOS, M. L., 1995. *O Trabalho dos Anjos de Branco: um estudo em hospital geral público*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SENNET, R., 1988. *O Declínio do Homem Público: As Tirantias da Intimidade*. São Paulo, Companhia das Letras.
- OSORIO DA SILVA, C., 1994. *Curar Adoecendo*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Revistas

Sciences et Avenir, septembre, 1998 (32-71). Dossier Hôpital.

Vida de hospital: possibilidades e impedimentos no desenvolvimento de um ofício fragilizado.²⁴

Resumo:

Este artigo apresenta uma análise da instalação de um trabalho de pesquisa e intervenção, desenvolvido no Serviço de Cardiologia de um hospital público brasileiro, como uma das partes de um convênio entre uma universidade brasileira e a Comissão de Saúde do Trabalhador deste mesmo hospital. A instalação da intervenção, que teria como objetivo a ampliação do poder de ação dos trabalhadores, a partir do desenvolvimento do ofício coletivo e dos ofícios específicos que compõem a rede de atendimento ao doente, enfrentou dificuldades diversas; já suas possibilidades foram apenas vislumbradas. A proposta de realização de um trabalho conjunto entre pesquisadores e diversos grupos profissionais que compõem a rede terapêutica é tomada aqui como um dispositivo analisador. No artigo, os impedimentos ao desenvolvimento do ofício e os obstáculos encontrados ao desenvolvimento do estudo sobre as relações de trabalho são analisados simultânea e reciprocamente.

Palavras chave: Processo de trabalho hospitalar, analisador, gênero profissional.

Abstract

This article highlights the beginning of an empirical research, led at the Cardiology Service of a public hospital in Rio de Janeiro. The study analyses some possibilities and difficulties

²⁴ Este artigo foi encaminhado à revista *Sciences Sociales et Santé*. Ele é um dos resultados de um ano de estudos em Paris, como bolsista do CNPq. Agradeço ao Laboratoire de Changement Social / Université Paris 7, e ao Laboratoire de Psychologie du Travail / CNAM, que possibilitaram minha participação em cursos e seminários. Ao Prof. Yves Clot agradeço a possibilidade de aprofundar meus conhecimentos em psicologia do trabalho e conhecer o trabalho desenvolvido atualmente pelo grupo da Clínica da Atividade. Agradeço ainda e de modo especial à minha amiga Malika Litim, doutoranda em Psicologia do Trabalho, que me ajudou a escrever a versão em língua francesa, contribuindo ainda com reflexões sobre o mundo do hospital. A colaboração dos profissionais do hospital pesquisado foi fundamental, e aqui faço uma menção especial à contribuição crítica do Dr. Manoel Maurício Chaves.

of a participative methodology. The proposition of a partnership between experts and the committed professionals in the service is focused as an analyzer. The methodology that should have been applied envisages the development of patient treatment, viewed as a collective work, as well as the research on more adequate tools for this development. The paper analyzes the obstacles to the development of the professional task and those encountered during the survey.

Key-words: hospital work process, analyzer, professional genre.

Introdução.

Constata-se, no Brasil, uma grande insatisfação com os serviços prestados pela rede pública de saúde, insatisfação que pode ser observada tanto na população atendida quanto nos profissionais que atuam nessa rede. Essa insatisfação, demonstrada por queixas veiculadas de formas diversas, não se traduz no desenvolvimento de novas formas de fazer. A partir dessa constatação, consideramos interessante estudar os dispositivos que possam favorecer um processo de renovação, que esteja nas mãos dos próprios profissionais de saúde, auxiliados pelos analistas do trabalho. Nesse percurso, temos como referência a psicologia do trabalho desenvolvida pelos autores da Clínica da Atividade²⁵, que retomam a proposta de I. Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981), de pesquisar meios de assessorar os coletivos de trabalho em sua tentativa de manter e ampliar sua capacidade de ação (Clot, 2001).

Neste artigo, apresentaremos as vicissitudes da instalação de uma pesquisa sobre trabalho e subjetividade em um hospital. Analisaremos principalmente as relações entre os profissionais do Serviço de Cardiologia e a metodologia participativa proposta; as relações observadas na rede de atenção ao doente também são comentadas, já que essas observações iniciais nos dão um conhecimento do campo empírico da pesquisa, indispensável à definição dos caminhos da análise coletiva que serão propostos a seguir.

O argumento desenvolvido é que faz-se necessário contribuir para o desenvolvimento do gênero profissional (Clot, 1999a) dos trabalhadores de saúde brasileiros que atuam junto a doentes hospitalizados, uma vez que esse ofício encontra-se fragilizado e paralisado face às condições precárias de trabalho atuais. Por gênero profissional referimo-nos à memória impessoal de um ofício, conjunto de regras e experiências das quais se pode lançar mão para agir; um gênero profissional forte faz da experiência um recurso para a renovação – a estilização - desse mesmo ofício.

A intervenção que se propunha tinha como objetivo produzir dispositivos de intervenção no cotidiano dos ambientes de trabalho, de modo a ampliar o poder de ação dos trabalhadores, por um processo de desenvolvimento de seus ofícios, em que os próprios trabalhadores pudessem ser os protagonistas.

²⁵ Uma das duas equipes que compõem atualmente o Laboratório de psicologia do trabalho do CNAM, em Paris.

No Serviço de Cardiologia nos propúnhamos uma reflexão coletiva que permitiria a construção de uma metodologia de desenvolvimento do trabalho de assistência ao paciente enquanto um ofício coletivo, um trabalho a ser desenvolvido em conjunto, solidariamente, por profissionais de diferentes inserções.

Como veremos, esse objetivo não chegou a ser atingido: participaram do trabalho, apenas 8 dos 56 profissionais médicos do Serviço em questão e uma pequena parcela de seu pessoal de enfermagem. Os impedimentos que se colocam ao desenvolvimento “espontâneo” do gênero profissional, colocam-se também como impedimento ao estabelecimento de uma demanda de análise, o que nos leva a enfocar esse momento de instalação da pesquisa como um analisador do processo de trabalho no hospital. No sentido dado pela Análise Institucional francesa, um analisador é um acontecimento, prática ou dispositivo que revela, em seu próprio funcionamento, aspectos impensados de uma estrutura social (Lapassade, 1979; Rodrigues, 1987). Estaremos então buscando aprender algo acerca do trabalho hospitalar e dos caminhos possíveis para o seu desenvolvimento a partir da análise das possibilidades e dos empecilhos encontrados, revelados pela proposta participativa e multiprofissional.

As características do campo empírico e sua relação com a pesquisa proposta.

As reflexões apresentadas neste artigo são parte de uma linha de pesquisa que vem sendo desenvolvida, desde 1996, a partir de um convênio entre o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal Fluminense e o Ministério da Saúde, que tem como objetivo a inclusão de estagiários na Comissão de Saúde do Trabalhador (CST) de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. O hospital em questão está situado na região central da cidade, onde habita uma população de classe média baixa; a maior parte de seus pacientes é proveniente da região próxima, mas recebe também pacientes de regiões mais distantes, que não encontraram solução para seu problema nos serviços da rede local. O Hospital conta com cerca de

2.500 funcionários²⁶ e dispõe das principais especialidades médicas, clínicas e cirúrgicas, em ambulatório e internação (400 leitos). Seu Centro de Estudos é atuante e existem diversos projetos de pesquisa em desenvolvimento no Hospital. O Hospital dispõe de um Serviço de Epidemiologia que desenvolve estudos próprios e colabora com pesquisas de responsabilidade dos serviços clínicos e cirúrgicos. O Serviço de Educação Continuada, que tem como público alvo o pessoal de enfermagem, e a Comissão de Saúde do Trabalhador (CST), completam um conjunto que dá a este hospital características singulares quando comparado com os demais hospitais brasileiros.

Dado o convênio já mencionado, nossa relação se estabeleceu por intermédio da CST, que é constituída por três médicos, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem²⁷ e tem como público alvo os funcionários do próprio Hospital. As dificuldades encontradas no dia a dia do Programa de Prevenção dos Acidentes de Trabalho, desenvolvido pela CST, nos levaram a retomar nossos estudos sobre as relações entre subjetividade e trabalho, iniciados anteriormente em outro contexto (Osorio da Silva, 1994).

O campo empírico delimitado foi o Serviço de Cardiologia, dado o interesse demonstrado por alguns profissionais que aí atuam por tudo que possa produzir melhores condições de trabalho e uma melhor atenção aos pacientes. Estes profissionais estão rotineiramente presentes nos eventos científicos do Hospital, participam de eventos sindicais e/ou associativos e são reconhecidos, no Hospital e na CST, por seu compromisso com o desenvolvimento da assistência pública em saúde no Brasil. Podemos ainda mencionar o interesse manifestado por uma enfermeira do serviço em receber ajuda da CST, por ocasião de uma enquete de riscos ocupacionais. A escolha é também determinada pelas características da especialidade, que exige uma relação estreita e prolongada com os doentes, assim como a utilização das técnicas mais modernas e sofisticadas.

Como veremos adiante, esse interesse na melhoria das condições atuais de trabalho não se desdobra em projetos efetivamente desenvolvidos. As

²⁶ Segundo dados da CST, em 2001 havia 685 médicos, 225 enfermeiras e 1301 auxiliares (742 auxiliares de enfermagem e 559 auxiliares operacionais).

²⁷ Embora usemos o feminino para os coletivos de enfermagem, e o masculino para os coletivos médicos, em alguns casos de menção individualizada tomaremos como referência o sexo efetivo dos profissionais implicados.

intenções, as críticas e as queixas não tem tido força suficiente para impulsionar novas formas de fazer.

A Clínica da Atividade num hospital brasileiro.

No Brasil, a Saúde do Trabalhador (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997; Machado, 1997) segue a tradição de autores da área da saúde coletiva (Laurel & Noriega, 1989), da psicologia do trabalho italiana (Oddone, Re & Briante, 1981) e da psicologia do trabalho francesa (Clot, 2001; Dejours, 2000), desenvolvendo-se como uma transdisciplina (Almeida Filho, 1997).

A proposição de Oddone na década de 70 (Oddone, 1986), de assessorar os grupos operários na superação da nocividade do trabalho, originou uma proposta de comunidades ampliadas de pesquisa, onde o “grupo operário homogêneo” se tornava o protagonista da pesquisa, como instrumento vivo da avaliação dos riscos e validação das soluções elaboradas. Nesta opção metodológica, há o reconhecimento do direito daqueles que são objeto da pesquisa de tomar o pesquisador como objeto, interpretar suas ações e seu sistema de pensamento, e esperar que suas interpretações sejam levadas em conta no protocolo da pesquisa (Cornu, 1997: 288).

Sempre seguindo I. Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981), frente a condições de trabalho precárias, a tarefa do analista do trabalho é inventar dispositivos para ampliar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores sobre o meio de trabalho real e sobre si mesmos, não mais protestando contra os constrangimentos sofridos ou fazendo uso destes para “vender” a saúde, mas tomando uma via que leve à superação concreta destas condições. O foco de interesse da investigação em psicologia do trabalho passa do diagnóstico das formas de desgaste no trabalho à invenção de um dispositivo que permita pensar coletivamente o trabalho para reorganizá-lo, estabelecendo novas formas de participação. A investigação se torna um instrumento para a mobilização subjetiva em torno da supressão do risco profissional, um ponto de apoio para uma experiência coletiva de retomada de poder sobre o trabalho por aqueles que executam esse trabalho (Clot, 1999a).

Seguindo esta linha de pensamento, propusemos a formação de um grupo ampliado de pesquisa que compreende: os profissionais do Serviço de Cardiologia, os profissionais e estagiários da CST e eu própria, como autora do

projeto e coordenadora da pesquisa²⁸. O trabalho a ser realizado por esse grupo é uma pesquisa-intervenção: é preciso identificar e analisar as demandas existentes, a fim de definir um caminho que permita construir um dispositivo de desenvolvimento do gênero profissional coletivo que o Serviço possa utilizar em seu próprio benefício. Este grupo foi convidado a participar, inicialmente, para uma discussão do projeto a ser desenvolvido, que já havia sido apresentado à Comissão de Ética de Pesquisa que se reúne no Hospital. É importante notar que este projeto constitui-se no meu próprio Projeto de Tese.

A dimensão coletiva do trabalho, o “trabalhar em conjunto” (Efros, Duc & Faiita, 1997: 41), pode ser observado nos modos de colaboração entre os agentes. No trabalho em questão existem dois coletivos em análise: um deles é composto pelos participantes da rede terapêutica, ou seja, os doentes do Serviço de Cardiologia e os profissionais que os atendem; o outro é composto pelo grupo ampliado de pesquisa.

Adiante apresentaremos as dificuldades de formação de um grupo de trabalho coeso e regular em suas atividades, havendo sempre grandes oscilações na participação de cada subgrupo. É importante observar que não houve, no momento inicial, grande insistência na leitura e discussão do projeto apresentado, nem na realização de reuniões formais; as dificuldades já vividas em um trabalho anterior (Osorio da Silva, 1994), bem como as limitações de tempo de um Doutorado, levaram-nos a uma estratégia de contornar dificuldades para seguir adiante.

Para analisar a rede terapêutica hospitalar tomamos o conceito de “gênero profissional” tal como ele é definido pela Clínica da Atividade (Clot, 1999)²⁹. Este conceito nos permite analisar o coletivo de trabalho, considerando tanto o trabalho prescrito quanto o real da atividade; deve ser analisado o que se faz, o que não se faz, o que se faz para evitar fazer alguma outra coisa, o que não se pode fazer e o que se gostaria de fazer. Se

²⁸ A coordenadora é, neste grupo, a única profissional com formação em pesquisa social, que está ligada à universidade e que, portanto, está diretamente interessada na produção de conhecimento nesta área.

²⁹ Nós não trabalhamos a questão de gênero no sentido de masculino / feminino, embora esta seja uma questão central no trabalho em saúde. Assim, nós falaremos sempre de médicos no masculino e de enfermeiras no feminino, levando em consideração os trabalhos já desenvolvidos com relação ao tema, tais como os de Danielle Kergoat.

pretendemos trabalhar com a mobilização subjetiva dos trabalhadores, precisamos dispor de conceitos que permitam analisar mais que o trabalho prescrito e o efetivamente realizado, incluindo na análise o caminho subjetivo entre esses dois momentos.

Nesta linha de análise, o ambiente de trabalho é visto como uma arena na qual um conflito está permanentemente sendo trabalhado, e recebe soluções sempre transitórias. Uma atividade sem contradições seria impossível de ser realizada, e sem esse conflito vital não é possível imaginar nenhum desenvolvimento da atividade. Agir é sempre uma réplica, parte de um diálogo com outras atividades, seja para desenvolvê-las, seja para recusá-las (Clot & Soubiran, 1998: 85).

A atividade de trabalho é sempre singular, sendo a recriação de situações que a pré-figuram. Os antecedentes sociais da atividade formam uma memória, objetiva e impessoal, que lhe dá continente, impondo-lhe limites e oferecendo-lhe recursos para enfrentar situações que são generalizadas num ofício. Esse trabalho social prévio à ação forma o gênero profissional. Trata-se de uma pré-atividade, algo dado a ser recriado na ação, convenções que são tanto recurso para a ação quanto limites à essa ação. O gênero marca o pertencimento a um grupo e orienta a ação (Clot & Soubiran, 1998: 86).

Cada trabalhador pertence simultaneamente a diversos gêneros, podendo pertencer, por exemplo, ao gênero de “enfermeira” e ao gênero “líder sindical”, ou ao gênero “enfermeira” e ao gênero “diretora da divisão de enfermagem”, “médico” e “chefe do ambulatório” ou “nutricionista” e “membro de uma comunidade religiosa”, etc. O conflito entre esses diferentes gêneros será uma das bases da renovação, a estilização, da atividade. O estilo não é um atributo psicológico do indivíduo, ele se situa no ponto de colisão entre os gêneros, dos quais ele se destaca (Clot & Soubiran, 1998: 87). A memória e os conflitos pessoais, situados em outras intercessões que não as de múltiplos gêneros, são uma outra fonte de estilização. Aqueles que agem são também objetos dessa ação; essas relações são recursos para o desenvolvimento tanto do gênero quanto das pessoas que trabalham.

Apresentaremos adiante alguns dados que ilustram a importância, para os trabalhadores brasileiros da saúde, daquilo que eles deveriam fazer, ou gostariam de fazer, mas não podem de fato fazer. Em condições precárias de

trabalho, o gênero profissional hospitalar sofre. Se a pesquisa internacional encontra problemas de comunicação nos hospitais (Grosjean & Lacoste, 1999), bem como de reconhecimento dos profissionais de saúde (Kergoat, 1992), na realidade brasileira esses problemas estão presentes de modo ainda mais evidente. Nós vivemos também, no Brasil, as conseqüências do período de ditadura (1964-1984) que diminuiu o poder de ação de grupos diversos (Chauí, 1993; Coimbra, 1993), entre eles os trabalhadores do hospital público (Osorio da Silva, 1994). As condições de trabalho são precárias e os trabalhadores do Hospital se ressentem de uma redução progressiva dos investimentos no setor. As más condições materiais e as falhas no atendimento reforçam a posição defensiva de cada grupo profissional, e, em muitos casos do trabalhador individualmente considerado.

Observa-se então um sofrimento psíquico que nasce dos impedimentos ao trabalho. A sobrecarga de trabalho pode originar um desgaste importante dos trabalhadores, mas as amputações do trabalho constituem uma fonte de sofrimento psíquico igualmente importante, fonte essa que não tem visibilidade a menos que levemos em consideração o real da atividade.

A entrada no campo empírico e as relações pesquisador – sujeitos/objetos de pesquisa.

No Serviço de Cardiologia foram observadas principalmente as enfermarias. Foram observadas tarefas e momentos decisórios que exigem a participação de diferentes profissionais, a experiência vivida nestas relações e as controvérsias que aí são geradas. Essa observação deveria permitir entrever a formação e o desenvolvimento de um ofício coletivo, resultado da solidariedade entre profissionais de diferentes categorias ou especialidades. Entrevistamos os profissionais em função de chefia, a assistente social, a nutricionista e a secretária; foram também entrevistados 10 pacientes e suas famílias; os membros das equipes diurnas de enfermagem foram entrevistados coletivamente³⁰. Foram realizadas entrevistas abertas, orientadas por duas questões complementares: Para você, o que é um trabalho bem feito no

³⁰ As equipes noturnas não foram entrevistadas. O processo de trabalho nas enfermarias, durante o período noturno apresenta diferenças importantes com relação ao trabalho diurno, mas este ponto não chegou a ser analisado na etapa da pesquisa relatada neste artigo.

Hospital? E, aqui no Hospital, o que caracteriza um dia realmente bom? Em seguida, era solicitada uma comparação com o habitualmente realizado. O resultado esperado nessa fase é o estabelecimento de um contrato de trabalho, uma revisão do contrato inicial ainda vago, em que se estabeleça, de comum acordo, um foco específico para a pesquisa-intervenção.

Dado que o projeto de pesquisa nasceu das relações entre a CST e a Universidade, este foi apresentado ao Serviço de Cardiologia pela CST. A chefia médica do serviço³¹ aceitou acolher a pesquisa, encaminhando-nos ao responsável pelas enfermarias. Os médicos responsáveis pela enfermaria – Dr. E. - e pelo ambulatório, Dr. A.³², embora interessados, pareciam temer um arrependimento futuro. Neste contato inicial foram-nos apresentadas questões relativas aos instrumentos que seriam empregados, à quantidade de sujeitos necessários, à amostra... Era evidente que pesquisa, para eles, remete à pesquisa quantitativa. Confrontado com uma metodologia qualitativa, um dos médicos respondeu: “Tudo certo então, vocês escolhem as armas, os horários, o local...” Essa imagem do duelo indica que o cotidiano de trabalho – o da enfermaria, e o da enfermaria como objeto de pesquisa - é visto, por este profissional e por outros membros da equipe, como um campo de relações de conflito. Essa metáfora nos confronta com uma visão da pesquisa como tendo um dentro – os que definem as armas – e um fora – os que aceitam ou recusam. Constatamos que a concepção de pesquisa mais familiar à esse ambiente é aquela considerada clássica (Morin, 1998: 26-31), como um trabalho que concerne exclusivamente ao pesquisador. Nessa concepção, o pesquisador escolhe seus instrumentos sem consultar àqueles que serão objetos da pesquisa. Pode-se observar, desde esse momento, um dos empecilhos à metodologia participativa proposta, e à formação de um grupo ampliado de pesquisa.

