

# Para Pensar Dispositivos Analíticos na Prática da Psicologia na Saúde e Trabalho Hospitalar

**Márcia Ziebell Ramos**

Psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS  
End.: Rua Barão de Ubá 775 - apto. 301. CEP: 90450090  
- Porto Alegre - RS  
E-mail: mramos@hcupa.ufrgs.br

## Resumo

*Este ensaio-crítico, situado no trabalho do psicólogo junto ao trabalhador do hospital, se propõe a pensar a prática da psicologia na saúde. O percurso de construção deste vai lançar mão de uma estratégia de intercessão entre conceitos/ autores e prática. Com o objetivo de provocar movimentos e ampliações, buscando a produção de sentidos e a invenção de possibilidades para o cotidiano do psicólogo junto ao trabalhador hospitalar, este trabalho instiga a tessitura de redes ou a ampliação das possibilidades de percepções, compreensões, entendimentos e interpretações sobre os modos de viver o trabalho. As interrogações e dilemas disparados no cotidiano de trabalho, juntamente com as provocações advindas dos percursos de estudo e discussões teóricas em diferentes espaços acadêmicos e profissionais, são utilizados como disparadores a serem pensados a luz de alguns conceitos desenvolvidos pelos autores aqui*

*referenciados. A proposta da prática como um dispositivo analítico, será aqui apresentada de modo que os conceitos funcionem como intercessores entre a psicanálise e a esquizoanálise e as práticas e modos cotidianos de viver as instituições. Analítico por se propor a através de um fazer genealógico, que se efetivará enquanto trabalhadora da saúde, explorar as práticas e os jogos de verdade, acompanhar os movimentos de fixação e ruptura, as continuidades e descontinuidades na superfície mesma dos acontecimentos.*

**Palavras-chave:** *Psicologia na saúde, Saúde do trabalhador, Trabalho hospitalar, Genealogia, Esquizoanálise.*

## **Thinking about some Analytical Devices in the Practice of Health Psychology in Hospital Work**

### **Abstract**

*This critical-essay, based on the work done by psychologists with hospital workers, proposes to think about the practice of psychology in the health system. For the development of this essay it was used a strategy of intercession between concepts/authors and practice. With the intention of generating movements and enlargements, looking for the production of meanings and the creation of possibilities for the daily work of the psychologists with the hospital workers, this essay stimulates the formation of networks and the increase of the possibilities of perceptions, comprehensions, understandings and interpretations about the ways of living the work. The questions and dilemmas derived from the daily work, as well as the provocations arising from studies and theoretical discussions in different academic and professional spaces are used as triggers to be thought in the light of some concepts developed by*

*the authors referenced here. A proposal of a practice as an analytical device is presented in such way that the concepts can function as intercessors between psychoanalysis and schizoanalysis as well as everyday practices and ways of experiencing the institutions. It is an analytical proposal once it uses a genealogical practice in a professional health work, exploring the practices and the truth games, following the movements of construction and rupture, the continuities and discontinuities in the surface of the events.*

**Keywords:** Health psychology, Worker's health, Hospital work, Genealogy, Schizoanalysis.

## **Para Pensar Dispositivos Analíticos en la Práctica de la Psicología en la Salud y en el Trabajo de Hospital**

### **Resumen**

*Este examen crítico, ubicado en el trabajo del psicólogo con el trabajador de hospital, propone pensar la práctica de la psicología en la salud. La construcción de esta vía se recurrirá a una estrategia de la intercesión entre conceptos / autores y la práctica. Con el objetivo de generar movimientos y ampliaciones, buscando la producción de significados y la invención de posibilidades para el psicólogo todos los días con el trabajador del hospital, este trabajo instiga el tejido de redes o la ampliación de las posibilidades de las percepciones, interpretaciones y declaraciones sobre maneras de trabajo vivo. Las preguntas y dilemas planteados en el trabajo diario, junto con las burlas que resultan las trayectorias de estudio y las discusiones teóricas sobre distintos espacios académicos y profesionales, se utilizan como disparadores para ser el pensamiento en conceptos desarrollados por los autores mencionados en este documento. La práctica propuesta como un dispositivo analítico, se presenta aquí de manera que los conceptos actúan como intercesores entre*

*el psicoanálisis y la esquizo-análisis y las prácticas y las formas cotidianas que viven las instituciones. Analítica por proponerse hacer por medio de un hacer genealógico, que entra en vigor como un trabajador de la salud, la exploración de las prácticas y de los juegos de verdad, acompañar los movimientos de fijación y ruptura, las continuidades y discontinuidades en la superficie misma de los hechos.*

**Palabras-clave:** *Psicología de la salud, Salud ocupacional, Trabajo de hospital, Genealogía, Esquizo-análisis.*

## **Pour Penser Dispositifs D'analyse de la Pratique de la Psychologie dans la Santé et le Travail de L'hôpital**

### **Résumé**

*Cet essai critique, situé dans le travail du psychologue avec le travailleur de l'hôpital, propose de réfléchir à la pratique de la psychologie de la santé. La construction de cette route aura recours à une stratégie d'intercession entre concepts/auteurs et pratique. Dans le but de générer des mouvements et des expansions, à la recherche de la production de sens et l'invention de possibilités de psychologue tous les jours avec l'employé de l'hôpital, ce travail incite le tissu de réseaux ou d'élargir les possibilités de perceptions, compréhensions, interprétations et compréhensions sur façons de vivre le travail. Les questions et les dilemmes posés sur le travail quotidien, ainsi que les railleries résultant des chemins d'étude et de discussions théoriques sur différents espaces académiques et professionnels, sont utilisés comme déclencheurs de la pensée sur les concepts développés par les auteurs mentionnés dans ce document. La pratique proposée comme un dispositif d'analyse, sera présenté ici ainsi que les concepts agissent comme des intercesseurs entre la psychanalyse et la schizoanalyse et les pratiques quotidiennes et les moyens des institutions vivant. Analytique en proposant de faire à travers un troupeau, qui a pris effet en tant que la santé des travailleurs, explorer les pratiques et*

*les jeux effectivement suivre les mouvements de fixation et de briser, les continuités et les discontinuités dans la surface des mêmes événements.*

**Mots-clés:** *Psychologie de la santé, La santé au travail, Le Travail de l'hôpital, La généalogie, La schizoanalyse.*

## Introdução

A temática da saúde e trabalho tem se configurado como um desafio ético-político na contemporaneidade. Especificamente no cenário nacional as discussões a respeito do sistema de saúde e das crescentes necessidades apontadas pela população nesta área, tornam este tema central para a formação e prática de profissionais que se dedicam diariamente ao trabalho na saúde. Cabe à psicologia tecer redes teórico-práticas em seus diferentes espaços de inserção e atuação, no sentido de instrumentalizar seus profissionais para o trabalho e para o enfrentamento deste desafio.

Este trabalho se propõe a pensar a prática da psicologia na saúde, através de um recorte no campo, situando o trabalho do psicólogo junto ao trabalhador do hospital. O percurso deste, vai lançar mão de uma estratégia de intercessão entre conceitos/ autores e prática, de modo a provocar movimentos e ampliações, buscando a produção de sentidos e a invenção de possibilidades para o cotidiano do psicólogo junto ao trabalhador hospitalar.

A partir da trajetória como trabalhadora em um estabelecimento hospitalar, sou instigada a apostar nas interseções ou ampliar as possibilidades de percepções, compreensões, entendimentos e interpretações sobre os modos de viver o trabalho. As interrogações e dilemas disparados no cotidiano de trabalho, juntamente com as provocações advindas dos percursos de estudo e discussões teóricas em diferentes espaços acadêmicos e profissionais, possibilitaram a produção deste ensaio-crítico, que utiliza como disparadores alguns conceitos desenvolvidos pelos autores aqui referenciados, bem como outros tantos de minha trajetória, para a ampliação das possibilidades no exercício de pensar a psicologia na saúde e trabalho hospitalar.

Ao propor tomar alguns conceitos como intercessores entre a psicanálise e a esquizoanálise e as práticas e modos cotidianos de viver as instituições, se faz necessário explorar e situar este(s) campo(s). Tais opções teóricas aqui se colocam como fruto de uma trajetória de formação em busca de conhecimento sobre os processos grupais e institucionais, a produção de sujeitos e dos modos de viver.