O acolhimento reticente pode ser atribuído à diferentes concepções do que seja pesquisa, mas também ao medo do aumento da carga de trabalho, vivido por pessoas que já se sentem sobrecarregadas. Mas, se a sobrecarga

³¹ O chefe adoeceu gravemente durante a fase do trabalho aqui descrita, e foi substituído, sem que isso tenha impedido a continuidade da pesquisa, mas com algumas consequências para a escolha dos temas a serem colocados em debate.

³² O Dr. A atua como médico assistente na enfermaria masculina e no ambulatório, além de coordenar a atuação ambulatorial dos profissionais do Serviço.

pode gerar preocupações, também pode gerar demanda de análise. Surgiram pedidos de auxílio da parte das enfermeiras e auxiliares que se sentem desgastadas pelas más condições de trabalho e por uma diminuição progressiva de pessoal de enfermagem³³. O grupo médico lamentou a falta de um psicólogo na equipe. O Dr. E. nos falou de seu interesse na inclusão deste profissional, para realizar grupos Balint e oferecer ajuda psicológica aos doentes e suas famílias.

As solicitações³⁴, mesmo timidamente esboçadas, mostram as diferenças de posição assumidas por esses dois grupos profissionais. Enquanto o grupo de enfermagem solicitou assistência para si, o grupo médico solicitou mais um especialista na equipe, alguém que poderia prestar assistência aos doentes, ou, no máximo, interferir na relação deste com seu médico. Além das diferenças entre grupo médico e grupo de enfermagem, temos o confronto com relação aos pesquisadores. As solicitações nos foram dirigidas na forma de queixas ou pedidos de assessoria especializada que indica soluções, enquanto nossa proposta era de uma análise coletiva do trabalho que permitiria a construção de novos caminhos.

As enfermarias e a rede terapêutica.

O Serviço de Cardiologia, um serviço clínico, situa-se num mesmo andar do Hospital, compreendendo duas enfermarias, a unidade coronariana (cuidados semi-intensivos) e a sala de eletrocardiografia. Neste andar estão a secretaria, a sala da chefe de enfermagem, o quarto das enfermeiras, o quarto dos médicos, um pequeno auditório (20 lugares) e uma pequena cozinha. Há ainda um setor de intervenções hemodinâmicas situado em outro andar do mesmo prédio. Os doentes são acompanhados no ambulatório e, quando hospitalizados, são alojados em duas enfermarias: a enfermaria masculina, com 14 leitos, e a enfermaria feminina, com 7 leitos. O serviço dispõe do

³³ Essa é uma constatação dos profissionais mais antigos do hospital, freqüentemente apresentada em tom de queixa. Num artigo acerca da história da enfermagem no hospital (Carvalho & Leite, 1999), foi feita referência a épocas áureas em que não havia falta de pessoal nem de material. Nas entrevistas foi comentado que os profissionais mais antigos vem se aposentando, ou morrendo, sem que sejam substituídos. Sem o ingresso de pessoal, a idade média avançada torna o grupo mais sensível à sobrecarga de trabalho.

³⁴ A palavra francesa “commande” é usualmente traduzida por “encomenda”; no entanto, vamos preferir traduzi-la por a “solicitação”, que consideramos mais próxima ao sentido original.

equipamento necessário aos exames mais freqüentemente solicitados na especialidade.

O Serviço de Cardiologia conta com 56 médicos³⁵, dos quais 8 são diaristas nas enfermarias³⁶; os demais atuam na unidade coronariana, no ambulatório ou em exames cardiológicos de imagem. Além destes, recebe anualmente 2 a 3 residentes de medicina³⁷. Apenas os 8 médicos diaristas e os médicos residentes foram informados da pesquisa. Não é esperado que os demais médicos, que trabalham em regime de plantão ou em atividades altamente especializadas, se interessem por qualquer assunto que não esteja diretamente relacionado às suas tarefas.

O Serviço conta com duas equipes de enfermagem, uma atuando nas enfermarias e outra na unidade coronariana. A escala de enfermagem é semelhante nas duas equipes. Nas enfermarias, as enfermeiras e auxiliares organizam-se em três equipes de plantão diurno e três de plantão noturno, no regime dito de 12/60³⁸. Cada uma delas deve ser composta de uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, uma auxiliar operacional e, eventualmente, de estagiárias de enfermagem. Esse quantitativo é considerado insuficiente pela chefe de enfermagem, dada a freqüência de urgências a serem atendidas³⁹. Na realidade atual, as enfermarias são atendidas, no período diurno, por 1 enfermeira e 3 auxiliares em cada plantão; nos plantões noturnos há falta de enfermeiras e apenas uma das equipes tem essa composição (os outros dois plantões tem 3 auxiliares cada um). Há ainda uma auxiliar diarista que, quase sempre, faz a reposição de profissionais de licença ou férias. O conjunto destas equipes é coordenado por uma chefe de enfermagem. Tal como ocorreu com o

³⁵ Dados da CST para o ano de 2001.

³⁶ Três dentre eles tem outras responsabilidades: o Dr. E. tem um contrato de 40 h /semana e é responsável pelas enfermarias e pela supervisão dos residentes ; o Dr. A. também tem 40 h /semana e é responsável pelo ambulatório e pelos exames pré-cirúrgicos do hospital; o Dr. M. tem um contrato de 24h / semana e é responsável pelos exames Holter.

³⁷ Cada residente de primeiro ano passa 5 meses nas enfermarias de cardiologia, podendo permanecer para o segundo e terceiro ano de residência. Existem no serviço 2 ou 3 residentes, que se renovam a cada ano.

³⁸ Nesse regime a enfermeira ou auxiliar trabalha um dia, de 7h às 19 h, ou de 19 às 7h, e folga dois dias, retornando no terceiro dia no mesmo horário do plantão anterior.

³⁹ Num congresso de saúde do trabalhador de saúde realizado em Montreal, em 1999, tivemos a oportunidade de conhecer uma realidade diferente da nossa; lá, a política de redução de pessoal, com a decorrente intensificação do trabalho, vem sendo acompanhada de reformas indicadas por análises ergonômicas de diversos tipos, demonstrando que há algum tipo de discussão das conseqüências dessa intensificação.

grupo médico, a chefe de enfermagem informou a apenas uma parte de seu grupo acerca da pesquisa: os componentes dos plantões diurnos. Num momento posterior, ela nos explicou que os componentes dos plantões noturnos não poderiam participar, o que, a seu ver, tornava a informação desnecessária.

A equipe multiprofissional das enfermarias é composta pelos médicos mencionados e pelo grupo de enfermagem⁴⁰. A assistente social e a nutricionista não pertencem à Cardiologia, mas são alocadas por sua chefia de forma a atuarem preferencialmente num mesmo serviço.

Durante a primeira entrevista, o Dr. E. nos forneceu uma descrição do funcionamento das enfermarias. Neste momento foram mencionadas duas reuniões correntemente realizadas pelo grupo médico: a sessão clínica semanal e a discussão de casos com os residentes de medicina, o “round”. O Dr. E. aceitou que os componentes do grupo ampliado de pesquisa observassem essas reuniões, mas nos alertou que essa observação poderia nos ser pouco útil, uma vez que a linguagem empregada é uma linguagem médica e poderia ser incompreensível para nós, psicólogos. Ao final de um “round”, em que esteve presente uma de nossas estagiárias, houve interesse em saber “se tinha dado para pegar alguma coisa”, ao que ela respondeu “Alguma coisa deu sim”. O diálogo se encerrou com uma frase brincalhona: “cuidado com o que você pega aqui no hospital!”.

Estas observações ressaltam uma característica importante das relações no hospital: a produção de segredos e assuntos privados. As relações entre os profissionais são hoje caracterizadas pela divisão social e técnica do trabalho: se o conhecimento e a linguagem deixam de ser privativos de uma profissão, sua legitimidade fica ameaçada (Machado, 1995). No hospital, essa regra é particularmente valorizada; os leigos não devem ter acesso fácil ao conteúdo do trabalho profissional realizado. Por outro lado, para ser reconhecido em suas habilidades, o trabalhador deve confrontar o outro ao mistério desse êxito; é necessário que algo escape aos espectadores. O segredo está ligado à valorização do virtuosismo. (Dodier, 1995: 237-238). Lembramos também que o trabalho real é o lugar do não-dito, daquilo que não pode ser expresso, já que esse é o lugar onde as pessoas se conduzem diferentemente do que está

⁴⁰ A expressão grupo de enfermagem é utilizada em referência ao conjunto de enfermeiras, auxiliares de enfermagem, e estagiários de enfermagem.

prescrito (Boutet, 1993: 115). O trabalhador pode estar num espaço de transgressão e deve ser prudente ao falar a pessoas que não são do ofício. Esta autoproteção dos grupos profissionais pôde ser observada na relação por vezes defensiva estabelecida conosco, pesquisadores; e também entre os diferentes grupos profissionais que compõem a rede terapêutica. Temos ainda a considerar que, no hospital, o segredo – o sigilo sobre a vida dos doentes – é parte integrante do trabalho prescrito; o silêncio, parceiro do segredo, ainda está presente nas placas das ruas próximas aos hospitais, assim como em seus corredores, como parte do conjunto de arsenais terapêuticos.

Desde nosso ponto de vista, deveríamos focar o serviço como um nó de uma rede, e não como um território circunscrito (Dodier, 1995 ; Latour, 2000 : 294-295), mas, como relatávamos acima, o encaminhamento dado na época pela chefia médica, e as entrevistas iniciais com profissionais ligados às enfermarias, nos conduziram por um olhar limitado a estas, deixando na sombra o conjunto do serviço estudado, assim como o hospital em sua totalidade. Foi mais adiante que nos demos conta dessa “redução”, com as conseqüências para a pesquisa que logo se fizeram visíveis: um grande número de profissionais do Serviço não chegou a ser informado acerca da existência da pesquisa e de seu desenrolar.

Há, no Serviço de Cardiologia, uma enfermaria masculina e uma feminina. Na enfermaria masculina, os leitos situam-se em duas alas, uma de cada lado de uma grande sala, separados entre si por meias paredes e cortinas. No centro, há uma mesa, onde estão os prontuários dos doentes e diversos formulários que os médicos devem preencher. Os médicos se reúnem em torno desta mesa para discutir os diagnósticos e tratamentos, orientar residentes, fazer anotações nos prontuários, e falar de assuntos do seu dia a dia. Esta mesa é central, como é central o trabalho médico no hospital. Dentro desta delimitação espacial, ilustrativa da divisão do trabalho, o pessoal de enfermagem circula sem cessar entre os leitos e o posto de enfermagem, enquanto os médicos permanecem longo tempo sentados, a refletir e decidir os tratamentos adequados à cada caso. Na enfermaria feminina, podemos observar a mesma separação entre os espaços de trabalho dos médicos e da enfermagem. Os leitos são uns ao lado dos outros, separados por paredes,

formando uma meia-lua, com o posto de enfermagem no meio; a sala dos médicos está numa extremidade, e a sala da enfermagem na outra.

A divisão do trabalho concretizada na organização do espaço, suscitou, para um estagiário do grupo ampliado de pesquisa, uma metáfora corporal: os médicos foram vistos como um "grandes cérebros sem pernas", "grandes cabeças" que pensam, falam e escutam seletivamente, enquanto as enfermeiras e as auxiliares seriam como formigas que não param jamais; poderíamos completar a metáfora e dizer que as auxiliares são os braços e pernas da equipe. Mas, na verdade, o trabalho realizado pela enfermagem não é apenas físico, exigindo operações mentais relativas, por exemplo, à gestão complexa do tempo, ou o recurso à memória da história do doente, e das melhores formas de se relacionar dadas as características de cada caso; essa defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real nos mostra que a divisão clássica entre planejamento e execução é subvertida pela recriação que se dá no trabalho real. No caso do profissional médico, o trabalho não é apenas intelectual ou de concepção, ele é também sensório-motor. Do mesmo modo que no caso da enfermagem, há uma divisão do trabalho que é interna ao grupo, e a execução é em grande parte atribuída aos médicos residentes, mais jovens e ainda em fase de formação: solicitar exames, examinar doentes⁴¹, anotar em prontuários e fazer relatórios. A metáfora corporal nos dá uma visão marcada pela supervalorização dada ao trabalho científico e pela desvalorização da inteligência prática.

A metáfora do médico como um cérebro hipertrofiado remete também à idéia do trabalho e da lógica médicas como organizadores do trabalho em saúde; a organização espacial da enfermaria masculina acompanha de modo exemplar essa lógica tradicional do processo de trabalho hospitalar. À mesa central cercada pelos leitos, agrega-se o posto de enfermagem lateral, e a ausência quase completa de máquinas sofisticadas; nesta enfermaria só se vêem pessoas acamadas e terapeutas – humanos – que lhes prestam cuidados.

Mais adiante, já no momento da restituição (Lourau, 1993: 51-56) dos aspectos observados, o Dr. M. manifestou seu desagrado com relação a essa

⁴¹ O exame físico do doente, bem como certas intervenções (curativos, retirada de material para exames, etc.) exigem a entrada em cena de habilidades sensório-motoras, de contato físico com o doente e exposição a riscos biológicos diversos.

metáfora. O Dr. M. tomou a defesa de seu grupo, que ele acreditava desvalorizado: "os médicos trabalham muito!". Tentamos entabular um diálogo questionador da divisão do trabalho, e obtivemos como resposta: "mas é exatamente assim que tem que ser". Para este profissional, e certamente para outros participantes dessa rede, a explicação técnica da divisão do trabalho é válida e suficiente. O desagrado manifestado pode também ser entendido como uma queixa devida às pesadas cargas do trabalho médico, pouco levadas em consideração por serem cargas cognitivas e psíquicas (Estryn-Behar, 1989).

A discussão acerca da especificidade de cada função nos remete a um segundo sentido do trabalho médico: um trabalho de grande responsabilidade, feito individualmente; desde este ponto de vista, a autonomia do trabalho médico é essencial e deve ser cuidadosamente preservada. A demarcação e hierarquização dos grupos profissionais é também visível no momento das entrevistas: elas eram mais facilmente realizadas quando eu, doutoranda e coordenadora da pesquisa, entrevistava a equipe médica, e os estagiários entrevistavam os residentes e as auxiliares, ou seja, quando são respeitados os limites tradicionalmente estabelecidos.

Se na enfermaria masculina reinam os médicos, na enfermaria feminina a enfermagem parece imperar. O posto de enfermagem não é lateral, como na masculina, mas central e localizado num plano ligeiramente mais alto que o do restante da enfermaria. Enquanto os médicos da enfermaria masculina parecem estar presentes a maior parte do tempo, na feminina é a presença da enfermagem que salta aos olhos. Não há de ser casual que os médicos imperem na área masculina e as enfermeiras na feminina.

A mesma segmentação foi encontrada nos prontuários, o principal instrumento de informação sobre os doentes durante a internação (Grosjean & Lacoste, 1999). Ele comporta, na primeira metade, a parte médica - informações diversas sobre o doente, as prescrições, os pedidos e resultados de exames - e, a seguir, as folhas preenchidas pelas enfermeiras. Estas últimas contêm os relatos sintéticos do estado do doente ao fim de cada plantão e a programação das tarefas de assistência ao doente, com uma anotação codificada sobre sua efetiva realização - um "OK" para um cuidado prestado, uma marca vermelha ao redor do horário em que o medicamento

prescrito, mas não disponível na enfermaria, deixou de ser administrado (neste caso diz-se que ele foi “rodelado”).

Os prontuários são sintéticos e escritos no estilo e vocabulário dos especialistas de cada grupo profissional. Escrever um prontuário é uma atividade dirigida⁴² que tem como destinatários aqueles que falam a mesma linguagem codificada. Os aspectos técnicos dos tratamentos e cuidados - prescrições, doses, horários de medicamentos – estão sempre presentes. Já as anotações sobre o estado geral do doente, sua dor, os aspectos psicológicos do caso, são raramente encontrados; aparentemente, essas informações não são consideradas fundamentais para a atuação médica. As anotações da assistente social raramente são anexadas aos prontuários. A divisão do prontuário por campo profissional e a ausência de certos aspectos nos falam da fragmentação dos doentes: o fisiológico é separado do social e do psicológico.

O estilo abreviado do prontuário (Fraenkel, 1994) está relacionado à manutenção do sigilo, mas também à função formalmente atribuída a este documento: fornecer informações-chaves de uma forma rápida. Esse estilo indica também que as trocas orais são mais valorizadas que as escritas. Durante a primeira leitura, feita na enfermaria, o Dr. A. interrompeu-nos, dizendo: "O que vocês estão procurando aí, vocês não vão achar nada nesses papéis... Vocês podem me perguntar o que quiserem saber, eu dou as informações que vocês precisarem." As informações detalhadas, que podem esclarecer o caso, só podem ser integralmente obtidas na comunicação oral.

Os quadros de aviso e os livros de ocorrência também são, em geral, preenchidos e consultados por grupos profissionais específicos.

Os principais laços de ligação entre o grupo médico e o grupo de enfermagem são as folhas de prescrição, preenchidas pelos médicos, principalmente pelos residentes. Estas folhas são entregues à enfermeira e detalhadas para serem o apoio do trabalho das auxiliares; elas são o ponto de partida de diversas atividades de articulação entre o Serviço de Cardiologia e outros setores do Hospital (pedidos de materiais e medicamentos, organização

⁴² A atividade de trabalho é, segundo Clot (1999), uma atividade dirigida à si mesmo, ao objeto de trabalho, e a um terceiro fator que varia, que pode ser um profissional da equipe, a equipe em seu conjunto, ou ainda o pesquisador.

da agenda de exames, etc.). As folhas de prescrição ficam separadas do resto do prontuário, ao alcance fácil da enfermagem, até a alta do doente ou sua saída da enfermaria. As comunicações orais entre médicos e enfermeiras não são muito freqüentes, e as auxiliares não se aproximam com freqüência da mesa central.

O estudo dos prontuários nos mostrou que os doentes raramente recebem tudo que lhes foi prescrito, já que muitos medicamentos e materiais estão em falta no almoxarifado. Entre os prontuários analisados, figuram casos em que faltaram 50 % dos medicamentos, e nenhum paciente recebeu 100% do prescrito. Voltaremos adiante às reflexões, acerca das relações observadas na rede terapêutica, que a produção deste dado nos permite fazer.

A fragmentação nas comunicações e no atendimento ao doente nos fala dos impedimentos à formação de um ofício coletivo, numa realidade em que os ofícios específicos mantêm cuidadosamente seus modos de exercício de poder; mas há a articulação de uma rede terapêutica. Os doentes que recebem alta de um período de internação retornam em seguida diretamente à enfermaria para serem examinados pelo médico. Antes e depois dos eventuais períodos de internação, os doentes são acompanhados no ambulatório. Podemos encontrar, nos corredores do Serviço de Cardiologia, doentes com sintomas cardíacos, que são enviados pela Emergência para um exame imediato. Os doentes hospitalizados são submetidos à numerosos exames de imagens, podem ser transferidos durante um período considerado delicado para a unidade coronariana, e alguns recebem próteses e são submetidos à exames no setor de Hemodinâmica. Os doentes do Serviço necessitam freqüentemente de cirurgias cardíacas ou vasculares, podendo retornar à Cardiologia após a intervenção cirúrgica. Diversos médicos alocados na unidade coronariana atendem às enfermarias, como plantonistas no período da tarde, da noite e dos fins de semana. Essas ligações fazem parte da organização do trabalho. Algumas, como a entrada dos doentes com alta recente da internação, não são prescritas, e são mencionadas pelas enfermeiras como fonte de confusão. Outras, como o envio à cirurgia, são previstas, mas a realidade não corresponde à prescrição, existindo atrasos: as máquinas quebram com freqüência, uma emergência ocupa a sala prevista ou, por vezes, a preparação do doente é considerada insuficiente pela equipe da

cirurgia. No caso de um retardo numa intervenção aprazada, o doente permanece hospitalizado por um tempo maior que o previsto, o doente e sua família podem ficar angustiados e a equipe sabe que esse alongamento do tempo de internação resulta em outros problemas. Assim, os setores responsáveis pela manutenção das máquinas e pelos contratos que sustentam essa manutenção passam a fazer parte da rede de atenção ao doente. Do mesmo modo, a aquisição e distribuição de medicamentos e outros materiais está sempre presente. Há um confronto cotidiano entre uma organização que valoriza a especialização e a divisão por categorias profissionais, com a lógica médica ao centro, com uma outra, em que o centro sofre deslocamentos na rede terapêutica.