Quando aqui falamos em psicanálise, nos remetendo a seus conceitos fundantes, estamos nos referindo a uma psicanálise que “restaura a idéia de que o homem é livre por sua fala e de que seu destino não se restringe a seu ser biológico” (Roudinesco, 2000, p.9), a uma psicanálise que se atualiza na busca de possibilidades da afirmação da diferença, enquanto devir, possibilidade de vir a ser. Neste sentido fazemos uma primeira interseção com a esquizoanálise, aqui compreendida conforme Baremlitt (1998) como uma teoria do devir,

uma leitura do mundo, praticamente de “tudo” o que acontece no mundo... uma “episteme” que compreende um saber sobre a natureza, um saber sobre a indústria, um saber sobre a sociedade e um saber acerca da mente. Mas um saber que tem como objetivo a vida, no seu sentido mais amplo: o incremento, o crescimento, a diversificação, a potenciação da vida. (Baremlitt, 1998, p.15)

O exercício de aproximação/afastamento, de interseção entre teorias e seus conceitos, neste caso, psicanálise e esquizoanálise, funciona como dispositivo analítico. Dispositivo analítico pensado enquanto possibilidade de por em análise, da interseção como um disparador, como “capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar, de seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos que procuram explicar dando a tudo o mesmo sentido. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos” (Barros, 1997, p.189). Este exercício/dispositivo ao mesmo tempo em que nos coloca frente a algumas aproximações teóricas, como a afirmação da diferença e a idéia de devir, nos conduz também, a afastamentos, estranhamentos e tensionamentos ao apontar as diferenças.

Seguindo este movimento, podemos destacar como diferença a questão que, de acordo com Mendes Ribeiro (2009, p.6) “a psicanálise surgiu como uma das estratégias possíveis para lidar com os efeitos resultantes das tensões presentes nas relações entre os sujeitos singulares e seu universo social”, demarcando um possível afastamento em relação a esquizoanálise quanto à visão da constituição do sujeito, do social, de modos indivíduo ou mesmo de fluxos, que para a esquizoanálise se dão enquanto processualidade, não por estruturas tal qual a psicanálise propõe, mas por máquinas, por conexões incessantes e permanentes (Barros, 2007).

O diálogo entre autores/ conceitos e prática provoca/ permite o trabalho da psicologia enquanto prática analítica, ou seja, ao debruçar-se sobre autores e conceitos, sobre modos de pensar e modos de viver a prática, faz-se aproximações e afastamentos, toma-se o sentido dos fluxos e devires, ampliando a abertura para as interseções.

## **Algumas Considerações acerca da Psicologia na Saúde e Trabalho Hospitalar**

Adentrando ao campo de práticas, situamos aqui a psicologia em um hospital público e universitário instituído sob a égide de um discurso acadêmico e científico permeado pelo tensionamento público x privado no cenário de uma sociedade de desempenho, e de uma experiência localizada especificamente na atenção ao trabalhador da saúde, desafiada a uma prática analítica no entre os espaços/barreiras do cotidiano. Este corte se dá em um espaço de embate, pois se situa no campo da saúde e trabalho, ou melhor, da medicina do trabalho e da saúde do trabalhador enquanto formações discursivas.

Ao estudar o campo da saúde e trabalho, Nardi (1999) se propôs a distinguir uma prática centrada exclusivamente na atenção médica, de outra interdisciplinar nos cuidados de saúde, utilizando o conceito de formações discursivas tomado de Foucault, para o estudo de

como determinadas situações da relação saúde e tra-

balho, envolvendo médicos do trabalho e trabalhadores doentes, são passíveis de interpretação e materializadas em instituições distintas, se os saberes que regem as práticas dos médicos estiverem próximos à Medicina do Trabalho ou à Saúde do Trabalhador.(p.57)

Assim define que a medicina do trabalho tem como foco central a patologia do trabalho e a regulação dos ambientes de trabalho e, a saúde do trabalhador como contraponto, considera o trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença, constituindo-se de um saber e uma prática interdisciplinar. Sobrepõe-se a esta discussão, no caso do hospital, lócus deste ensaio crítico, uma compreensão acerca das vivências do adoecimento, hospitalização e da própria morte, bem como da concepção de saúde.