A construção do grupo ampliado de pesquisa e seus limites.

A proposição de formação de um grupo ampliado de pesquisa não deu origem a um grupo suficientemente estável de trabalho. Ocorreram três reuniões na CST e duas no Serviço de Cardiologia. Apenas um médico e dois estagiários da CST participaram da etapa que relatamos. A participação dos profissionais do Serviço se limitou inicialmente ao papel de informantes, ampliando-se com a participação do Dr. E., do Dr. A. e de alguns membros da enfermagem, na análise dos dados recolhidos. Os demais, tanto do quadro quanto residentes, não demonstraram interesse. Na verdade, como dissemos acima, apenas os médicos diaristas das enfermarias haviam sido informados.

As enfermeiras e auxiliares estiveram, a maior parte das vezes, presentes nas reuniões. O grupo de enfermagem é, em geral, mais receptivo que o grupo médico às propostas da CST, permitindo supor que este grupo a considera como um serviço que lhes pode ser útil. Por outro lado, as responsabilidades das enfermeiras e auxiliares incluem a recepção de todos que devem desenvolver algum trabalho na enfermaria, o que inclui os pesquisadores. No entanto, deixaram claro que não desejam ver aumentada sua carga de trabalho: os pedidos de entrevistas no horário da tarde, período do dia em que elas esperam poder descansar, assistir à televisão ou tomar um café, nem sempre teve boa acolhida. Talvez possamos entender que a enfermagem pensa que, se a pesquisa é trabalho, deve ser feita no horário principal de trabalho, o horário da manhã.

O material obtido nas observações e entrevistas deu origem a um relatório a ser usado para a reflexão coletiva, numa reunião de restituição. A restituição das informações que são obtidas no dia a dia da pesquisa, ao conjunto de observadores e observados, é uma técnica já consagrada em várias linhas metodológicas, ditas participativas. Ela é discutida com toda atenção por aqueles que, como nós, adotam a Análise Institucional como eixo metodológico central. Na metodologia da Análise Institucional francesa, a restituição tem como objetivo criar zonas de visibilidade onde antes haviam segredos e sombras, permitindo que tais temas sejam elaborados coletivamente. Este um ponto especialmente delicado da técnica, podendo haver dificuldade em definir onde termina a técnica e começa a indiscrição, ou risco de se cair na denúncia. Há que enunciar questões sem denunciar outrem. A restituição, para ser verdadeiramente construtiva, supõe o respeito a certas regras. Entre estas, estão certamente as regras da discrição e as regras técnicas relativas à escolha do momento oportuno para a restituição (Lourau, 1993: 52). Em nosso caso, houve dificuldades na condução desse processo, relacionadas à diferenças de opinião importantes quanto à melhor forma de conduzir o processo, entre os organizadores da reunião.

Organizamos os dados por temas, colocando-os em discussão na CST. A seguir, apresentamos estes mesmos dados ao Dr. E., ao Dr. A. e à chefe de enfermagem. As reações foram bastante diferentes: a chefe de enfermagem não apresentou sugestões; o Dr. E. mostrou-se preocupado com relação aos conflitos que o conteúdo poderia gerar ou acirrar; o Dr. A. mostrou o texto a um colega, que avaliou seu conteúdo como desprovido de importância: em sua opinião, o texto construído viria certamente a se constituir em fonte de desavenças, novas ou renovadas. Essas reações nos falam do potencial de intervenção deste texto nas relações sedimentadas, talvez maior do que o suportável naquele momento.

Esta última reação é indicativa de um sentido atribuído ao trabalho como lugar de relações harmoniosas, baseando-se esta harmonia no respeito aos limites das disciplinas e especialidades, que indicam responsabilidades profissionais bem específicas. Segundo esse ponto de vista devemos ser prudentes ao pensar em expor controvérsias, já que estas são consideradas indícios de mau funcionamento grupal. A partir desta concepção de trabalho

em saúde não há razão para perseguirmos o desenvolvimento de um ofício coletivo.

A reunião de restituição foi organizada, convidando os profissionais do serviço à uma análise coletiva dos dados recolhidos. A proposta de um trabalho participativo constituiu-se num analisador das diferentes formas de agir. A chefe da enfermagem- convidou o plantão do dia da reunião a ler o relatório em grupo. Já os médicos deixaram-no disponível para seus pares, para uma leitura individualizada. A partir deste momento os profissionais do Serviço de Cardiologia começaram a participar da análise: 3 médicos dando individualmente sua contribuição e a enfermagem pela elaboração de uma participação mais consensual, embora limitada ao plantão do dia da reunião.

A dinâmica de inclusão/exclusão dos diversos grupos profissionais na equipe terapêutica ficou demonstrada pelas presenças e ausências nas reuniões. Uma carta assinada por mim, enquanto coordenadora da pesquisa, e pela CST, convidava a todos os profissionais do Serviço para a reunião. A intenção era reunir a equipe multiprofissional⁴³. Mas, após a reunião, um médico observou que a assistente social e a nutricionista não haviam sido avisadas. Neste momento nos demos conta que jamais as havíamos visto nas enfermarias: ou estas profissionais estão ausentes deste ambiente de trabalho, ou nós não nos apercebemos de sua presença. Ficou também claro que os encaminhamentos dados à pesquisa vinham atribuindo aos grupos profissionais os mesmos lugares já institucionalizados na divisão do trabalho hospitalar. Este caminho, de observação participativa e restituições sucessivas, não produziu, naquele momento, efeitos visíveis nessas relações.

A fim de orientar o debate, um texto foi organizado pelos seguintes temas: comentários sobre a pesquisa; relações na equipe multiprofissional; relações internas aos grupos profissionais; qualidade do atendimento ao doente (mencionada pelos profissionais ou pelos doentes e sua família); e organização do trabalho. Foram ressaltadas as controvérsias observadas: pesquisa x atenção ao doente; pesquisa qualitativa x pesquisa quantitativa;

⁴³ Utilizamos a expressão "equipe multiprofissional" para nos referirmos a situações em que trabalham em conjunto profissionais de diversas inserções: médicos, enfermeiros, nutricionistas, etc. As resistências não são as mesmas quando fazemos essa proposta, ou, por exemplo, quando propomos trabalhar com médicos de diversas formações e especialidades, numa relação de interdisciplinariedade. Voltaremos à este ponto na conclusão deste artigo.

médicos x equipe de enfermagem; médicos x outros grupos profissionais; cardiologistas x cirurgiões cardíacos; administração x equipe terapêutica.

No início da reunião, estavam no auditório os dois médicos responsáveis, dois residentes de medicina, a chefe da enfermagem, três auxiliares e dois estagiários vinculados à CST. Assim que o primeiro ponto de discussão ficou definido - a relação entre médicos e enfermagem -, os residentes de medicina se retiraram.

Um comentário recorrente no relatório versava sobre a dificuldade de comunicação, ou mesmo falta de respeito (como não dizer bom dia ou muito obrigado...), entre médicos e enfermagem. Uma história relatada nesta reunião dizia respeito a “um caso de tuberculose”, conhecido dos médicos, sem que estes houvessem advertido à equipe de enfermagem⁴⁴. A auxiliar de enfermagem preocupava-se com o alto risco de contágio, já que os protocolos de segurança não teriam sido seguidos. Nenhum dos presentes, médico ou enfermeira fez qualquer comentário. Como na época não houve notificação de casos de tuberculose pulmonar no Serviço⁴⁵, pode-se supor que se tratasse de uma tuberculose do saco pericárdico, mais comum numa enfermaria de cardiologia, e não contagiosa. Neste caso, temos uma falha na comunicação, mas não aquela pensada pela auxiliar: a dificuldade estaria em fazer circular o saber. Pode-se interpretar que aqueles que estariam melhor capacitados – médicos e enfermeiros - teriam se furtado, ao menos durante a reunião, a esclarecer o caso; ou que as enfermeiras e auxiliares são pouco ativas na busca de mais conhecimento e de melhores informações.

Na reunião, enfermeiras e auxiliares não insistiram na “comunicação desrespeitosa”, relatada anteriormente; descreveram a relação como “cordial”, faltando no entanto a discussão regular de casos com a participação da enfermagem. Uma auxiliar explicou: “Eu já trabalhei no DIP (Departamento de Doenças Infecto-Parasitárias), onde havia reuniões (de equipe); assim a equipe se desenvolve, a heterogeneidade nos ajuda a trabalhar melhor, podemos falar dos problemas, deve haver o ‘round’ com todo mundo”. O bom nível de

⁴⁴ Numa pesquisa realizada em uma outra unidade de internação em cardiologia (Marziale & Carvalho, 1998) a falta de comunicação sobre suspeitas e diagnósticos de doenças transmissíveis foi a causa de risco mais freqüentemente detectada nas entrevistas realizadas com pessoal de enfermagem.

elaboração dos discursos das auxiliares surpreendeu os médicos presentes, que comentaram quão pouco conheciam as auxiliares de enfermagem. A afirmativa, de que a heterogeneidade possa ajudar a trabalhar bem, nos apresentou um outro sentido do trabalho no Hospital: o de uma atividade que exige diversos conhecimentos articulados, que se influenciam num desenvolvimento mútuo. Esse sentido, favorecedor da formação de um ofício coletivo, é contraditório com a concepção, já mencionada: a de um trabalho bem dividido em diferentes partes especializadas, onde cada um se mantém em seu lugar.

Um efeito positivo desta reunião pode ser observado no deslocamento da posição de queixa, acerca das relações na enfermaria, para a de descoberta mútua de possibilidades de trabalho conjunto. Mesmo não tendo evoluído para mudanças na organização do trabalho, esses efeitos mostram a existência de um potencial de desenvolvimento coletivo.

A principal solução proposta para os problemas apontados foi a participação das enfermeiras, particularmente a chefe, no "round", ou seja, na discussão médica de casos, que se dá uma vez por semana. A utilização exclusiva dos prontuários pelos médicos, no que diz respeito à evolução dos doentes, foi mencionada. Foi considerado como justo e útil que as enfermeiras passem a estar integralmente implicadas na construção dos prontuários, todos os profissionais da equipe anotando suas observações uns após os outros. Este procedimento nunca foi adotado neste Serviço (nem na maior parte dos hospitais do Brasil). Um dos médicos presentes lembrou que este "deve ser o prontuário do paciente, e não o do médico"; deveria, portanto, conter informações fornecidas pelos diferentes profissionais, incluídas as enfermeiras. Trata-se de uma crítica à posição de centralidade excessiva ocupada pelos médicos, em detrimento dos interesses do doente; tal organização seria compatível com a formação atual das enfermeiras e é adotada com maior freqüência em outros países, gerando uma melhor comunicação entre esses grupos (Svensson, 1996). O discurso da enfermagem foi inicialmente dirigido a nós, pesquisadores, e agora também aos médicos; podemos dizer que a

⁴⁵ Pesquisando as notificações de tuberculose pulmonar feitas pelo Serviço de Cardiologia encontramos um caso em 1998 e um em 2000. Como essa reunião foi em dezembro de 1999, consideramos pouco provável que tenha sido esse o diagnóstico.

enfermagem passou da queixa dirigida aos analistas externos – os “experts” - para o reconhecimento de sua própria competência seguida da sugestão de soluções, havendo uma mudança de posição que favorece o desenvolvimento tanto do ofício específico como do ofício coletivo. O grupo médico, por sua vez, reconheceu, durante a reunião, a possibilidade e as vantagens de um trabalho menos fragmentado; à saída o Dr. E. dirigiu-se à nós, expressando sua satisfação com o “bom nível” da contribuição dada pelo pessoal de enfermagem.

Tomando em consideração o que foi dito na reunião descrita, todos estão de acordo quanto à importância do trabalho de equipe multiprofissional⁴⁶, sobre a necessidade de melhorar a comunicação e atribuir à equipe de enfermagem uma maior participação no trabalho intelectual. Mas o grupo também falou de suas dúvidas quanto às possibilidades de mudanças. Na opinião do Dr. A. "as enfermeiras devem lutar por essas coisas, os médicos não podem lutar em seu lugar, e eles não vão fazer isso nunca. Elas podem meter o revólver na cinta e ir à luta, se elas vierem de batom não vai dar certo"⁴⁷. A imagem do duelo retorna, para reforçar a estratégia de guerra. Segundo o Dr. A., "se as enfermeiras desejam mudanças, elas devem tomar a iniciativa, os médicos não estão interessados e não vão fazer isso por elas". Ele continuou: "os médicos, eles estão satisfeitos por ter o poder, eles não querem passar esse poder para outros membros da equipe". Constata-se que os médicos conhecem as necessidades de seus parceiros de trabalho – os membros do grupo de enfermagem – mas consideram que cada grupo deve cuidar de seus próprios interesses; e que a dominação de um grupo sobre os demais é considerado por alguns como um interesse aceitável e por outros como uma realidade criticável, que deve ser enfrentada.

Nesta reunião, a saída rápida dos residentes nos permite supor que não há interesse na construção do trabalho em equipe multiprofissional. E, como ninguém questionou o abandono da reunião, podemos concluir que o interesse exclusivo sobre os temas médicos é considerado característico do trabalho médico. Esta hipótese é reforçada pelo modo como as informações acerca da

⁴⁶ Os profissionais da Nutrição foram mencionados, em relação à formação insuficiente do pessoal que distribui a alimentação, e que não é capaz de orientar os doentes quanto à ingestão de sal.

⁴⁷ Todos dizem "elas" quando falam de enfermeiros e enfermeiras, e "eles" para se referir aos médicos.

pesquisa e da reunião foram, ou não, fornecidas: a informação oral foi pouco enfatizada e o tema da reunião não foi registrado no quadro de avisos utilizado para informar sobre as reuniões clínicas, realizadas no mesmo auditório e mesmo horário – o cotidiano de trabalho era uma temática marginal. A importância atribuída ao trabalho em equipe multiprofissional fica então problematizada: aí existem, simultaneamente, diversas posturas e avaliações, trata-se de um terreno pleno de ambigüidades.

A organização da visita aos doentes foi comentada, destacando-se como problema principal a ausência de médicos e enfermeiras neste horário. Uma auxiliar de enfermagem se queixou: "as famílias têm seus problemas, quando eles saem, deixam o paciente nervoso, inquieto. Os acompanhantes às vezes ajudam, outros atrapalham. Alguns se queixam que os medicamentos não são dados, ou são dados fora de hora... O medicamento é dado, mas o acompanhante não acredita". Ninguém comentou essa observação, sobre a desconfiança que as famílias algumas vezes expressam em relação ao trabalho da equipe de enfermagem. O Dr. E. propôs que os residentes passassem a estar presentes nos horários de visita. O tema da divisão das tarefas é sempre presente, e discutido, tomando em consideração a participação de médicos e enfermeiras. Os demais profissionais, por exemplo as assistentes sociais, não são mencionados.

No que diz respeito às entrevistas feitas com os doentes, fomos surpreendidos por duas situações contraditórias: os períodos prolongados de internação, que tinham muitas vezes como causa os equipamentos quebrados e a falta de materiais; e o depoimento dos doentes sobre a excelência do serviço, comparado com outros em que haviam sido atendidos. Durante a reunião, a fala das auxiliares trouxe um outro ingrediente à essa discussão: a desconfiança das famílias.

A desconfiança, e atitudes defensivas, parecem ser parte integrante das relações cotidianas no hospital, e não apenas neste (Osorio da Silva, 1994; Vega, 2000). Numa reunião posterior à que acabamos de relatar, uma auxiliar de enfermagem relatou que nós havíamos sido tomados por "X-9s",

informantes das autoridades⁴⁸. Um outro comentário versou sobre o incômodo causado por um estagiário que observava a enfermagem e anotava suas observações, sem parar para se dirigir a ninguém. De fato, sentir-se observado pode se tornar desconfortável; e as pesquisas podem revelar segredos, com o risco de tornar visíveis acordos escondidos, os chamados “esquemas” (Deslandes, 2000), construídos em geral para fazer frente às precárias condições de trabalho, que também podem ser reveladas. A análise do trabalho, mesmo limitada à uma aproximação exploratória, revela diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real; sentindo-se expostos, os profissionais comportam-se defensivamente. Revela-se o também o confronto entre vários olhares sobre um mesmo trabalho: o olhar do pesquisador para as soluções encontradas no trabalho real pode não ser concordante com o olhar predominante na rede de relações em análise; ou trazer ao foco de análise formas de ver cuidadosamente mantidas fora do campo principal de visão. Nesse questionamento identificamos o confronto de idéias, o exercício da capacidade crítica pelos trabalhadores, tal como previsto na proposta do grupo ampliado de pesquisa.

Um outro tema explorado foi o resultado insatisfatório das obras recentemente realizadas na unidade coronariana e partes comuns aos diversos setores do Serviço, em parte devido à falta de participação da enfermagem na definição do projeto a ser executado. "Todas as decisões foram tomadas pela chefia médica", disseram as enfermeiras durante a reunião, "e existem coisas que as enfermeiras pensam melhor, coisas que elas conhecem bem devido à suas atividades cotidianas". A discussão sobre esse tema - as decisões sobre as obras - foi a que produziu melhor resultado; havia ainda algumas pequenas obras a completar e o médico chefe em exercício, presente à reunião, solicitou a participação da chefe da enfermagem. A reunião produziu, neste caso, uma ampliação do poder de ação do grupo de enfermagem, mesmo que dentro dos limites tradicionalmente estabelecidos para a ação de médicos e enfermeiras.

Diversas inovações foram propostas, tais como a criação de um consultório multiprofissional e a realização de outras reuniões para dar

⁴⁸ Uma situação similar foi vivida por Anne Vega (2000) num hospital francês. Nas intervenções relatadas no livro organizado por Oswaldo Saidon e Vida Kamkhagi, *Análise Institucional no Brasil (1987)*, também encontramos referências ao papel de controle e denúncia atribuído aos analistas.

continuidade à discussão das relações de trabalho. Nenhuma delas recebeu atenção durante os meses seguintes, a não ser a inclusão da chefe de enfermagem nas decisões finais das obras. Nenhuma mudança da organização do trabalho ocorreu, mesmo tendo havido acordo entre médicos e enfermagem no decorrer da reunião. Algumas diziam respeito ao aumento de participação na assistência aos doentes, outras referiam-se às decisões administrativas. As primeiras, propondo uma participação mais igualitária na atenção aos doentes, foram imediatamente esquecidas. A proposta de ampliação da participação administrativa, que respeita uma lógica já instalada, foi a que chegou a ser aproveitada.

Nesta discussão, acerca das mudanças na organização do trabalho, devemos considerar a forma como se exerce o poder hierárquico no hospital público brasileiro: mais forte no interior do grupo de enfermagem, raramente o poder hierárquico coercitivo é exercido de forma explícita entre médicos. Além da hierarquização interna a cada grupo, há aquela que atribui uma posição superior aos médicos em relação aos demais profissionais. Nós descrevemos um dos modos como a hierarquização se torna visível ao falarmos da organização espacial observada, e das regras de quem diz bom dia a quem. Embora haja uma hierarquia própria de cada grupo profissional, existem outras linhas de decisão que produzem múltiplas chefias: na prática, considera-se que a iniciativa da enfermagem deve respeitar a centralidade das decisões médicas. Se essa ordenação é desrespeitada, pode-se prever os conflitos que virão a seguir.