As circunstâncias com que hoje lidamos com os processos de saúde e adoecimento, estão marcadas por práticas disciplinares e de controle que em situações, tais como, a hospitalização se exerce através da reclusão e, por vezes, da privação. A doença e a morte até o século XVIII eram tratadas na intimidade dos lares e das famílias, e “a cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico” (Foucault, 2003, p.102-103 ). As transformações que culminaram na medicalização do hospital fazem do indivíduo objeto do saber e da prática médicas, a ser tratado e cuidado no hospital, que se torna meio de intervenção sobre o doente. Assim o tratamento do doente e o controle sobre a doença passam a ser organizadores do espaço e das rotinas hospitalares.

Da rotina de internação, também faz parte uma certa expropriação de objetos pessoais, como aliás é praxe em quase todas as instituições públicas de atendimento a saúde: suas roupas normais são trocadas por pijamas e roupões da instituição, seu leito numerado está limpo e pronto para recebê-lo, com lençóis e cobertores satisfatoriamente desinfectados, sendo fornecidos pelo hospital todos os medicamentos e refeições. Neste procedimento reside uma certa promessa-garantia de higiene e desinfecção, além da uniformização dos pacientes quanto a sua pertença social: todos são iguais pela doença – perante o *staff* médico. (Muylaert, 2000, p.76)

Esta organização e controle demarcam espaços a serem habitados, lugares diferenciados e modos de ser /estar a serem seguidos. Para tanto são utilizados como recursos dos modos de gestão no hospital: Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), Protocolos Assistenciais, Perfil do Cargo, Termo de Consentimento, Planejamento Estratégico, dentre tantos que digam respeito aos modos de ser esperados para trabalhadores e pacientes e seus familiares/acompanhantes.

Para o “lugar” de paciente, de acordo com Muylaert (2000, p.44), diz respeito o “indivíduo que será cuidado; que receberá atenção dos serviços de saúde de acordo com a doença que apresenta; do qual será esperada certa docilidade em relação ao tratamento oferecido”. Em relação ao trabalhador é esperado que siga as prescrições, mesmo que a revelia do significado que o trabalho hospitalar possa ter. Neste sentido lembramos Pitta (1991, p. 28) ao referir que

na idade média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiões nem sempre esclarecidos de sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde.

A partir da metade do século XIX, como consequência dos desdobramentos das sociedades industriais, “a dor, a doença e a morte foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação” (Pitta, 1991, p.34). Tais códigos e costumes que perpassam a experiência de habitar o espaço hospitalar, estão marcados por formas de relação com o corpo que se tornam visíveis e se traduzem de diferentes modos no cotidiano do hospital, sua organização, rotinas e funcionamento.

Em relação às formas de relação com o doente e seu corpo que perpassam no hospital, Osório (2006, p.29) em seu estudo identifica que

Vários aspectos da vida são ativamente excluídos das relações hospitalares. Como exemplo, mencionamos a sexualidade. Nas anotações de um plantão noturno havia, num certo dia, treze pacientes em uso de medi-

cação ansiolítica. Segundo um depoimento médico, a administração de tranqüilizantes nessa intensidade é habitual na internação hospitalar e tem como objetivo inibir a excitação sexual dos pacientes.

O domínio, a manipulação e o controle sobre os corpos, sensações e até mesmo emoções parece se colocar como prerrogativa de práticas e prescrições a serem seguidas por trabalhadores e pacientes. Muylaert (2000, p.60) aponta neste sentido que as especialidades clínicas expressam simbolicamente através de seus procedimentos e métodos modos de pensar o adoecer e a morte:

Por exemplo: a Cardiologia e a Cirurgia Vasculare se fazem no desobstruir, no fazer circular; a Dermatologia, a Cirurgia Plástica, a Ginecologia, a Nefrologia, a Ortopedia se fazem no renovar, embelezar e no fazer nascer; a Clínica Médica, a Oncologia, a Cirurgia Torácica, se fazem no consertar, cuidar, velar, retardar.