A rede terapêutica e suas múltiplas conexões interrompidas

Vejamos o que podemos destacar para análise.

As enfermeiras e auxiliares do Serviço de Cardiologia se queixam da falta de informações necessárias à interpretação das prescrições. Algumas das modificações sugeridas foram a inclusão das enfermeiras no *round* e a criação de um consultório multiprofissional. No entanto, é difícil reunir trabalhadores de

diferentes formações, sobretudo de diferentes níveis de instrução: raramente se consegue reunir médicos e enfermagem na mesma discussão⁴⁹.

Nas entrevistas com a chefe de enfermagem havia outros impedimentos ao trabalho, apontados pela própria chefe como fonte de sofrimento. Nas suas próprias palavras: “o que estressa a equipe é o desfibrilador que não funciona, o remédio que falta, o respirador que não funciona; os aparelhos são checados todo dia, as tomadas também, e, freqüentemente estão com problemas; o médico de hoje é acostumado com aparelhos sofisticados, a enfermagem também, não sabem trabalhar sem monitoramento.”

Os médicos se queixam de condições precárias de trabalho, mas não parecem vislumbrar nenhuma possível mudança nesse quadro. Queixam-se também, menos freqüentemente, dos erros ou fragilidades de formação e treinamento dos demais profissionais da rede terapêutica; mas, neste caso, a solução do problema não caberia aos médicos.

As reuniões para discussão do trabalho coletivo foram insuficientes para uma definição da continuidade da pesquisa. Ainda assim, passado um ano da última reunião, a chefe de enfermagem declarou que as oportunidades de debate do trabalho coletivo, trazidas pela pesquisa, haviam sido importantíssimas e únicas na história do Serviço. Os efeitos de visibilidade das competências do pessoal de enfermagem, obtidos na reunião de restituição, parecem ter sido vislumbrados por ela. No Serviço de Cardiologia, assim como em outros (Osorio da Silva, 1994), enquanto a equipe de enfermagem se queixa de falta de comunicação e de participação em diversas decisões, os convites à participação na pesquisa recebem freqüentemente como resposta: "Eu gostaria, mas não tenho tempo". Outras reuniões são também vistas como perda de tempo. As reuniões multiprofissionais são, em geral, mais longas e difíceis de organizar (Grosjean et Lacoste, 1999 : 81); portanto, os profissionais implicados devem estar bastante convencidos de sua real contribuição ao trabalho bem feito. Acrescentamos a isso uma questão suscitada em nossas experiências empíricas: será que fazer reuniões mais amplas poria em cheque os muitos segredos ciosamente guardados?

⁴⁹ As dificuldades observadas neste momento de instalação desta pesquisa já haviam sido observadas em um trabalho anterior (Osorio da Silva, 1994). São também apontadas por Vega (2000) em sua etnografia de hospitais franceses .

Referimo-nos aqui ao encontro multiprofissional, sem fazer referência à relação – interdisciplinar – que estaria sendo construída. A resistência ao simples encontro, a debater o trabalho conjunto, faz com que essa proposta, suas possibilidades e dificuldades, não chegue a ficar explicitada.

Evocamos acima os doentes como parte da rede terapêutica. Na relação entre doentes e profissionais de saúde, a confiança é sempre necessária. No Brasil, os doentes e suas famílias sabem que as condições atuais dos hospitais públicos não são as mais adequadas; e suas queixas se voltam com frequência para aqueles profissionais mais próximos, sobretudo as auxiliares de enfermagem. Mas durante as entrevistas recebemos, dos doentes e suas famílias, muitos elogios e poucas críticas. No Brasil, a oferta de serviços de saúde é insuficiente, havendo um desrespeito aos direitos dos cidadãos, que faz dos doentes um ponto frágil da rede; estes não têm se mostrado capazes de constituir-se numa força propulsora das melhorias das condições nos hospitais. Podemos supor que as críticas não tenham aparecido claramente nas entrevistas pelo medo de sofrer conseqüências, ou pelo sentimento de gratidão por ter conseguido atendimento quando tantos não encontram vagas.

A relação entre os profissionais e os doentes - sobretudo suas famílias - é delicada, já que a qualidade dos serviços públicos de saúde não é considerada adequada pelos próprios profissionais. Quando um membro da equipe de enfermagem se queixa que "o medicamento é dado, mas o acompanhante não acredita nisso", ele fala como se essa descrença fosse algo incompreensível. No entanto, sabemos que os medicamentos estão constantemente em falta no Hospital e a auxiliar não tem como administrá-los ao doente. Também escutamos dos médicos a crítica de que algumas vezes as auxiliares deixam de administrar o que foi prescrito. Todas estas acusações e queixas se fazem por uma negação da realidade: os meios para realizar o trabalho faltam para toda a equipe.

O grupo de enfermagem deseja o reconhecimento do doente e sua família, de sua própria hierarquia e do grupo médico. Mas nem os médicos nem a enfermagem, podem valorizar seu trabalho se atuam numa situação onde falta do material mais simples ao mais complexo. A satisfação pelo trabalho bem feito está impedida e torna-se impossível o desenvolvimento do virtuosismo, algo que sempre foi importante no trabalho hospitalar. Aí, como

em outras redes técnicas, é no “ethos” do virtuosismo que se dá o engajamento dos trabalhadores (Dodier, 1995). No Serviço de Cardiologia, assim como em um serviço hospitalar estudado anteriormente (Osorio da Silva, 1994), constatamos o desengajamento dos trabalhadores, cujo discurso é muitas vezes amargo e ressentido por receber pouco de um trabalho que exige muito em investimento afetivo e responsabilidade. Nos hospitais públicos brasileiros, o ato correto está muitas vezes impedido pela falta de recursos básicos para a atividade terapêutica. O trabalho é feito apesar das dificuldades materiais e da escassez de pessoal.. A qualidade dos cuidados prestados é mantida com imensos esforços dos médicos, das enfermeiras, das auxiliares e outros profissionais, que recebem a cada mês um pouco menos de salário e cada vez menos reconhecimento.

Como foi apontado nas primeiras páginas deste artigo, a cardiologia é uma especialidade médica que articula o trabalho tradicional apoiado na relação médico-paciente, nos olhos e ouvidos do médico munido de um simples estetoscópio, e grandes avanços tecnológicos que tornam a prática médica dependente de máquinas-ferramentas sofisticadas. No Serviço de Cardiologia esta convivência de diferentes gêneros médicos é visível: enquanto as enfermarias e sua arquitetura nos mostram a medicina artesanal, a unidade coronariana exhibe monitores acoplados aos doentes e o setor de hemodinâmica organiza-se, não em torno de uma mesa central atribuída ao grupo médico, mas em torno de um conjunto de máquinas apropriadas à realização de exames invasivos e à implantação de pontes de safena. Até que ponto esses gêneros podem se fertilizar numa estilização promissora ou se chocam paralisando o desenvolvimento dos ofícios é algo que a observação realizada não permite dizer.

A análise da instalação do estudo e os dispositivos para o desenvolvimento do ofício

Esta breve análise da atividade, no Serviço de Cardiologia, indica que os recursos existentes para o trabalho coletivo são insuficientes. As situações a serem enfrentadas são complexas, os recursos materiais são poucos, os recursos subjetivos são pouco utilizados e os caminhos a tomar não estão

nada claros. Tendo uma situação difícil a enfrentar, os profissionais do Hospital necessitam reforçar sua capacidade de ação.

A primeira dificuldade está na falta de uma solicitação clara e direta do Serviço a ser analisado. O pedido inicial que nos levou ao Serviço de Cardiologia foi, de fato, engendrado na CST. Em nossa experiência em Saúde do Trabalhador no Brasil, as demandas de ajuda por profissionais de hospitais públicos são formuladas como queixas que raramente se transformam em solicitações de análise do trabalho. Uma única vez, no período do trabalho de campo aqui relatado, uma queixa foi deslocada para uma ação: a queixa de exclusão da enfermagem do planejamento das obras levou a discussões dos aspectos ainda em andamento dessa mesma obra. Observe-se que a gestão do espaço é tradicionalmente reconhecida como âmbito de responsabilidade da enfermagem; assim, podemos afirmar que o deslocamento da queixa à ação pode se dar apenas dentro dos padrões instituídos de relação.

Podemos pensar que um ofício coletivo frágil, num ambiente em que há pouca confiança e muita competição, não favorece este caminho⁵⁰. Os sindicatos de médicos e de enfermeiros, os mais fortes no Brasil no campo da saúde, não tomam a saúde do trabalhador e a organização do trabalho como lutas prioritárias, sobressaindo o salário como questão central. As direções e as equipes de trabalho não percebem a Ergonomia e a Saúde do Trabalhador como instrumentos úteis na gestão do trabalho. A concepção de formação de pessoal existente não admite muitas inovações. Em consequência, diversas pesquisas sobre o processo de trabalho no hospital ocorrem sem que tenha havido uma solicitação e uma demanda que sustentem a proposta participativa. Com a intenção de estimular a análise coletiva do material e tornar clara uma demanda incipiente, procedemos à divulgação de uma transcrição ainda pouco elaborada da palavra que lhe havia sido dirigida, pelos profissionais e doentes da enfermaria, aos seus interlocutores mais freqüentes. Essa transcrição foi então passada por estes à outros membros da equipe, e gerou uma reação de susto com a exposição e de resistência ao prosseguimento do trabalho.

⁵⁰ Podemos cogitar também da negação dos profissionais de saúde, em especial os médicos, de sua própria necessidade de serem cuidados. Essa hipótese é recorrente nos debates sobre a saúde dos profissionais de saúde (Martins, 1998), mas não tive a oportunidade de aprofundar o tema para esta discussão.

Em segundo lugar, enfrentamos as dificuldades decorrentes dos conflitos e heterogeneidades, que sempre existem nas equipes de trabalho, mas que no campo da saúde não podem ser expostos, dada a pregnância da ideologia da harmonia constante, do sigilo cuidadoso e ainda de uma competição intensa – relacionada à dinâmica da confiança/desconfiança – entre os diferentes grupos profissionais.

Como terceiro obstáculo, temos a divisão entre pesquisa e aplicação, ou criação e utilização das inovações, sendo a criação considerada por alguns como parte do trabalho científico, algo fora do dia a dia dos serviços. A divisão entre concepção e execução é uma característica bem conhecida da organização taylorista do trabalho. Desde este ponto de vista, a concepção da organização do trabalho cabe aos especialistas em gestão, o que não ajuda a considerar a hipótese de que novos dispositivos de articulação possam ser construídos pelo próprio serviço, tomando posse da contribuição dos especialistas, colocados na posição de assessores temporários.

Nós estamos frente a diversos obstáculos à ação, com o agravante de que os impedimentos ao desenvolvimento do ofício parecem ser também impedimentos à instalação de metodologias participativas que possam fazer face à estes impedimentos. Devemos ser cuidadosos e avançar lentamente, a fim de fabricar condições para o desenvolvimento da capacidade de ação. Devemos por em análise os pontos de apoio de que dispomos, dando realce às possibilidades de solução para as insatisfações, e tornando viável a adesão.

No início deste artigo, dissemos que a análise deve estar voltada para o trabalho conjunto, para as colaborações estabelecidas na rede de atenção ao paciente. Ora, nós observamos que a colaboração mais evidente é aquela que existe, ou que falta, entre médicos e grupo de enfermagem. Os outros laços existentes, embora indispensáveis, são ignorados. Logo, é a rede médicos - enfermagem que deve receber inicialmente nossa atenção.

Mencionamos acima algumas diferenças observáveis entre o grupo médico e o grupo de enfermagem. Tais diferenças foram encontradas no que concerne ao sentido do trabalho, assim como na forma de agrupamento e de hierarquização própria a cada um. O mais importante, para uma análise das possibilidades de desenvolvimento de cada grupo, assim como de desenvolvimento de um ofício coletivo nos parece ser o lugar atribuído ao

"debate de escolas", às divergências éticas, teóricas e técnicas, aos diferentes entendimentos de como cada trabalho deve ser entendido e executado. Se tomamos a preparação da reunião de restituição como significativa, podemos pensar que a equipe de enfermagem mostrou preocupação com a criação de espaços de confrontação de diferentes pontos de vista, sobretudo no que concerne à organização do trabalho e às relações de trabalho; mostrando menor interesse no debate científico. Já os médicos reservam seus espaços de discussão para os debates teórico-clínicos, esperando que as divergências de outros tipos desapareçam silenciosamente. Mas consideramos necessário questionar em que medida o debate clínico e científico acaba por ser invadido e empobrecido pela prescrição, não explicitada, de não ter conflitos.

O grupo médico emite opiniões diversas sobre o sentido do trabalho, sem poder tomar as divergências existentes como recursos para o desenvolvimento. No entanto, podemos pensar que os impedimentos observados no interior do grupo médico, grupo que ocupa um lugar central no hospital, atravessem toda a rede de atenção ao paciente. Assim, esse grupo merece receber uma atenção cuidadosa na análise do trabalho conjunto.

Nossa intenção inicial era trabalhar sempre em grupos multiprofissionais, mas o campo empírico mostrou que este caminho não é imediatamente acessível. O desenvolvimento de cada grupo parece ser indispensável para atingir o objetivo de bem trabalhar em conjunto. Somente com esse desenvolvimento poderemos ultrapassar a busca dos "X-9", dos supostos aliados e inimigos, passando a dar lugar sobretudo aos duelos de idéias. Um outro caminho pode ser por em análise um acontecimento cuja análise seja de difícil operacionalização pelo caminho da divisão por categoria profissional ou por territórios bem delimitados.

Para a análise propriamente dita devemos por em andamento dispositivos que focalizarão situações concretas e atos específicos, que envolvam profissionais, inserções e questões diversificadas, tais como a atenção ao doente X, uma situação de difícil articulação do trabalho, ou um acidente de trabalho com pérfuro-cortantes. Consideramos necessário utilizar dispositivos que façam trabalhar cada grupo constituído para ampliar seus próprios limites de ação; para por em questão as hierarquias estabelecidas; e dar andamento à construção de uma equipe de trabalho transdisciplinar, ou

seja, de um ofício coletivo, constituído do encontro de muitos gêneros profissionais, em constante estilização.

Bibliografia

- ALMEIDA FILHO, N., 1997. Transdisciplinariedade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. II n.º 1/2 pp. 5-20.
- BIRMAN, J., 1980, *Enfermidade e Loucura: sobre a medicina das inter-relações*, Rio de Janeiro, Campus.
- BOUTET, J., 1993, *Activité de langage et activité de travail*, *Éducation Permanente*, 116, 109-117.
- CARVALHO, M. L. de & LEITE, J. L., 1999, Hospital dos Servidores do Estado 1947-1980: As enfermeiras contam sua história. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 3(2) pp. 40-45.
- CHAUÍ, M., 1993, *Conformismo e Resistência*. São Paulo, Brasiliense.
- CLOT, Y. 1999, *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.
- CLOT, Y, 2001, *Éditorial, Éducation Permanente - Clinique de l'activité et pouvoir d'agir*, 146, 7-16.
- CLOT, Y & SOUBIRAN, M., 1998, « Prendre la classe » : une question de style ? *Société Française* n° 12/13 (62-63) oct. nov. décembre, pp 78-88.
- COIMBRA, Cecília M. B., 1993. A Produção de subjetividade nos anos 70 no Brasil e as práticas "psi". Em RUSSO, J. et al. - *Duzentos Anos de Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume Dumará: Ed. UFRJ, pp. 59-70.
- CORNU, R., 1997, "Le voisin sait bien des choses", Em: Schwartz, I. (dir.). *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. Paris, PUF.
- DEJOURS, C., 2000. Addendum 1993 : De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. *Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail*. Paris, Bayard, pp. 201-247.
- DEJOURS, C., 1999, *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas Editora.
- DESLANDES, S., 2000, *Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar : representações, práticas, interações e desafios*. Tese de doutorado, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro.
- DODIER, N., 1995, *Les hommes et les machines*, Paris, Métailié.

- EFROS, D., DUC, M. & FAÏTA, D., 1997. *Travailler ensemble?* Em: Schwartz, I. (dir.). *Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. Paris, PUF.
- ESTRYN-BEHART, M. & POINSIGNON, H., 1989, *Travailler à l'hôpital*, Paris, Berger-Levrault.
- GROSJEAN, M. & LACOSTE, M., 1999, *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF.
- HEINEN, J. & KERGOAT, D. (dir.), 1999. *Un continent noir: le travail féminin*. *Cahiers du genre* n° 26.
- KERGOAT, D. (dir.), 1992. *Les infirmières et leur coordination*. Paris, Éditions Lamarre.
- LAURELL, A. Cristina & NORIEGA, M., 1989. *Processo de Produção e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- LAPASSADE, G., 1979. *El analizador y el analista*. Barcelona, Gedisa.
- LATOURE, B., 2000, *Ciência em Ação*. São Paulo, Editora UNESP.
- LOURAU, R., 1979. *Sociólogo em Tempo Inteiro*. Lisboa, Editorial Estampa.
- LOURAU, R., 1993, *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*, Rio de Janeiro, Editora UERJ.
- MACHADO, J. H. M, 1997. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13 supl. 2 pp. 33-45.
- MACHADO, J. H. M. & CORREA, M. V., 2000, Reflexões sobre a observação do processo de trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde, *I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento*, Série Fiocruz Eventos Científicos, 2, 92-100.
- MACHADO, M. H., 1995, Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico, In : MACHADO, M. H. (org.), *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 13-33.
- MARTINS, L. A. N., 1998, Morbidade psicológica e psiquiátrica entre médicos. Em AGOSTO, F. M. de, PEIXOTO, R. & BORDIN, R., *Riscos da Prática Médica*. Porto Alegre, Da Casa Editora, 27-34.
- MARZIALE, M. H. P. & CARVALHO, E. C., 1998. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de

- cardiologia. *Revista latino-americana de enfermagem - Ribeirão Preto*, 6 (1) pp. 99-117.
- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M. da F., 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 13 supl. 2 pp. 21-32.
- MORIN, E., 1998. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- MUNIZ, H. P., 2000. *A Gestão do Tempo de Permanência do Paciente de Neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, COPPE/UFRJ.
- ODDONE, I., 1986. *O ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo, Hucitec.
- ODDONE, I., RE, A. & BRIANTE, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*. Paris. Éditions Sociales.
- OSORIO DA SILVA, C., 1994, *Curar Adoecendo - um estudo em busca da saúde da inventividade e da vida*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, CESTE/ENSP/ FIOCRUZ.
- RODRIGUES, H. de B. C. & SOUZA, V. L. B., 1987. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. Em Saidon, O. et al, *Análise Institucional no Brasil: hospício, escola, FUNABEM*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, p. 17-36.
- SAIDON, O. & KAMKHAGI, V. R., 1987. *Análise institucional no Brasil: favela, hospício, escola, FUNABEM*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo.
- SVENSSON, R., 1996. The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 18, Nº 3, pp. 379-398.
- VEGA, A., 2000. *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

A análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital como meio de formação dos trabalhadores em saúde.

Claudia Osorio da Silva

Resumo:

O artigo propõe uma metodologia de análise de acidentes de trabalho em ambiente hospitalar. Apresenta os passos dados na criação coletiva desta metodologia, como parte da história de uma Comissão de Saúde do Trabalhador de um hospital público do Rio de Janeiro, e do dia a dia do Programa de Prevenção e Controle dos Acidentes de Trabalho com Perfurocortantes e Exposição a Fluidos Biológicos aí desenvolvido. A metodologia de Análise Coletiva de Acidentes de Trabalho tem duplo objetivo: em primeiro lugar, analisar os acidentes levando em conta o real da atividade de trabalho; em segundo lugar, dar formação aos trabalhadores, desenvolvendo os gêneros profissionais próprios do trabalho hospitalar. Este projeto, de pesquisa e intervenção, é fruto de uma escolha: articular a pesquisa e a produção de conhecimento com o propósito da formação de profissionais de saúde, em especial de psicólogos, capacitados a atuar na rede pública, desenvolvendo metodologias socialmente compromissadas com a formação de profissionais que venham a atuar na área de Saúde do Trabalhador ou em outras, colaborando na produção do trabalho em equipe e na ampliação da participação do trabalhador na gestão do seu cotidiano; a partir de uma concepção de saúde como capacidade de luta, de recriação de normatividades adequadas às variações do meio (Canguilhem, 1990), a formação de psicólogos é vista como produção de sujeitos capazes de exercer esta variação normativa, que participarão na produção de outros sujeitos igualmente inventivos.

Palavras chave: atividade de trabalho, subjetividade, dispositivo de intervenção, formação

Abstract:

The article presents a methodology for the analysis of occupational accidents, in hospital environment. It tells the steps of the methodology collective creation, as part of the Workers Health Commission history, in a public hospital of Rio de Janeiro, and of the accidental occupational exposures to blood and body fluids control and prevention. The co-analysis methodology of occupational accidents has a double target: first, analyse the accidents by an approach of the real work activity; and second, training the workers, by the development of their professionals genres.

Key words: work activity, subjectivity, intervention device, training.

Introdução

Este artigo propõe uma metodologia de análise coletiva de acidentes, construída a partir de uma experiência de atuação e supervisão de estagiários de psicologia na Comissão de Saúde do Trabalhador de um hospital público brasileiro, situado na cidade do Rio de Janeiro. A metodologia proposta constitui-se num meio de formação permanente para os profissionais de saúde, assim como para os analistas do trabalho em saúde, sejam eles estagiários ou profissionais já habilitados.

A Saúde do Trabalhador vem se configurando no Brasil como um campo amplo, de práticas oriundas de disciplinas diversas, no âmbito da saúde pública. Neste processo, coloca-se como central o compromisso com a mudança do quadro de saúde da população trabalhadora, numa clara diferenciação da medicina do trabalho e da saúde ocupacional (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997). A Comissão de Saúde do Trabalhador (CST) mencionada, criada em 1994, é um dos poucos serviços que funciona, com esta perspectiva, em unidades hospitalares do Rio de Janeiro.

O hospital em que esta Comissão se situa desempenha importante papel na formação de profissionais. Pioneiro na implantação de um programa de residência médica, recebe atualmente a cada ano: 80 residentes novos, número que é acrescido dos residentes que permanecem para o segundo e terceiro ano de formação; 100 internos de medicina; um número variável de estagiários de níveis médio, de graduação e pós-graduação de diversas inserções. Dentre estes últimos, podemos citar: estagiários de enfermagem de nível médio e superior; estagiários de psicologia de graduação e pós-graduação; e estagiários de pós-graduação em saúde coletiva. Além dessa face de preparação de novos quadros, o hospital em questão conta com uma estrutura de formação permanente de seu próprio pessoal, a saber: um centro de estudos atuante; um serviço de epidemiologia; um serviço de educação continuada, que tem como clientela o pessoal de enfermagem; e uma escola de enfermagem funcionando no espaço físico do Hospital. Os dois primeiros desenvolvem e apoiam diversos projetos de pesquisa, tanto em clínica médica, quanto em epidemiologia e outras disciplinas ligadas à saúde.

A análise dos acidentes do trabalho, desenvolvida em parceria com os trabalhadores acidentados, é aqui apresentada como uma ferramenta de

formação no trabalho, que deverá produzir efeitos transformadores. No caso do hospital público, vimos enfrentando, em nossa prática, dificuldades de diversas ordens, para produzir situações de análise do trabalho em que a participação dos trabalhadores se dê de modo expressivo. Nos hospitais públicos do Brasil não temos uma tradição de participação, e sim de centralização de decisões; a representação sindical é frágil e não é substituída ou complementada por outras formas de organização política. Não há a tradição do uso, na gestão do trabalho, de recursos da ergonomia. Há tempos observamos nos hospitais uma descrença acentuada na possibilidade de que os coletivos de trabalho possam influenciar na organização de suas próprias atividades, observando-se um quadro predominantemente defensivo frente à organização do trabalho. Buscando recursos para ultrapassar as dificuldades impostas por essa realidade, ouvimos depoimentos de profissionais, ligados aos serviços de Educação Continuada, de Epidemiologia e ao Centro de Estudos, de que os projetos formativos que obtêm adesão são aqueles que apresentam um problema claro e bem definido a ser enfrentado, com perspectivas imediatas de produção de soluções práticas; já as propostas de reflexão teórica, por exemplo, se chocam com as barreiras do cansaço e da descrença.

Concordando com esses depoimentos, consideramos que a análise e a prevenção dos acidentes de trabalho com perfuro-cortantes e exposição à fluidos biológicos poderá se configurar num ponto de partida adequado, para a criação e a instalação de dispositivos de formação; tais dispositivos poderão produzir tanto resultados diretos, relacionados à redução da frequência e gravidade dos acidentes, como um desenvolvimento na relação dos profissionais do hospital com seu trabalho.

O método de análise coletiva dos acidentes vem sendo produzido num diálogo entre conceitos e experiências, exposto em parte neste artigo; lançamos mão neste momento de uma experiência hospitalar que, tendo registro organizado, permite a reflexão e a produção de questões e de novos caminhos. No entanto, as possibilidades no uso do método não se restringem à análise e prevenção de acidentes com perfuro-cortantes, nem ao hospital público. Ao contrário, pensamos que este método seja adequado a produzir uma ampliação da participação e do poder de ação de grupos de trabalhadores

de diversas inserções, bem como à análise de diversos tipos de acidentes e incidentes.

A ampliação do poder de ação dos pesquisadores e dos trabalhadores se entrecruzam

Escolhemos então o Programa de Prevenção e Controle dos Acidentes com Instrumentos Pêrfuro-cortantes e Exposição à Fluidos Biológicos, desenvolvido pela CST do Hospital, como um ponto de partida estratégico: num ambiente onde há pouca disponibilidade para repensar as atividades de trabalho (ver Capítulos 1 e 2), há que propor ações que possam gerar adesão, dado o consenso já existente acerca da sua importância.

Tomamos como pressuposto que esses acidentes são reconhecidos como de alta frequência em ambiente hospitalar, gerando conseqüências importantes para a saúde do trabalhador e que sua prevenção e controle são considerados indispensáveis à melhoria das condições de saúde dos que atuam na atenção aos doentes (Abreu & Mauro, 2000; Bálsamo, Barrientos & Rossi, 2000; Braga, 2000; Costa & Schneider, 1998). Por outro lado, buscar uma forma coletiva de realizar esta tarefa é produzir uma gestão democrática da própria CST, propiciando que sua atuação dispare situações que colaborem para a ampliação das possibilidades de trabalho coletivo no Hospital.

O programa de controle e prevenção de acidentes deste hospital surgiu como proposta, no segundo semestre de 1996, num seminário de saúde do trabalhador. Foi iniciado a seguir, constando de: treinamentos em biossegurança, através de cursos e de supervisão em serviço; atendimento médico aos trabalhadores acidentados, para avaliação de risco de contaminação e administração de profilaxia adequada; notificação dos acidentes de trabalho. A partir de janeiro de 1997, os dados referentes aos acidentes notificados passaram a ser registrados. Em 1998 foram, então, iniciadas avaliações qualitativas dos acidentes notificados, através de entrevistas com os trabalhadores acidentados (Chaves et al., 1999; Osorio da Silva & Oliveira, 1999).

Em setembro/outubro de 1999 foram apresentados dois trabalhos à 4ª Conferência Internacional de Saúde do Trabalhador de Saúde, da *ICOH*, em Montreal, Canadá, em que os dados relativos aos anos de 1997 e 1998 eram

analisados. Uma dessas análises dava relevo aos dados qualitativos gerados pelas ações pertinentes ao Programa (Chaves et al., 1999). Observamos que os depoimentos dos trabalhadores acidentados, entrevistados logo após a ocorrência dos acidentes, conduziam a conclusões que podemos utilizar na discussão do tipo de intervenção a ser feita. Dentre estas, destacamos as que se seguem: em primeiro lugar, embora os trabalhadores, na sua maioria, tivessem conhecimento das normas de segurança atualmente recomendadas para o trabalho em hospital (CDC, 1998), este não era suficiente para garantir seu seguimento; em segundo lugar, diversos acidentes se davam numa rede de eventos e conexões que incluía trabalhadores e objetos de inserções diversas, sendo impossível analisá-los limitando-se ao setor onde ocorreu o acidente, ao profissional acidentado ou à sua categoria profissional; terceiro, os trabalhadores, em especial os de enfermagem, citavam como fator importante na tomada de atitudes, que sabiam ser de risco, o “hábito bem aprendido”⁵¹ na época de sua formação como enfermeiro (ou auxiliar); e, por último, os trabalhadores afirmavam que o compromisso com o doente se sobrepunha à preocupação com sua própria segurança. O “hábito” era uma explicação freqüente para o ato de recapear uma agulha já utilizada, procedimento que causou aproximadamente 20 % dos acidentes-ano deste tipo registrados nos anos de 1997 e 1998. Em seguida à alegação do hábito bem fixado, o profissional completava: “eu tenho medo de ferir alguém, andando com uma agulha desencapada pela enfermaria”; ou então: “eu estava preocupado em atender rapidamente o paciente, e não prestei bastante atenção ao que fazia, aí pronto, fiz do jeito que aprendi há muito tempo, encapei a agulha”.

A estratégia de biossegurança em vigência nos hospitais, as chamadas precauções universais, foram desenvolvidas pelo CDC, em 1985 (CDC, 1998), passando então a fazer parte da formação básica do pessoal de saúde. As ações de treinamento desenvolvidas no hospital em que desenvolvemos nosso trabalho foram implantadas pela CST, em 1996. No entanto, ainda hoje observa-se o não seguimento dessas normas bem como a recorrência de ações anteriormente preconizadas – como a de reencapar agulhas - mantendo-se uma normatização anterior que já se sabe envolver maiores riscos,

⁵¹ Usamos aspas sempre que usamos as expressões cotidianas dos trabalhadores do hospital, transcrevendo seus depoimentos.

caracterizando-se aí a cristalização de gestos, de partes do gênero profissional, que dificulta o surgimento de novas normatizações, de uma recriação que seria sinalizadora da vitalidade desse gênero profissional.

Dentre os 256 acidentes qualitativamente estudados pela CST (Chaves et al., 1999), registrados no período 1997/1998, 47,55% ocorreram em situações consideradas, pela CST do Hospital, como evitáveis pelo seguimento de regras simples de segurança; estes acidentes ocorreram ao reencapar agulhas, manipular lixo dito não infectado, encontrar materiais perfuro-cortantes em locais inadequados, descartar pérfuro-cortantes e manipular roupas hospitalares.

Existem estudos, realizados em outros hospitais, que apontam para situações similares, em que a informação, ou a formação centrada nos aspectos técnicos, não se mostrava suficiente para a modificação do quadro de ocorrência de acidentes.

Um estudo epidemiológico, desenvolvido no Brasil, com dados de acidentes registrados pelo serviço de medicina ocupacional de um hospital universitário (Rudah, 2000), aponta que grande parte dos acidentes se dá pelo não seguimento das precauções indicadas, concluindo-se que a simples informação não é suficiente para modificar o quadro existente.

Um estudo multicêntrico, realizado em 3 hospitais americanos, indicou como fatores mais significativos para o seguimento ou não das precauções universais dois fatores já amplamente reconhecidos em outros trabalhos – percepção do risco e conhecimento das precauções universais – e dois outros, menos freqüentemente apontados, que são o “clima organizacional” de respeito à segurança e os conflitos de interesse entre a segurança do trabalhador em saúde e o atendimento ao doente (Gershon et al., 1995). Consideramos que estes dois últimos fatores estão fortemente relacionados: a redução das incompatibilidades entre o atendimento às necessidades do doente e a segurança do profissional só pode se dar por uma reorganização do trabalho. A ocorrência de acidentes está relacionada, a nosso ver, com aspectos da organização do trabalho no hospital tais como a progressiva intensificação do trabalho, a superposição de tarefas, as interferências repetidas no curso das mesmas, e outras que poderiam ser identificadas num enfrentamento coletivo das dificuldades atuais.

Esses resultados nos levam a afirmar que a atividade de trabalho deve ser analisada levando-se em conta não apenas aquilo que é feito, mas também os conflitos vividos pelo trabalhador na sua realização, e os recursos subjetivos de que lança mão para chegar a uma solução. No estudo da CST, acima mencionado, foi constatado um conflito entre as prescrições técnicas, relativas ao seguimento das normas de biossegurança, e um sentido atribuído ao trabalho, o de cuidar do outro antes que cuidar de si próprio. Observamos também que, no caminho entre o trabalho prescrito, tecnicamente correto, e a atividade realizada, se interpõe o que o profissional denomina o “hábito”: o trabalhador age de acordo com algo anteriormente aprendido, automatizado, automatização esta que economiza o planejamento dos atos futuros.

Colocamo-nos então um objetivo: construir, a partir da prática que já vinha sendo desenvolvida na CST, de análise qualitativa dos acidentes, uma metodologia de análise dos acidentes de trabalho adequada ao ambiente hospitalar. Tal metodologia tem como objetivo interferir positivamente na recriação de conteúdos cognitivos, propiciando a formação de novos modos de fazer, reconhecendo conflitos que caracterizam a prestação de cuidados aos doentes, e renovando os recursos subjetivos de que o trabalhador dispõe para recriar a cada dia seu fazer. Assim, estaremos também recriando nossa prática como psicólogos do trabalho: saímos do lugar daquele que aconselha para o daquele que compartilha caminhos e soluções.

Buscando metodologias de formação em Saúde do Trabalhador de um lado, e de análise de acidentes do outro, elegemos o método da árvore de causas (Binder et al., 1996; Dodier, 1995: 144-148) como uma de nossas fontes inspiradoras. Trata-se de um método de reconstituição de acidentes, ligado à teoria de sistemas, criado por volta de 1970, na França, visando primordialmente a prevenção. Este método propõe a construção de diagramas que designam os antecedentes do acidente, e a relações lógicas, de conjunção ou causa, entre estes antecedentes. O método vem sendo utilizado no Brasil, com boa aceitação nos meios acadêmicos e sindicais, sendo utilizado por serviços que realizam ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Binder, Monteau & Almeida, 1996: 11-12; Almeida & Binder, 1995).

Numa outra linha de trabalho, mais próxima aos referenciais que aqui são adotados, a Clínica da Atividade (Clot, 2000) vem desenvolvendo duas

metodologias de análise do trabalho, tendo como objetivo a ampliação do poder de agir dos trabalhadores, denominadas instruções ao sócia e autoconfrontação cruzada. Estas metodologias propõem a inclusão na análise de aspectos subjetivos, relativos aos recursos utilizados e aos conflitos vividos pelo trabalhador no curso da atividade.

O método das instruções ao sócia foi originalmente empregado por Oddone, psicólogo do trabalho italiano, na década de 1970, com os operários da Fiat (Oddone et al., 1981). Foi, posteriormente, utilizado, na França, por Y. Clot. A regra do jogo é dada pela seguinte instrução: “Suponha que eu seja seu sócia e que, amanhã, eu esteja substituindo-o em seu trabalho. Eu vou lhe apresentar questões para saber como eu devo agir, para que as pessoas não se apercebam da substituição. Eu preciso de instruções detalhadas”. São pedidas as “dicas”, os detalhes que são dados pela experiência, e aqueles que caracterizam um modo mais pessoal de lidar com as situações comuns do cotidiano de trabalho. Na autoconfrontação cruzada, uma determinada atividade é escolhida coletivamente para ser posta em análise; esta atividade, ou gesto, é registrada em vídeo com dois diferentes protagonistas, esse registro da atividade é primeiramente analisado separadamente por cada um desses trabalhadores acompanhado do analista do trabalho, numa autoconfrontação simples; em seguida, é analisado em conjunto pelos dois trabalhadores e pelo analista do trabalho, na autoconfrontação cruzada. Ao final há um retorno ao coletivo que definiu a situação a ser analisada.

A partir da discussão destas ferramentas, oferecidas por outros pesquisadores, e da experiência que relatávamos acima, chegamos à um dispositivo, que chamaremos método da análise coletiva de acidentes do trabalho. Nesta construção, nos servimos das teorias e métodos já existentes, sem buscar ser fiel à proposta de cada uma destas fontes, e sim, buscando nelas caminhos apontados, possibilidades abertas, mesmo que nem sempre tenham sido plenamente exploradas.

No método da análise coletiva de acidentes do trabalho, a tarefa consiste em elucidar, para o outro e para si mesmo, as questões pertinentes ao curso de acontecimentos que culminaram, num dado momento, num acidente. Esta elucidação é fruto de deslocamentos que se dão numa relação dialógica. Nesta, o trabalhador acidentado, como portador da experiência, dirige-se a si

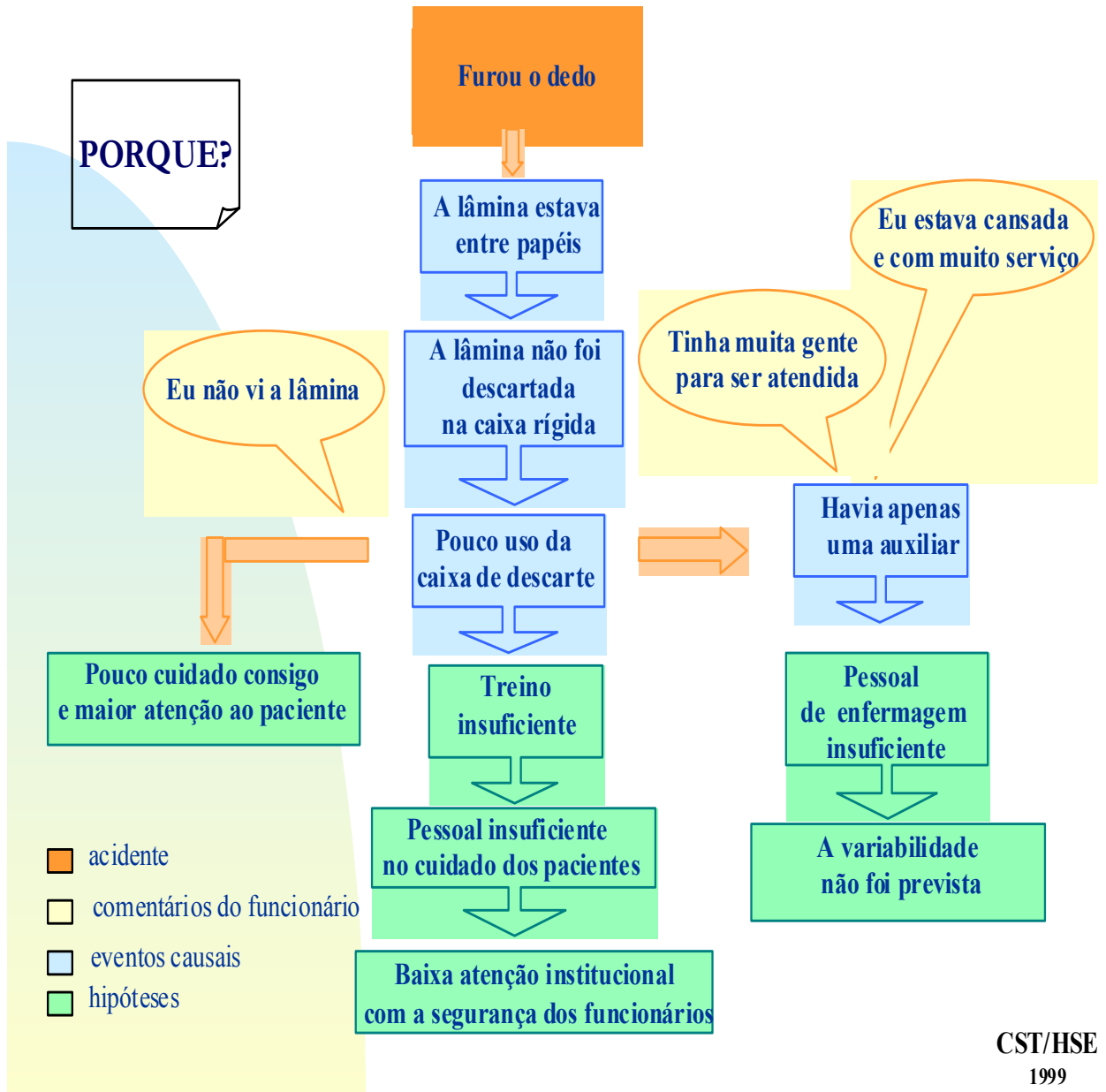
mesmo, a seus colegas e ao analista. Por sua vez, o analista, como portador de conhecimentos e conceitos, dirige-se em sua análise a si mesmo, a seus pares e aos trabalhadores implicados. Outros trabalhadores, desde outra posição que não a de recém-acidentado, terão participação nessa análise conjunta.