Assim configura-se este campo de estudo, como um cenário que através de suas práticas confere status ao hospital, a medicina e ao trabalho hospitalar no qual o hospital passa a ser o depositário das inquietações a respeito das incertezas quanto às formas de lidar com as doenças, com o corpo doente e do temor da morte. O hospital aceita e assume tal encargo, uma vez que se coloca no cenário atual como espaço “privilegiado” de estudo, formação e desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde.

As práticas, e políticas, em relação à saúde do trabalhador, neste contexto, tendem a ser reguladoras e normativas, aproximando-se da Medicina do Trabalho (Nardi, 1999) e afastando-se do protagonismo do sujeito, do devir e do desejo do trabalhador.

O significado do trabalho para aqueles que o desenvolvem no hospital agrega um valor social por lidar com a vida e a morte. Conforme Osório (2006, p.29) o trabalho hospitalar “é frequentemente qualificado como uma missão, o cuidar permitindo sentir-se importante socialmente e para cada paciente”, mas como contraponto, ou mesmo paradoxo, pode também ser expropriado de sua potência produtiva e inventiva ao estar submetido a uma série de regramentos.

O trabalho enquanto categoria pode ser compreendido conforme Tittoni (2007, p.95), como

Um conjunto de infinitas possibilidades de articulação das fontes naturais e sociais que possibilitam a utilização da potencialidade criativa humana para a produção da vida (criação) e de sua manutenção (sobrevivência). Este trabalho, na forma assumida na sociedade capitalista, está subjugado aos jogos de poder, especialmente aqueles construídos na relação Capital-Trabalho, que legitimam os saberes que lhes dão conteúdo. O saber sobre o trabalho remete aos saberes legitimados sobre o trabalhador.

No caso específico do hospital, o trabalho além possibilitar a manutenção da subsistência e, por vezes abrir um espaço para a criação, está associado a “garantia” de certo status, ligado a característica das tarefas e ao seu conteúdo (lidar com a doença e o sofrimento agregado). Neste sentido, de acordo com Heloani e Lancman (2004, p.78) citando Lancman & Ghirardi

O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de pertinência a grupos e a certos direitos sociais. O trabalho possui, ainda, uma função, psíquica, enquanto um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade .

Pode-se então pensar em uma dinâmica investimento-reconhecimento que alimenta a relação do trabalhador com o seu trabalho, mas que não funciona tal qual prescrições e POPs poderiam tentar prever. Há que se destacar de acordo com Nardi (2006) esta contradição inerente ao trabalho,

tendo caráter integrador, função estruturante para os indivíduos (como realização da essência do homem) e para a sociedade (divisão social do trabalho e coesão social)

e, por sua vez, no plano concreto vivenciado pelos trabalhadores como exploração, dominação, conduzindo a perda do controle da própria vida e a alienação. (p. 51)

Assim, apesar do valor social agregado ao trabalho hospitalar e certo status a ele conferido, o trabalhador não está protegido nem das contradições inerentes ao trabalho, nem das transformações contemporâneas do mesmo, marcadas pela automação, pela reestruturação produtiva, pela vivência da descartabilidade e do desemprego e pela conseqüente fragilização dos laços sociais.

As mudanças atuais no mundo do trabalho provocam um impacto na vida de indivíduos que são obrigados a conviver com lógicas de mercado extremamente mutantes, criando uma situação de constante instabilidade e de ameaça que é vivenciada como um mal inevitável dos tempos modernos, e cuja causalidade é atribuída ao destino, à economia ou ainda às relações sistêmicas (Dejours, 1999). Espera-se que o operário outrora altamente especializado ceda lugar a um profissional mais polivalente, capaz de realizar uma multiplicidade maior de tarefas. No entanto, a rapidez dos avanços tecnológicos e organizacionais impossibilita, por vezes, o acompanhamento cognitivo dessas mudanças, criando um processo de desqualificação permanente do trabalhador, do seu saber-fazer e da sua experiência acumulada. (Heloani e Lancman, p.78)

A pressão gerada pela constante instabilidade característica deste cenário pode funcionar como coação, e desta forma, incide nas condições de saúde e adoecimento, pois é vivenciada como sofrimento. Para Netz e Mendes (2006, p.30) citando Fonseca, esta pressão manifesta-se através de diferentes efeitos no corpo e na mente dos trabalhadores.