Recriando cenas e renovando conceitos e experiências.

Inspirando-nos no método da árvore de causas (Binder, Monteau & Almeida, 1996), produzimos, no desenvolvimento do trabalho, um reposicionamento de seus fundamentos e uma outra prática. Começamos por realizar entrevistas em que discutíamos com o trabalhador acidentado como havia se dado o acidente, quais seriam seus antecedentes e que sugestões de mudança este e seus colegas teriam, a fim de evitar sua repetição. Solicitávamos ao trabalhador que nos mostrasse onde e como havia ocorrido o acidente; essa solicitação deveria gerar uma encenação do ocorrido, em que o trabalhador era estimulado a prosseguir por sucessivos “como?”: Como estava a enfermaria nesse dia? Como estava a bancada? Como era o doente que você estava atendendo? E assim por diante, até que as respostas começavam a se tornar repetitivas, ou surgissem manifestações de cansaço. À medida que a construção da cena era feita, outros profissionais do mesmo serviço, que pudessem contribuir na análise eram chamados a participar. Ao final, era feito um diagrama simples da pluralidade de seqüências de eventos que o trabalhador considerava como culminando no acidente. No Diagrama 1 (extraído de Chaves et al, 1999) podemos observar um exemplo das primeiras análises realizadas, onde a palavra chave adotada na apresentação dos resultados (ver no alto à esquerda) ainda era “porque”. Foi mais adiante que nos demos conta que o “porque” poderia estimular o trabalhador a se justificar por haver fugido ao prescrito.

O procedimento adotado era inspirado no método da árvore de causas, mas desenvolvido de outra forma. Não adotávamos o objetivo original, de descrição sistemática e minuciosa dos fatos que culminam com um acidente. Visávamos, ao invés disso, uma recriação da atividade, que propiciasse uma tomada de contato do profissional acidentado com aspectos do seu trabalho

Diagrama 1



Este diagrama é um exemplo do resultado obtido nas primeiras aplicações, ainda parciais, do método de análise coletiva do acidente de trabalho. Foi composto a partir de uma versão menos elaborada, construída no momento da entrevista com o funcionário acidentado, e completada pela equipe da CST. Nesta fase não havia ainda a proposta de retorno para discussão coletiva e elaboração de propostas, nem a discussão crítica a respeito do uso do Porque.

que, em outros momentos, passavam despercebidos. Consideramos que não é possível descrever fielmente os fatos, a cada tentativa de reprodução, produzimos uma nova situação, fazemos de modo diferente ou pensamos de modo diferente. E este é o aspecto que nos interessa no método que construímos: descrever, recriando. Dado este objetivo, a minuciosidade e a fidelidade têm uma importância secundária ao diálogo que se instala. O método da árvore de causas nos inspirou principalmente porque pode ser tomado como um dispositivo para a construção de um diálogo entre os participantes da análise do acidente.

Um outro aspecto inspirador, para o qual Nicolas Dodier (1995: 140-144) chama nossa atenção, está no tratamento funcional, voltado para o futuro, dado ao acidente: trata-se de apreender a dinâmica do acontecimento em seu encadeamento de múltiplas linhas a fim de evitar sua repetição. O método favorece a compreensão de uma extensa rede de eventos relacionados ao acidente, incluindo aqueles ligados à organização do trabalho e à concepção de máquinas e instalações, propiciando a prevenção de novos acidentes. Esse modo de tratar o acidente é inteiramente diferente da forma acusatória, em que a apreensão da causa, em geral única, é sinônimo de descoberta da culpa e mesmo do culpado pelo dano/crime cometido. No método da árvore de causas, a análise da responsabilidade é pluricausal e se dissocia da imputação de culpa. A análise monocausal, que, num reforço das relações de dominação existentes, tende a imputar a culpa pelo acidente ao próprio trabalhador acidentado, é ainda predominante no Brasil, tornando-se imperativo superar essa realidade (Machado, Porto e Freitas, 2000: 51). N. Dodier aponta também no método sua leitura clínica, tomando cada acidente como um acontecimento particular, a ser tratado em sua singularidade (1995: 146). Assim, destitui-se o acidente do caráter “exemplar”, que permite ver na análise do acidente um mero apoio aos processos denunciatórios quer de culpas individuais, quer de más condições de trabalho. A denúncia de más condições de trabalho, embora muitas vezes necessária, apresenta limitações: leva a reivindicações de transformações de caráter geral, nem sempre atendidas, sem interferir na capacidade de ação e nos recursos subjetivos dos trabalhadores para esta ação.

Nesta situação, de reconstituição de um acontecimento singular, o método da árvore de causas preconiza recorrer a diferentes pontos de vista, construindo coletivamente o que pode ser considerado como o conjunto lógico dos antecedentes do evento em análise. Dá-se nesse processo um reconhecimento da heterogeneidade dos saberes e experiências dos diversos profissionais envolvidos.

A análise de acidentes desenvolvida nestes moldes é adequada à metodologia mais ampla da Vigilância em Saúde do Trabalhador, preconizada por Jorge Machado (1997) e adotada na CST. Por essa metodologia, as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador devem gerar informação para a ação, ação esta que ainda se situa no campo da vigilância. A intervenção deve ser interdisciplinar, permitindo a superação das restrições técnicas das abordagens disciplinares, e incorporando dimensões sociais, individuais e coletivas, da saúde dos trabalhadores. As ações devem ser sistemáticas, estabelecendo a cada caso um processo específico, desenvolvido por aproximações sucessivas com aprofundamento e abrangência cada vez maiores. A singularidade das situações, bem como a dinâmica permanente dos ambientes de trabalho, são reconhecidas nessa proposta de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Essas características – análise em rede, aplicação grupal, funcionamento dialógico, e adequação à Vigilância em Saúde do Trabalhador – devem ser mantidas, ou mesmo potencializadas, na metodologia em construção, a fim de expandir os limites de utilização do método como ferramenta de mudança.

Atividade e subjetividade na análise do acidente

Tendo a experiência de análise do acidente através de entrevistas, acima relatada, buscávamos outros referenciais teóricos que nos permitissem avançar, e que estivessem também de acordo com uma perspectiva da Saúde do Trabalhador em que a transformação das situações de trabalho está no centro das atenções.

Falar em instrumentos e caminhos para produção de mudanças exige explicitar o que se pretende como mudança. Anteriormente, referimo-nos à ampliação do poder de ação do trabalhador como objetivo do método. Esta ampliação do poder de ação exige a produção de novas subjetividades, a

produção de sujeitos capazes de produzir formas de enfrentar novas e velhas situações, confrontando-se com sua própria experiência, bem como com a de outros. Do nosso ponto de vista, os dispositivos utilizados na análise do trabalho devem incidir sua ação sobre a experiência de trabalho dos sujeitos implicados, transformando esta experiência, de modo a torná-la útil na construção de novas experiências⁵². A mudança deve se dar a partir de uma troca entre conceitos e experiências, tendo como protagonistas os trabalhadores. Podemos também entender a transformação pretendida como uma ampliação da saúde dos trabalhadores envolvidos, já que entendemos saúde como capacidade de criar novas normas de ação frente à novas realidades ou, para usar uma fórmula bastante adequada à situação de acidente, frente às infidelidades do meio (Canguilhem, 1990).

A perspectiva da transformação nem sempre tem levado a propostas em que os trabalhadores são os protagonistas. Diversas estratégias de intervenção apontam para a apresentação de indicações técnicas, dadas por especialistas, que serão ou não postas em prática pelas hierarquias. Outras, onde nos inscrevemos, supõem que, para disparar um processo de mudança que tenha efeitos duradouros, necessitamos de dispositivos metodológicos que possam trazer recursos para a ação dos trabalhadores. Nesta perspectiva, o principal observador da atividade de trabalho deve ser o próprio trabalhador, e não um especialista em análise do trabalho. O especialista, em nosso caso o psicólogo do trabalho, deve se oferecer como um apoio ao deslocamento do trabalhador para o lugar de observador de sua própria atividade.

A posição de protagonista atribuída ao trabalhador é um dos pontos que faz desta uma metodologia de formação. A formação se dá, para o trabalhador, com a renovação ou ampliação de seus recursos para desenvolver suas atividades cotidianas, inseridas numa nova visão das relações que compõem essa atividade. Para o analista / pesquisador, amplia-se o conhecimento acerca do processo de trabalho hospitalar, e, também, dos processos de subjetivação pertinentes.

⁵² Neste sentido, a Clínica da Atividade (Clot, 2000:33-34) e a Análise Institucional (Lourau, 1993) se encontram numa concepção de pesquisa em que se diz que é no curso da transformação de uma dada realidade que podemos melhor compreendê-la.

Para melhor definir os objetivos do dispositivo em construção, é importante ainda precisarmos o que está em análise: propomos analisar a atividade de trabalho. Neste ponto, encontramos na Clínica da Atividade os recursos para pensar nosso dispositivo. O trabalho é aí considerado uma situação de conflito que recebe sempre soluções transitórias. Esse conflito é vital para a atividade; uma atividade sem contradições seria impossível de ser realizada. Entre o sujeito e seu objeto há o ambiente de trabalho em constante movimento, difícil de penetrar, onde ocorrem atividades outras sobre o mesmo objeto. Agir é sempre uma réplica a outras atividades, seja para desenvolvê-las, seja para recusá-las (Clot & Soubiran, 1998: 85). A análise da atividade dirige-se, então, não apenas ao procedimento realizado, mas também às intenções que levaram àquelas escolhas. Há uma relação, a ser analisada, entre as preocupações do trabalhador e suas ocupações.

A atividade de trabalho é dirigida e situada, sempre singular, sendo a recriação de situações que a pré-figuram. A busca de uma forma de agir pessoal consiste na busca de uma forma de agir que é maior que cada um em si mesmo, incorporando a ação do outro e a ação prescrita. O gesto de cada um lhe pertence, mas como estilização de técnicas, gestos e palavras em circulação num ofício. Os antecedentes sociais da atividade formam uma memória, objetiva e impessoal, que dá continente à atividade, fornecendo modelos de agir, de começar e terminar uma atividade, oferecendo recursos para enfrentar situações que são generalizadas num ofício. Esse trabalho social prévio à ação forma o gênero deste ofício. Trata-se de uma pré-atividade, algo dado a ser recriado na ação, convenções que são tanto recursos quanto constrangimentos à essa ação. Os gêneros momentaneamente estabilizados são um meio para se localizar no mundo do trabalho, saber como agir, evitando errar sozinho. O gênero marca o pertencimento a um grupo e orienta a ação (Clot & Soubiran, 1998).

Cada trabalhador pertence simultaneamente a diversos gêneros, podendo ser, por exemplo, aquele de seu próprio ofício e um outro de líder sindical. Uma das bases da estilização da atividade será o conflito entre esses diferentes gêneros. O estilo não é um atributo psicológico do indivíduo, ele se situa no ponto de colisão entre os gêneros, dos quais ele se destaca, mas através dos quais ele fala. (Clot & Soubiran, 1998: 87) Mas o estilo pode ser

pessoal e faz a história dos gêneros na situação real das atividades, transformando-os em recursos para a ação. Aqueles que agem serão, afinal, também objetos dessa ação. O trabalho de estilização dos gêneros faz com que esses se transformem e se desenvolvam. Os gêneros se mantêm vivos graças à sua recriação estilística. A história e os conflitos pessoais, situados em interseções outras que as de múltiplos gêneros, são uma outra fonte de estilização. Essas relações serão recurso para o desenvolvimento tanto do gênero quanto das pessoas que trabalham⁵³.

Um outro eixo de análise da atividade pode estar em considerar o significado e o sentido atribuído ao trabalho. Se retomamos o caso do acidente com pérfuro-cortantes, veremos que há um sentido atribuído ao trabalho, de prestação de cuidados ao ser humano doente, que é indispensável para a compreensão das escolhas feitas pelos trabalhadores a cada momento. Na busca de economia ou eficiência na ação (Clot, 1999a: 179-180), importante para permitir que outras ações tenham possibilidade de realização, o trabalhador escolhe caminhos adequados ao cuidado do outro, seja o outro o doente – seu objeto de trabalho - ou seu colega.

A afirmativa dos profissionais acidentados, entrevistados pela CST, de que ali estavam para cuidar dos doentes antes que de si próprios, nos remete a um sentido do trabalho em saúde como uma atividade dirigida a um objeto humano, e nos auxilia na tarefa de estudar as relações entre as preocupações dos trabalhadores e suas ocupações, entre aspectos subjetivos da atividade e aspectos objetivos ou técnicos.

A reorganização da atividade, necessária à prevenção de acidentes, exige tanto recursos materiais quanto recursos provenientes da renovação dos gêneros profissionais que sustentam essa atividade. Se entendemos que esta renovação é propiciada pela colisão entre gêneros, e que novas significações e novos sentidos podem aí surgir, nossas ações de promoção da saúde e prevenção de acidentes devem propiciar oportunidades para tal.

⁵³ Os conceitos de gênero e estilo profissionais propostos pela Clínica da Atividade são uma recriação dos conceitos propostos por Bakhtine de gênero e estilo discursivos (Clot, 1999a).

Análise coletiva da rede de configuração do acidente

O método da análise coletiva dos acidentes vem sendo construído no dia a dia da Comissão de Saúde do Trabalhador.

Como dissemos acima, trata-se de um dispositivo originalmente inspirado no método da árvore de causas. Na proposta original, o acidente é analisado considerando-se a atividade em que este se deu como um sistema composto pelo indivíduo acidentado, sua tarefa, o material utilizado e o meio de trabalho pertinente (Binder, Monteau & Almeida, 1996: 26). Em nosso caso, definimos atividade de outro modo. A atividade de trabalho, de acordo com nosso ponto de vista, deve ser analisada tomando-se em consideração o que é feito, mas também o que se deixa de fazer, o que se gostaria de fazer, o que se faz para evitar fazer alguma outra coisa; ou seja, analisa-se o que se faz, mas também as preocupações relacionadas à tarefa em questão. Consideramos o trabalhador acidentado como um nó da rede de relações de trabalho, envolvido, como dissemos acima, numa atividade dirigida à si mesmo, ao(s) colegas e a seu objeto de trabalho – em última análise, o doente, mas eventualmente um material biológico em análise, uma máquina a ser regulada, etc. Na concepção que propomos, estamos analisando o trabalho como uma ação em que participam seres humanos e objetos técnicos, arquitetônicos, não humanos, numa articulação reticular que N. Dodier (1995) chamou de solidariedade técnica. No caso do trabalho em saúde os trabalhadores são humanos, assim como o objeto do trabalho, amplamente considerado, é humano. Os objetos técnicos integrantes dessa rede podem ser simples, como agulhas, seringas, bisturis, recipientes para lixo, ou complexos, como uma aparelhagem de exame por imagem, e são considerados na recriação dos acontecimentos dentro da mesma valorização dada aos elos humanos. A hierarquização dos diversos componentes da rede irá variar de acordo com as situações singulares analisadas.

Na construção da rede analítica do acidente, retroagimos no tempo para conhecer as múltiplas situações encadeadas que resultaram no evento em foco. Nossa maior atenção está na tarefa de posicionar o trabalhador e seu grupo como observadores de seu próprio trabalho. Nesta situação, a experiência construída deverá servir de instrumento para a renovação do modo de operar objetivo e subjetivo; o gênero profissional em questão pode ser

renovado, ampliando-se a capacidade de ação dos trabalhadores, inclusive no que diz respeito à prevenção dos acidentes. O método da árvore de causas dá, classicamente, uma atenção especial às variações nas situações de trabalho, àquilo que houve de não habitual, podendo ter propiciado um acidente (Binder, Monteau & Almeida, 1996: 26-27). Mantemos essa forma de analisar o acidente, mas, desde nosso ponto de vista, as variações tanto podem ser relacionadas a eventos a serem evitados, como a inovações a serem melhor elaboradas. As variações tanto podem ser disfunções quanto estilizações.

Nesta formulação, preconizamos que, na aplicação do dispositivo, devemos destacar o *como* na orientação do diálogo, evitando-se o *porque*. Devem ser analisadas as condições de ocorrência do acidente quanto à relação do profissional com o doente, com os pares, com a hierarquia e com as condições materiais em que a tarefa era realizada. O *como* induz a recriar a memória, os traços que compõem os gêneros profissionais; já o *porque* propicia a construção de justificativas, a avaliação dos caminhos certos ou errados, preconizados ou não, facilitando o retorno à uma tradição de busca das causas e dos culpados pelo acidente. Já o *para que* pode vir a ser um disparador do surgimento de aspectos interessantes, relacionados aos diferentes objetivos que atravessam uma mesma tarefa e as decisões tomadas a cada momento pelo trabalhador.

A primeira etapa é uma encenação do acidente, que permita atualizar a memória do acidente, mas também a memória das regras e recursos que orientam o procedimento em que ocorreu o acidente. Estão igualmente colocadas as regras técnicas, as regras éticas e as regras de segurança – entre estas pode haver conflitos. Durante e após a encenação outros profissionais que tenham se interessado ou tenham sido mencionados, sendo identificados como compondo a rede em questão, são incluídos na atividade de análise. A inclusão na análise desses profissionais e das circunstâncias do acidente não estará regida pela territorialidade do serviço ou da tarefa – os limites do serviço ou do hospital -, mas pela rede singular que será recriada na análise do acidente.

Aqui se dá um primeiro momento de observação do trabalho pelo próprio trabalhador, que nessa atividade tem como interlocutor a si mesmo, com sua memória e conhecimentos, mas também o analista do trabalho, e aos pares

que se agregarem à tarefa. O analista e os pares funcionam como elementos propiciadores de um afastamento necessário à reflexão e à construção de novas formas de se relacionar com o trabalho. Há nessa composição o confronto de diversas experiências e conhecimentos. O fato de que o analista não seja alguém do mesmo ofício propicia um estranhamento do que, somente entre pares, poderia ser tomado como óbvio, prescindindo de explicitação. Falar a quem participa do mesmo gênero profissional produz um outro discurso, diferenciado do falar a um pesquisador ou do falar a um profissional de Saúde do Trabalhador, que desconhecem, por definição, os detalhes da atividade do acidentado.

As questões a serem formuladas pelo analista mantêm como orientação o que foi proposto pela psicologia do trabalho italiana (Oddone, Re & Briante, 1981: 57-59) para o método das instruções ao sócia, e retomado pela Clínica da Atividade na recriação francesa do mesmo método; deve-se considerar a relação com a tarefa, com os colegas de trabalho, com a hierarquia e com as organizações de classe existentes; não estão excluídos outros caminhos de análise que possam ser sugeridos nas situações encontradas. Nas instruções ao sócia, a tarefa inicial também é descritiva, as instruções dadas devem se ater ao *como* a atividade é realizada, mais que ao *porque* ela se dá desta forma; essa orientação tem como objetivo evitar que os participantes se percam em justificativas para as escolhas que fazem.

A segunda etapa é a construção do diagrama reticular, das diversas linhas e cruzamentos que culminam no acidente. Esse diagrama deverá ser construído coletivamente, estando sua execução atribuída à pessoa do analista.

O papel do analista neste trabalho é delicado. Ele deve ser cuidadoso em suas intervenções para não introduzir palavras e imagens que são suas, e não próprias da atividade, seus gêneros e estilos, em análise⁵⁴.

A situação criada, de descrever a ação para o analista e para seu(s) colega(s), e de desenhar e ver desenhado no papel o entrecruzamento de eventos que constróem uma atividade que, eventualmente poderia parecer simples, produz um efeito de distanciamento de si mesmo, permitindo conhecer

⁵⁴ Yves Clot nos chama a tenção para esse risco em um trabalho sobre o método da autoconfrontação cruzada (Clot, 2000: 23).

seu trabalho ao mesmo tempo que conhece e recria seu modo singular de agir⁵⁵.

Com o diagrama esboçado, cada participante receberá material para copiá-lo, levando-o consigo para reelaborá-lo, o que constitui a terceira etapa. Na metodologia de “instruções ao sócia” proposta na França pela Clínica da Atividade, essa é uma atividade de redação de texto, cuja escritura provoca o pensar. Em nosso caso, o suporte gráfico parece ser mais adequado, preenchido por observações mais curtas, dada a resistência de grande parte dos trabalhadores do hospital ao uso da palavra escrita.

Na quarta etapa, um novo encontro põe em discussão as elaborações pessoais que foram suscitadas pelo diagrama e, quando for indicado, define providências imediatas a tomar. Naqueles casos em que a análise for completa, poderemos então traçar uma parceria no acompanhamento das providências. Poderemos também analisar o que atingimos como movimento durante o diálogo construído nas diversas etapas: quais os pontos de vista e debates iniciais? Quais as considerações finais? O momento da reflexão sobre o diagrama e da apresentação do comentário são de grande importância. É nestes momentos que se dá uma elaboração importante e um novo discurso se constrói, possibilitando novas estilizações da atividade profissional.

Possibilidades e limites do método no hospital público brasileiro

Tomando as formulações de Gastão de S. Campos como referência (2000), dizemos que, nesta análise coletiva, produz-se uma prática de co-gestão, que tem múltiplos objetivos: além da produção de um serviço, de ações voltadas para a prevenção de acidentes, temos a criação de um dispositivo – um “espaço coletivo” - com função de formação profissional e de promoção da saúde. Tomando as palavras de G. Campos (2000: 145), *“um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, se reconstruiria a própria subjetividade”*.

Neste processo de análise, os horizontes da atividade se deslocam com os sujeitos, na multiplicidade dos gêneros que se cruzam: o gênero da atividade comum; o gênero da análise de acidentes; e o gênero científico que é

⁵⁵ Este efeito é apontado por Yves Clot no artigo já citado a respeito do método da autoconfrontação cruzada (Clot, 2000: 27).

trazido pelos pesquisadores. Ao ser atravessada por outros gêneros, a atividade se descola do gênero onde ela se realiza habitualmente, tornando-o visível (Clot, 2000: 31). No método aqui proposto há uma análise coletiva da atividade. O pesquisador e o(s) colega(s) de trabalho não têm as mesmas questões, as mesmas certezas, as mesmas dúvidas; são diferentes do protagonista e são também diferentes entre si. Tais diferenças são introduzidas, seja de forma explícita, seja pelos silêncios, pelos momentos de impaciência, ou pela voz mais animada a partir de um determinado ponto. Procurando atingir o outro, explicar-lhe seu ponto de vista, o seu trabalho cotidiano, o trabalhador acaba por descobrir algo novo em si mesmo, sem necessariamente ter procurado.

Na terceira etapa podem surgir resistências à participação, como a recusa a desenvolver tarefas mais prolongadas, a fazer um exercício de reflexão, a trabalhar mais. “Fazer dever de casa” não é, em geral, algo bem aceito por trabalhadores já sobrecarregados. Mas, neste momento, com a construção do diagrama das seqüências entrecruzadas que levaram ao acidente, um dos objetivos do método pode ser considerado já atingido, mesmo que apenas parcialmente: até então deverá ter ocorrido uma confrontação do trabalhador com sua atividade, propiciando uma melhor compreensão de que as questões de segurança podem ser gerenciadas mediante sua participação na solução dos problemas. Além disso, as informações produzidas desta forma propiciarão a análise qualitativa, pela CST do Hospital, do conjunto de acidentes ocorridos num dado intervalo de tempo; esta análise, em conjunto com a pesquisa epidemiológica destes mesmos acidentes, pode configurar um novo quadro para a formulação da prevenção e do controle dos acidentes.

Uma das características do método proposto é que, tal como nos métodos desenvolvidos pela Clínica da Atividade, ele objetiva produzir uma reorganização da(s) tarefa(s) pelos coletivos profissionais, “*uma recriação da organização do trabalho pelo trabalho de organização do coletivo*” (Clot, 2000: 9). Servindo-se de tais dispositivos, os trabalhadores podem tomar sua própria atividade profissional como objeto; criando novas estilizações, os profissionais estarão recriando os gêneros que a atravessam, dando-lhe vitalidade e plasticidade. “*O gênero pode assim permanecer vivo, conservar suas qualidades de instrumento para a ação, quando as condições em que a ação*

se dá se transformam. (...) O gênero de um meio profissional necessita receber manutenção constante. Ele se realiza e se revela somente nas variações que se formam ao longo de sua evolução” (Clot, 2000:16).

O caminho adotado inscreve-se no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador (Machado, 1997, Machado et al, 2000; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997) buscando potencializar os propósitos aí fixados.

No campo da Saúde do Trabalhador afirma-se que o trabalhador acidentado deve ser levado à posição de observador de sua própria atividade de trabalho, constituindo-se no protagonista da análise. A metodologia coletiva de análise do acidente deve ir além disso, favorecendo a inclusão, na análise do acidente, dos aspectos subjetivos, situados entre os pólos, tradicionalmente considerados, do trabalho prescrito e do trabalho realizado. A análise, da atividade e do acidente, deve considerar não apenas o procedimento realizado, mas também as intenções que levaram àquelas escolhas: a relação entre as preocupações do trabalhador e suas ocupações.

Nas estratégias e instrumentos de análise propostos em outras metodologias, encontramos, em geral, a realização de observações diretas, entrevistas e reuniões. A experiência demonstra que, com essa estratégia, a participação de representantes dos trabalhadores - cipeiros, militantes, sindicalistas – tem sido expressiva, com importantes conseqüências para a organização e condições do trabalho dentro e fora das fábricas. Já na metodologia proposta, pretendemos o desenvolvimento e a recriação da própria atividade, tornando-se importante envolver primordialmente o sujeito acidentado.

Devemos também retomar aqui a discussão do *como*, do *porque* e do *para que* na análise dos acidentes. Se, na aplicação do método junto ao trabalhador, são o *como* e o *para que* que irão gerar a possibilidade de confrontação deste com sua atividade, defende-se, numa discussão dos acidentes industriais ampliados (Machado et al., 2000), que é questionando o *porque* que se possibilitará a discussão ampla e a prevenção dos acidentes: considera-se que, através do *porque aconteceu*, pode-se chegar aos fatores sociais, técnicos e organizacionais que propiciaram o agravamento e o descontrole de uma dada situação de risco. Pensamos que a questão de quem lucra com o crime cometido – ou com uma certa omissão criminoso – poderá

ou não ser evocada pelos sucessivos *como* apresentados para alimentar o curso do diálogo; este pode ser, talvez, um limite do método; mas, ainda assim, insistimos que, para alcançar nossos objetivos colocar o *porque* como meta central da análise de cada acidente não seria conveniente. O risco de retornar a uma discussão moralizadora de busca de culpados seria grande demais. Na verdade, a busca do *porque* é a busca da causa, seja ela concebida como única ou como multifacetada e historicamente determinada; já o *como* deve levar ao conhecimento do processo de produção do acontecimento.

Uma outra discussão está referida à relação entre os conceitos de espaço, lugar, território (Barcellos & Machado, 1998; Machado, 1997: 41-42) e rede. Adotamos, para a análise dos acidentes em hospital, o ponto de vista de Dodier (1995), que chama a atenção do leitor para a possibilidade da construção de uma análise em rede - em que os limites do território - o serviço ou o hospital - são ultrapassados, privilegiando-se as conexões com os eventos relacionados pelos trabalhadores à sua atividade e ao acidente. Na metodologia de análise que propomos os limites territoriais do hospital não deixam de existir, mas os profissionais e objetos que formam uma rede de solidariedade técnica (Dodier, 1995) em análise estão referidos ao hospital enquanto lugar social.⁵⁶

Para avançar nestes dois últimos pontos, podemos retomar uma discussão da Análise Institucional (Lourau, 1977:23) acerca da diferenciação entre campo da intervenção e campo da análise. Enquanto o campo da intervenção é aquele do micro-social, limitado pelo tempo e pelo espaço da intervenção, o campo da análise é macro-social, permitindo recuperar a discussão da determinação sócio-econômica acerca de eventos aparentemente não-políticos. Assim, o “porque” apontado pelos autores mencionados não deve estar contemplado no desenrolar da recriação do acidente; esta linha de análise pode surgir na terceira e quarta etapa da metodologia de análise coletiva, ou, ainda, nas análises cumulativas, de uma série construída de acidentes.

⁵⁶ Em Milton Santos encontramos o conceito de lugar na discussão do meio técnico-científico globalizado: “A uma escala mundial corresponde uma lógica mundial que nesse nível guia os investimentos, a circulação de riquezas, a distribuição de mercadorias. Cada lugar, porém, é ponto de encontro de lógicas que trabalham em diferentes escalas, reveladoras de níveis diversos, e às vezes contrastantes, na busca de eficácia e do lucro, no uso das tecnologias do capital e do trabalho” (1994: 18).

Propomos que o trabalhador passe a observador de seu próprio trabalho. Neste ponto está a riqueza do método como formativo, e também o risco de esbarrarmos em dificuldades para aplicá-lo. No quadro de dificuldades enfrentado no hospital público brasileiro, o trabalhador encontra-se pouco disposto a se auto-observar, tendendo ao contrário a desenvolver uma atitude defensiva de alheamento. O tipo de auto-observação proposta não só permite, mas exige, um esforço de reflexão e um desenvolvimento da crença na sua própria capacidade de interferência e construção da realidade.

Consideramos, a partir das aproximações anteriores com o ambiente de trabalho hospitalar, que tomar o acidente como ponto de partida pode nos auxiliar a vencer tal dificuldade de mobilização. Os ensaios de aplicação parcial do método, acima comentados, sustentam essa forma de pensar.

Para encerrar estas considerações, lembramos que, neste entrecruzamento de gêneros, estão em análise a prática hospitalar, a prática da saúde do trabalhador no hospital e a prática da formação de novos trabalhadores em saúde. E que, de todos os resultados pretendidos com esse trabalho, o mais importante para nós, será a democratização da gestão das ações em Saúde do Trabalhador, que terá certamente efeitos nas demais práticas em foco.

Bibliografia

- ABREU, A. M. & MAURO, M. Y. C., 2000, Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 4, n. 1, p. 139-146.
- ALMEIDA, I. M. de & BINDER, M. C. P., 1995. O uso do método da árvore de causas pelo movimento sindical. Em: CUT, *Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para a ação sindical*. Ministério do Trabalho / Fundacentro, pp. 113-130.
- BÁLSAMO, A. C., BARRIENTOS, D.S. & ROSSI, J. C. B., 2000, Acidentes de trabalho com exposição à líquidos corporais humanos ocorridos nos funcionários do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). *Revista Médica HU-USP*, 10 (1) pp. 39-45.
- BARCELLOS, C. & MACHADO, J. M. H., 1998. A organização espacial condiciona as relações entre ambiente e saúde: o exemplo da exposição ao mercúrio em uma fábrica de lâmpadas fluorescentes. *Ciências e Saúde Coletiva* 3 (2) pp. 103-113.
- BINDER, M. C. P., MONTEAU, M. & ALMEIDA, I. M. de, 1996. *Árvore de Causas: método de investigação de acidentes de trabalho*. São Paulo, Publisher Brasil.
- BRAGA, D., 2000. *Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas do Hospital Evandro Chagas*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz.
- CAMPOS, G. W. de S., 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo, Hucitec.
- CANGUILHEM, G., 1990. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- CDC, 1998. *Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis*. MMWR.
- CHAVES, S. et al, 1999, Integrating care and Prevention : Accidental on occupational exposures to blood and body fluids in a general hospital.

- The 4th ICOH International Conference on Occupational Health for Health Care Workers*, WP-17, Montreal.
- CLOT, Y., 2000. Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler: Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du travail* 4: 7-42.
- CLOT, Y., 2000. La formation par l'analyse du travail : pour une troisième voie. Em MAGGI, (dir.) *Manières d'agir, manières de penser en formation*. Paris, PUF, pp. 133-156.
- CLOT, Y., 1999. *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF.
- CLOT, Y., 1999a. De Vygotski à Léontiev via Bakhtine. Em CLOT, Y. (dir.), *Avec Vygotski*, Paris, La Dispute / SNEDIT p. 165-185.
- CLOT, Y. & SOUBIRAN, M., 1998. "Prendre la classe": une question de style? *Société Française*, 12/13 (62/63) pp. 78-88.
- CLOT, Y. & DEJOURS, C., 1997. Des hommes et des machines: sociologie et psychologie. *Sciences Sociales et Santé*, 15 (2): 107-124.
- COSTA, M. B. & SCHNEIDER, L. O. D., 1998, Conduas nos acidentes de trabalho com materiais biológicos em hospitais. Em: AGOSTO, F. M. de, PEIXOTO, R. & BORDIN, R., *Riscos da Prática Médica*. Porto Alegre, Da Casa Editora, pp. 45-65.
- DODIER, N., 1995, *Les hommes et les machines*, Paris, Métailié.
- GERSHON, R. R., VLAHOV, D. FELKNOR, S.A., VESLEY, D. JOHNSON, P.C., DELCLOS, G. L. & MURPHY, L.R., 1995. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *American Journal of Infection Control*, 4 (23): 225-236.
- LAURELL, A. Cristina & NORIEGA, M., 1989. *Processo de Produção e Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- LOURAU, R., 1993, *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*, Rio de Janeiro, Editora UERJ.
- LOURAU, R., 1977. Análisis Institucional y Cuestion Política. In: *Análisis Institucional y Socioanálisis* (Lourau, R. et all), México: Editorial Nueva Imagem.
- MACHADO, J. H. M., 1997. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 supl. 2: 33-45.

- MACHADO, J. H. M. & CORREA, M. V., 2000, Reflexões sobre a observação do processo de trabalho: introduzir o conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde, *I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento*, Série Fiocruz Eventos Científicos, 2, 92-100.
- MACHADO, J. H. M., PORTO, M. F. de S. & FREITAS, C. M., 2000. Perspectivas para uma análise interdisciplinar e participativa de acidentes (AIPA) no contexto da indústria de processos. Em: MACHADO, J. H. M., PORTO, M. F. de S. & FREITAS, *Acidentes industriais ampliados*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 49-81.
- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M. da F., 1997. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 supl. 2: 21-32.
- ODDONE, I., RE, A. & BRIANTE, G, 1981. *Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris, Messidor, 1981.
- OSORIO DA SILVA, C. & OLIVEIRA, N., 1999. 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: 40-50.
- RUDAH, J., POLETTO, M., et al. , 2000. Acidentes biológicos em Hospital Universitário. *Revista Médica HSVP* 11 (26): 19-22.
- SANTOS, M., 1994. Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo, Hucitec.

CONCLUSÃO

Conclusões ?

Perpassa esse conjunto de artigos a observação da aparente imobilidade do trabalhador de saúde, quando se trata de cuidar de si próprio, de seu grupo de trabalho, ou das condições em que esse se exerce. E minha inquietude frente a esse quadro. A percepção das dificuldades existentes na construção e manutenção do trabalho coletivo, sobretudo das equipes multiprofissionais, já vinha como observação antiga, sendo confirmada a cada momento do meu trabalho de campo e reiterada nas leituras dos trabalhos de outros autores.

Desde o campo da Saúde do Trabalhador, a questão do trabalho coletivo, sempre idealizado mas pouco construído, é aqui formulada como uma questão de saúde. Esta, a saúde, se apresenta, através da obra de Canguilhem, como a possibilidade de sair da imobilidade, da mera queixa ou sofrimento, para a produção de novas normatividades, mais adequadas à vida. No caso, para a construção de uma utopia que, ao menos em parte, é assumida pelos próprios trabalhadores: estando saudáveis, capazes de exercer plenamente sua capacidade de iniciativa, sua inventividade, devem poder transformar, recriar essa utopia, a fim de ultrapassar alguns dos atuais empecilhos ao trabalho.

Na exposição dos diversos momentos vividos nestes últimos quatro anos, no processo de construção de uma Tese, podemos observar um projeto desenvolvido por três ângulos bem diferentes, tendo sempre como eixo a busca de formas de parcerias com os trabalhadores de saúde, de modo a colaborar na sustentação de seus propósitos de transformação do trabalho no hospital.

A Análise Institucional francesa como principal eixo teórico-metodológico, como primeira ferramenta utilizada, não supriu, no meu caso, a necessidade de construir propostas bem delimitadas de trabalho conjunto com os trabalhadores de saúde: a indefinição inicial das propostas apresentadas ao Hospital gerou efeitos de acirramento de desconfianças. Digo “no meu caso”, mas lembro a reflexão de H. Rodrigues acerca da missão impossível do analista institucional; os grupos de trabalho desejam melhorias, e a Análise

Institucional oferece desconstruções, visando uma subversão do instituído que possibilite a formação de novas práticas não previsíveis, nem programáveis.

No decorrer das leituras e dos confrontos com o campo empírico, os atravessamentos entre diversas teorias, nas releituras já então marcadas por um caminho singular, essas dificuldades começam a ser enfrentadas: acredito que na colisão de diversos gêneros essa característica de tarefa impossível poderá ser ultrapassada.

Uma das utopias cara à Análise Institucional francesa é aquela da autogestão. Na prática, observamos que essa forma de gestão não é passível de ser integralmente adotada: a regulação fina de múltiplos interesses e saberes numa organização complexa como o Hospital – para me ater ao meu objeto – exige a composição de múltiplas formas de gestão. Neste sentido, G. Campos nos propõe como utopia a co-gestão.

Nesse deslocamento, dá-se uma mudança importante: se eu esperava poder desenhar, a muitas mãos, um contrato de trabalho com um grupo ampliado de pesquisa, assumi finalmente a necessidade de interpretar demandas pouco claras e correr o risco de apresentar uma proposta em que a tarefa está, desde o início, bem delimitada: as respostas dirão do meu acerto ou erro. Assumo assim que a gestão do trabalho, tomando como objeto a organização como um todo, ou suas partes, pode ser uma ferramenta potente na produção de sujeitos capazes de tomar seu destino em suas próprias mãos.

O trabalho realizado, a construção do método de análise coletiva de acidentes de trabalho, está contido no campo da Vigilância em Saúde do Trabalhador, e diz respeito à construção de um serviço de Saúde do Trabalhador dentro de uma organização, o Hospital, como a instalação de um dispositivo analisador construído. Trata-se de uma proposta de co-gestão, e não de autogestão. Além de fazer parte do campo teórico em que meus estudos se inserem, a Saúde do Trabalhador, e ser adequado ao objetivo de produção de conhecimento acerca das relações entre trabalho e subjetividade, esse projeto retoma um caminho em que o grupo ampliado de pesquisa e intervenção havia se constituído de modo algo espontâneo... melhor dizendo, ele já vinha sendo produzido no tempo do grupo, fora das pressões próprias da minha inserção no Doutorado.