Os efeitos de tais tensões, muitas vezes surdas e não visibilizadas manifestam-se de diferentes modos no corpo e na mente dos sujeitos trabalhadores que, sob uma aparência de livre escolha, se vêem coagidos a modos de trabalhar especializado ao extremo, na invisibilização de imanente violência (Fonseca, 2002).

Configura-se assim um cotidiano de trabalho no hospital no qual se dão intercruzamentos de diferentes ordens, do sofrimento, da dor, do desempenho, da cura, do usuário, do trabalhador, da assistência, da gestão, do econômico, do social, da repressão, da frustração, do desejo dentre tantos quantos seja possível pensar ou inventar, quando sujeitos se reúnem em torno de uma ou mais tarefas/ fazeres. Neste sentido podemos nos valer da teoria dos encontros baseada na idéias de Espinosa (Saidón, 2008) que nos possibilita pensar encontros que

não são entre uns e outros indivíduos, são entre partes, partes expressivas no plano dos corpos, das palavras, dos gestos, dos sons. Trocas de intensidades, de partículas que abrem a possibilidade do entendimento em direção a um universo fragmentado, imprevisível e, por isso mesmo, inventivo e criativo (p.32-33).

Desta forma, ampliamos nossos intercessores e retomamos o tensionamento quanto à visão de sujeito, acrescentando-se a discussão sobre a compreensão de saúde e o campo da saúde e trabalho. Os conceitos e categorias analíticas, que sustentam a proposta das intervenções da psicologia na saúde e trabalho hospitalar provocam um diálogo não menos tenso e provocativo do que o próprio lócus dos processos de saúde e adoecimento no hospital.

Tendo a perspectiva, das intervenções da psicologia como um intercessor com o campo de análise, a aposta é de uma prática analítica institucional que se dá no sentido de potencializar estes encontros, de potencializar os espaços que se dão no entre destas partes, destes planos, constituindo-se talvez, como o lócus privilegiado para a experiência da transgressão/invenção. Quando focamos nosso olhar e nossas práticas aos intercruzamentos, encontros e desencontros, é no plano da experiência e da experimentação que estamos inseridos, do vir a ser, do devir, neste sentido contamos com Nietzsche conforme Naffah Neto (1991, p.31-33)

...o que escapa a linguagem e a consciência e que é inusual, raro, singular, é a experiência do ser enquanto devir, fluxo, intensidade; dimensão que além de indissível

é, também, invisível, pois para captá-la é preciso exceder a linguagem e ao olhar habituais e ser capaz de ouvir por entre as palavras e de ver por entre as coisas, habitando o silêncio do indisível e o fundo escuro de onde pode advir qualquer visibilidade possível.

Os tensionamentos gerados pela experiência destes encontros/ desencontros, nestes corpos e afetividades que estão em jogo (Onocko Campos, 2005), permeiam as práticas e dispositivos analíticos que ao apostarem no positivo, no múltiplo, na diferença, nos fluxos, nos agenciamentos, no produtivo e no nômade se contrapõe a “categorias tais como: a lei, o limite, a castração, a falta, a lacuna, que o pensamento ocidental por tanto tempo manteve sagrado enquanto forma de poder e modo de acesso a realidade” (Foucault 1991, p. 83). Neste sentido, as práticas em saúde e trabalho pautadas em algumas categorias “sagradas” são atravessadas por movimentos de contensão e mesmo de repressão da inventividade.

O hospital como campo destas práticas protocola, rotiniza, hierarquiza, controla, higieniza e desinfecta os espaços, corpos que o habitam. Os modos de atenção e gestão concebidos no seio destes movimentos estão “contaminados”, tendo como efeito relações individualistas e individualizantes. Estas práticas se dão nos e pelos sujeitos, que afetados pelos encontros e desencontros operam em sua subjetividade seu fazer/ estar trabalhador. De acordo com Ramminger e Nardi (2008), o trabalho pode ser pensado pelo seu contraponto:

... pois ali onde parece não existir nada, além de regra e disciplina, é justamente onde pode estar o maior potencial de resistência. Estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento, portanto, não apenas às formas de assujeitamento, mas também às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as. (p.342)

Assim, a disciplina, o assujeitamento, o controle característicos do cotidiano hospitalar, que por vezes levam a uma vivência de sofrimento no trabalho, podem ter como efeito a resistência .