Cabe aí uma análise de implicações: os doutorados, e a produção de teses, estão atualmente sob constrangimentos que não são estranhos ao mundo do trabalho como um todo: pressão de tempo exacerbada, exigências quantitativas de produção apelidadas de “excelência”, discursos familiares aos trabalhadores do novo século.

As dificuldades enfrentadas na produção de uma análise participativa do processo de trabalho, reforçaram minha hipótese inicial acerca da carência de ferramentas adequadas às demandas do hospital: precisamos de metodologias que, de um lado, incluam o subjetivo e, de outro, permitam tanto respostas imediatas como a produção de novas formas de fazer. O caminho a ser percorrido foi alongado: ao invés de fabricar o dispositivo de intervenção com a participação direta dos trabalhadores de um serviço da assistência, “optei” por fazê-lo desde a CST e demais interlocutores do processo de construção de minha Tese de Doutorado. Enfrentar as desconfianças encontradas no ambiente hospitalar exige a possibilidade de expor com maior precisão o que tenho a oferecer.

Se a Análise Institucional francesa oferece, nas suas intervenções, uma certa desconstrução das relações existentes que torna visíveis questões até então ocultadas, vamos em busca de dispositivos que produzam tanto essa desconstrução quanto a realização de tarefas que tenham significativo potencial construtor de novas relações.

As dificuldades que encontramos nas pesquisas que vimos realizando em dois diferentes hospitais públicos do Rio de Janeiro, largamente relatadas nos Capítulos 1 e 2, não são enfrentadas apenas por nós. Outros psicólogos do trabalho relatam suas dificuldades no acesso às características de um ou outro processo de trabalho. I. Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981) surge com sua busca de ferramentas conceituais e metodológicas que pudesse utilizar no atendimento às demandas dos operários italianos na década de 70, na esteira do “68” italiano; em 1973 foi assinada uma convenção coletiva da metalurgia que previa o direito a 150 horas de estudos de tipo cultural para os trabalhadores. A partir dessa convenção iniciou-se o trabalho com operários da Fiat, conhecido no Brasil (Clot, na apresentação à Oddone, 1981). Neste trabalho, I. Oddone (Oddone, Re & Briante, 1981) relatava as dificuldades encontradas nas primeiras tentativas de uso do método das instruções ao

sósia: ao solicitar as instruções que um trabalhador daria a um colega, obtinha como resultado um manual do comportamento ideal; perdia-se toda a riqueza da experiência informal. Esta dificuldade, I. Oddone atribui ao modelo em que estamos imersos, de dependência e sujeição aos especialistas, o psicólogo e/ou analista do trabalho entre eles. Ele afirma que, se não eliminarmos esse obstáculo, será sempre difícil para o psicólogo conhecer os comportamentos reais dos trabalhadores (Oddone, Re & Briante, 1981: 56). O artifício das instruções a um sósia, e não a um outro colega, permite sublinhar o interesse na atividade realizada, e não naquela prescrita. I. Oddone chama também nossa atenção para o fato de que os modos de trabalhar são dinâmicos, se modificam com as novas experiências, estão vivos; por esse motivo o conhecimento que os analistas podem ter desses modos são sempre parciais (Oddone, 1981: 58-59).

No encontro com as referências teóricas da Clínica da Atividade, da Psicologia do Trabalho italiana, e com a proposta de co-gestão discutida por Campos, há um deslocamento: objetiva-se produzir novas práticas, sublinhando o instituído como importante fonte de recursos para os movimentos instituintes. Tornou-se possível retomar as referências da Análise Institucional e da Saúde do Trabalhador e fertilizá-las, inventar neste campo novas normatizações. E o acidente de trabalho, objeto de estudo desde os tempos da psicologia industrial e da medicina de fábrica, pode ser tomado como disparador de instalação de um analisador construído.

O caminho escolhido tem o mérito de acolher o tripé em que vinha se baseando meu trabalho, antes mesmo do início desta Tese: produzir intervenções na formação de novos psicólogos, na construção de um serviço de Saúde do Trabalhador e no trabalho hospitalar.

O processo de trabalho hospitalar

Embora o processo de trabalho no hospital não tenha sido nosso foco principal de atenção, e sim as metodologias adotadas para conhecê-lo, seria impossível fazê-lo sem discutir este processo.

O objetivo colocado nesse projeto de Doutorado era: estudar a relação entre processo de trabalho e subjetividade, e construir uma metodologia apropriada para intervir no processo de trabalho hospitalar, de modo a

favorecer a ampliação da capacidade de ação dos trabalhadores. Tal objetivo levou a um olhar centrado em aspectos parciais do processo de trabalho. De modo a deixar indicados os caminhos que considero que deverão ser retomados nas próximas etapas dessa linha de pesquisa, recupero, a seguir, os comentários, feitos ao longo dos artigos apresentados, acerca do processo de trabalho. Muitas destas observações são oriundas do que foi vivido no campo empírico atual, outras retomam questões ou achados de trabalhos anteriores, ou ainda estão sustentadas por comparações com o que pode ser lido acerca de hospitais de outros países. Dada a recorrência dos mesmos aspectos, apontados em vários estudos de caso, vamos construindo um conhecimento da dinâmica própria do processo de trabalho hospitalar, que nos sugere que:

- O trabalho no hospital apresenta traços diversos da organização taylorista do trabalho, da prescrição rígida do trabalho, da realização feita ao modo da linha de montagem, e da supervalorização da divisão e especialização do conhecimento.
- Entre outras características do hospital, esses traços tayloristas se fazem presentes num tipo de organização em que as linhas hierárquicas são múltiplas, com chefias organizadas por categoria profissional; cada categoria profissional luta, então, por preservar e ampliar seu espaço de poder: a categoria médica, com suas divisões internas, por manter sua centralidade, e as demais, por reduzir subordinações reais ou fictícias, numa posição predominantemente defensiva. A organização da assistência ao doente no espaço de cada serviço é dificultada por essa estrutura excessivamente vertical e de múltiplas linhas de poder. Este quadro é agravado pelo avanço das tecnologias em saúde, com o correlato aumento dos especialistas presentes no hospital.
- Esta organização das hierarquias, por profissão e especialidade, é acompanhada de uma definição estrita dos espaços de trabalho, de descanso e de lazer. Nos espaços de registro de informações, a mesma divisão se mantém: os quadros de aviso e os livros de ocorrência são específicos, e o prontuário é demarcado.

- A organização taylorista introduz e mantém suas marcas, mas não chega a se instalar; a realização das tarefas exige que se respeite um objeto que tem alto grau de variabilidade: o ser humano doente.
- Com a fragmentação do objeto, suas características humanas ficam mascaradas, o que tem sido interpretado como uma atitude defensiva frente ao conteúdo do trabalho. Os olhares são demarcados, só vêm o que estão programados para ver, e ver o doente como totalidade, ou como sujeito, que interfere de fato e de direito na rede de relações terapêuticas, não parece estar na 'programação' de médicos e enfermeiros.
- O corporativismo se expressa, entre outros traços, na preservação de linguagens próprias de cada categoria ou especialidade.
- O segredo e o sigilo são, ao mesmo tempo, frutos de atitudes defensivas e parte do trabalho prescrito. São frutos de mecanismos defensivos quer coletivos quer individuais, ora intencionais ora inconscientes, mas sempre consumidores de energia.
- O segredo tem, entre seus móveis, a valorização, no hospital, do virtuosismo, que exige a preservação de algum mistério em torno das competências e dos ofícios.
- Observa-se a predominância de queixas e a ausência de projetos.
- A divisão do trabalho enrijecida, alimentada pela necessidade de manter defesas diversas, e pela prescrição ética de sigilo em defesa do doente e da corporação, associada à intensidade do trabalho produzida pela redução de pessoal, estão na origem de uma grande dificuldade de criar espaços de discussão coletiva do trabalho.
- As pesquisas em clínica médica e as pesquisas quantitativas em epidemiologia são familiares ao ambiente hospitalar, enquanto as pesquisas qualitativas são quase inteiramente ausentes; a lógica médica dominante absorve mais facilmente, dada sua equivalência, as pesquisas que seguem os dogmas da ciência clássica.
- Há, no hospital, um descrédito nas possibilidades de mudança, reagindo às propostas de trabalho coletivo, participativo, como acréscimo de carga de trabalho.
- Os gêneros profissionais que povoam o hospital público brasileiro estão fragilizados por uma política de desinvestimento, que se expressa na

redução de pessoal sem discussão da reorganização do trabalho e na falta constante de materiais e de manutenção dos equipamentos e do espaço físico.

- Os grupos profissionais valorizam diferentemente os diversos aspectos do trabalho hospitalar. E organizam-se para ele, enquanto grupo, também de formas diferentes. O grupo de enfermagem é um apoio para a articulação dos múltiplos fragmentos do trabalho, tem um papel importante na produção de encontros entre os muitos profissionais e objetos necessários; busca formas de trabalhar enquanto grupo coeso, e valoriza o debate das opiniões divergentes para alcançar a harmonia na ação, que entende como necessariamente coletiva. O grupo médico valoriza a competência teórico-técnica, a produção científica, dando relevo ao aspecto singular, individual, dessa produção; a preservação da autonomia e da singularidade exige conviver com a diferença sem expô-la excessivamente. O exercício da autoridade em cada um dos grupos não se dá da mesma forma. Estão aí alguns pontos do que pode se constituir numa dificuldade a ser ultrapassada na construção de um trabalhar em conjunto mais prazeroso; e que poderá, nesse deslocamento, ser um recurso para a invenção de novas formas de fazer.
- No Serviço de Cardiologia observado e em grande parte dos serviços hospitalares, a equipe multiprofissional, ou interdisciplinar, ou qualquer outra denominação similar, não existe; no máximo, encontramos uma equipe bi-profissional, composta de médicos e enfermeiras, com dificuldades de manter um trabalho articulado; os demais profissionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, para citar os mais comuns, permanecem, quando existem, ligados a seus núcleos profissionais específicos.
- O virtuosismo, o perseguir o “trabalho bem feito”, e o trabalho “em prol do doente” subsistem como metas altamente valorizadas, embora insuficientemente alcançadas; nesta via, está, talvez, um recurso importante para a produção de novas solidariedades.
- Para analisar um processo de trabalho em transformação, em que a centralidade médica subsiste, fragilizada pela ampliação dos recursos exigidos pelas tarefas terapêuticas, e pelo aumento conseqüente das

articulações e solidariedades técnicas exigidas, os limites do serviço se tornaram estreitos. Em um ambiente em que traços do taylorismo estão presentes, mas impõe-se a flexibilidade na organização do trabalho, o poder de determinação dos acontecimentos por essa categoria profissional é permanentemente atravessado pela multiplicidade de tarefas exigidas para atingir a execução daquela que é central: cuidar dos doentes. Neste quadro, as análises mais profícuas do processo parecem ser aquelas que se fazem com o conceito operacional de rede. Daí a adoção, nesta Tese, da expressão rede de atenção ao doente, ou rede terapêutica.

Pelo fortalecimento dos elos que compõem a rede de atenção ao doente podemos então buscar o desenvolvimento de novos gêneros profissionais, específicos e coletivos, escapando ao enfrentamento direto das ambigüidades da utopia da equipe circunscrita a um determinado serviço. A Análise Coletiva dos Acidentes de Trabalho proposta rompe com a lógica da centralidade médica ou da centralidade de uma dada especialidade. Para ser feita, esta análise exige dos analistas diversos deslocamentos: o foco de atenção se desloca por relações e tarefas diversas, os conhecimentos específicos exigidos para analisar cada um desses focos não são os mesmos, o mesmo se dando quanto às especialidades a serem envolvidas na produção de novos modos de realizar as tarefas analisadas.

A co-gestão a ser praticada na Análise Coletiva dos Acidentes de Trabalho propõe uma forma de organização do trabalho que rompe com a divisão do saber e do poder que caracteriza a prática hospitalar atual, aponta uma utopia, e propicia a renovação de gêneros envolvendo numa tarefa comum, não-hierarquizada, categorias profissionais que têm pouca experiência nesse tipo de convivência.

Inconclusões!

Na entrada no Hospital optamos por fazer parte de um serviço do próprio Hospital, a CST, por usar jalecos, por ser “da casa”. Não vivi a sensação de invisibilidade que tinha sido a característica de uma intervenção anterior, mas a reação hostil mostrou que ser de casa nem sempre é confortável, a falta de

cerimônia pode ser algo desconcertante. Mas as recusas claras, bem como as ausências e presenças mudas, configuram uma modalidade de ação.

A não-participação, as ausências, a desistência e a deserção são apontadas por R. Lourau como modos de ação não-institucional, que se constituem numa das modalidades de ação anti-institucional. Nesta modalidade a via institucional oficial é recusada, sem que se coloque uma prática alternativa como algo almejado. Esta seria, portanto, uma forma de oposição ativa. Ao provocarmos reuniões, discussões, o confronto com uma realidade insatisfatória, estamos nos contrapondo à retirada como forma de ação. Há, no hospital, uma manutenção ativa dessa forma particular de ação.

A ausência de participação é vista de um modo ligeiramente diferente na linha de discussão das práticas de linguagem, feita por Josiane Boutet, para quem, falar do seu trabalho é sempre uma tarefa difícil. As práticas e suas regras, ou os gêneros, no modo de dizer desta autora, bem como da Clínica da Atividade, tem sempre algo de desconhecido para o trabalhador, algo que se faz mas não se sabe como dizer; e há ainda uma atitude de defesa necessária, na medida em que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado comportam sempre um certo grau de transgressão.

Poderão as propostas dirigidas à centralidade da atenção ao doente, construídas para escapar às não-participações cristalizadas em cada serviço, inventar novas formas de ação?

Na proposta aqui apresentada, de um método de análise coletiva do acidente de trabalho, traçamos um caminho de intervenção que é múltiplo: produzindo uma intervenção no modo de ação da Comissão de Saúde do Trabalhador, pretendemos produzir a ampliação da capacidade de ação de outros trabalhadores do Hospital. Mas conhecemos pouco as relações entre a CST e o Hospital, o lugar ocupado em cada trabalhador e nos diversos coletivos que podemos recortar, de sua própria saúde, do cuidado de si, e de um serviço que tem essas questões como seu objeto. Nos deslocamentos produzidos, ou não, pela metodologia proposta, haverá uma ampliação desta análise.

Nesta revisão do conteúdo do trabalho apresentado, identifiquei outras questões apenas apontadas:

- O lugar da produção de conhecimento científico sobre as doenças, os doentes e os tratamentos no hospital de hoje foi apenas entrevisto.
- O lugar do prontuário na comunicação entre profissionais e setores, com suas possibilidades e limites, é um campo de investigação ainda inconcluso.
- As questões relacionadas ao masculino e ao feminino não foram tocadas, dada a decisão de não mergulhar, ainda, na discussão do processo de trabalho; como dado curioso, lembro a observação feita de como a categoria médica, com sua lógica masculina, impera numa enfermaria de homens, e a enfermagem, com sua lógica feminina, numa enfermaria de mulheres.
- Pelo mesmo motivo, não discutimos as particularidades do processo de trabalho no período noturno e outras heterogeneidades relativas ao tempo. No entanto, sabemos que o trabalho no hospital se dá de forma ininterrupta, 24 horas por dia e 7 dias por semana; e que o trabalho do dia e da noite, do dia útil e do fim de semana, da manhã e da tarde, apresentam diferenças que não podem ser ignoradas.

Estas são, talvez, questões que poderão orientar futuras análises.

Alguns comentários finais

O conjunto de artigos aqui reunidos apresentam aos leitores um produto que espero lhes seja útil. Acredito que sua leitura propiciará uma ferramenta de investigação e intervenção àqueles que militam na psicologia do trabalho, tendo como meta a saúde do trabalhador.

O método de análise coletiva do acidente de trabalho em ambiente hospitalar, produzido também coletivamente, a partir da experiência vivida na CST do Hospital, foi discutido e recriado a partir de abordagens conceituais que podem situá-lo como uma renovação de um gênero profissional, o da psicologia do trabalho feita no Brasil, a partir de encontros com outros gêneros: o da pesquisa, o da ergonomia, o da etnografia, e os gêneros das psicologias do trabalho francesa e italiana.

Outros confrontos se dão com a Saúde do Trabalhador desenvolvida no Brasil, e o processo de construção coletiva que resulta na CST de um hospital público brasileiro.

Instigada pelos silêncios e segredos, éticos, defensivos e terapêuticos, do hospital, buscava uma metodologia de construção de equipe. Ao final, chego a uma metodologia de gestão democrática, sim, de produção de saúde, de vida, de ampliação do poder de ação, mas principalmente dos trabalhadores que atuam no campo da Saúde do Trabalhador. A metodologia apresentada permite ampliar, na prática, a proposta participativa defendida no campo da Saúde do Trabalhador.

É importante lembrarmos que o método proposto ainda não foi integral e satisfatoriamente submetido à prova, tendo sido apenas parcialmente utilizado no dia a dia das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador desenvolvidas no Hospital mencionado nos Capítulos 2 e 3. Acredito que, com a aplicação e a recriação cotidiana do método, poderemos dizer, dentro de algum tempo, da real contribuição que este pode dar à gestão democrática do hospital e seus serviços.

Dentro dessa perspectiva, afirmo que a Comissão de Saúde do Trabalhador tem possibilidades de funcionar, retomando a linguagem da Análise Institucional, como dispositivo analisador construído da instituição hospitalar. Ou ainda, que o gênero profissional da Saúde do Trabalhador pode ter, no encontro com outros gêneros que fazem parte da vida hospitalar, um papel de propiciador do desenvolvimento, favorecendo a estilização dos gêneros a partir dos confrontos, conexões e deslocamentos que propicia.

Os dispositivos utilizados pela CST, em colaboração com a Universidade, podem assumir diversas faces: a segurança e a saúde num senso estrito, mas também a formação e a pesquisa. A implantação do método aqui proposto deverá propiciar, ao lado de uma gestão participativa da Saúde do Trabalhador, a possibilidade do desenvolvimento teórico de questões relativas à produção de subjetividade no trabalho em saúde. Na tarefa de implantação do método está implícita uma questão teórico-prática que me parece interessante enfrentar: como se dá o processo de mudança de uma atividade de trabalho cujas antigas regras foram bem automatizadas?

Permeando os artigos, existem ainda algumas observações e formulações que gostaria de destacar nestes comentários finais.

A meu ver, ao contrário do que diz o senso comum, ou o que é freqüentemente veiculado na mídia, o trabalhador da rede pública de saúde

brasileira não pode ser caracterizado como um indolente, alguém que necessita de maior controle, limites mais fortes e mais claros, para vir a produzir. Ao contrário, embora existam situações de apatia relacionadas a diversos motivos, há um flagrante sofrimento pelo excesso de limites à realização adequada do trabalho de atenção ao doente. A satisfação pelo trabalho bem feito está impedida e torna-se impossível o desenvolvimento do virtuosismo, algo importante no trabalho hospitalar, como em outras redes técnicas. O trabalhador não necessita de limites mais rígidos, e sim de recursos melhores e mais claros.

Para terminar, creio que o conjunto poderá surpreender, positivamente a alguns e negativamente a outros, pelo grande espaço dedicado às dificuldades vividas pela pesquisadora durante o processo. Está também em grande parte preservada a transparência dos movimentos de um processo de pesquisa, em que, com frequência, o produto final não é exatamente aquele previsto no projeto inicial. Esta opção está sustentada por minha implicação de longa data com as recomendações da Análise Institucional francesa, em especial de René Lourau, sobre a importância de divulgarmos o que habitualmente se constitui no *fora-texto*: os diários de campo, as paixões que permeiam a pesquisa, as hesitações, os movimentos. Hoje, marcada por novos encontros, afirmo que espero que este conjunto de artigos possa contribuir em alguma medida para debates, confrontos, que serão renovadores de gêneros profissionais já estabilizados.

ANEXO

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA E PESQUISA
EM SERES HUMANOS**

Inserir aqui o parecer da Comissão de Ética (2 páginas)