Resistencia enquanto potencia, que no seu caráter tantopositor, quanto defensivo possibilita a invenção, a busca por outras possibilidades.

Ao discorrer sobre estas categorias e práticas hegemônicas no hospital somos instigados a problematizar a questão do desejo, e a que compreensão de desejo, neste cenário, estamos convocados a nos vincular; aquele pautado na lei, na falta e na negatividade, ou ao desejo na concepção da esquizoanálise baseado na afirmação e na produção? Neste sentido cabe pontuar esta diferenciação de acordo com Peixoto Junior (2004). Para este autor, Deleuze propõe a desconstrução da negatividade do desejo:

Deleuze argumenta que a negatividade, falta característica do desejo, é instituída por meios ideológicos, a fim de racionalizar uma situação social de hierarquia ou dominação... A negatividade do desejo é, então, considerada como o sintoma de uma história de repressão esquecida, e a desconstrução dessa negatividade promete a liberação daquele desejo mais original e generoso (abundante e farto). (Peixoto Junior, 2004, p. 119-20)

Assim pode-se ponderar que as demandas no hospital, desde um lugar da ordem, do regramento e dos controles, estão perpassadas por uma afirmação da negatividade do desejo, por atrelarem-se neste caso a hierarquia e a dominação. Mas por se produzirem justamente na tensão entre a possibilidade/ impossibilidade da invenção, configura-se uma prega ou dobra que pode constituir a própria experiência da transgressão. Estas demandas enquanto dispositivos possibilitam a desconstrução da negatividade e a afirmação da diferença, a partir de uma concepção de transgressão criadora ou positiva.

Neste sentido, autores como Moulin (2008) e Nardi (2003) apontam para aspectos paradoxais presentes nas estratégias cotidianas de dominação. No cotidiano do hospital há uma banalização dos modos de lidar com a doença, com a morte, com o corpo sadio e com o corpo doente, ou melhor, há uma tentativa

de através dos protocolos e procedimentos de atenção e gestão adestrar os corpos (Foucault, 1991), as vivências de dor e sofrimento, e as emoções. Moulin (2008, p. 15) refere, neste sentido, que a medicalização, decorrente do domínio da medicina do século XX, “promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações” que encontra o seu limite justamente “em uma resistência da população a abdicar de sua autonomia”, salientando que é exatamente pelo domínio e possibilidade de conhecimento do próprio corpo que ele se torna acessível ao próprio sujeito.

A história do corpo no século XX é a de uma expropriação e a de uma reapropriação que talvez chegue um dia a fazer de cada um o médico de si mesmo, tomando a iniciativa e as decisões com pleno conhecimento de causa. Sonho encorajado pela idéia de uma transparência do corpo, um corpo totalmente exposto, explorado em suas profundezas e, afinal, diretamente acessível ao próprio sujeito. (Moulin, 2008, p. 15)

Este cenário paradoxal ainda está marcado pela “solidão própria da sociedade contemporânea” (Nardi, 2003, p.53) e pelo hiperindividualismo implícito nas novas formas de gestão do trabalho contemporâneo, que se traduzem pelas avaliações de desempenho, pelas certificações de qualidade e pelos processos de acreditação hospitalar. Como contrapontos a esta solidão e individualismo, as políticas públicas de saúde trazem propostas de revisão dos modelos hospitalocêntricos e tecnocráticos, produzindo tensionamento com grupos hegemônicos presentes nos hospitais.

De acordo com Nardi (2003, p.53) esta “crise” contemporânea decorrente dos regimes de verdade que marcam as formas de ser no contemporâneo se pensada a partir da “perspectiva foucaultiana”, pode gerar “estratégias de resistência e criação que potencializam o caráter agonístico da inserção/recriação no/do espaço público e, conseqüentemente a prática reflexiva da liberdade”.

As estratégias de resistência e criação, utilizadas se compreendidas como medidas, neste caso, transgressivas aos

tensionamentos e as crises, tornam-se normativas enquanto possibilidade de produzir saúde, noção aqui fundamentada em Canguilhem (2002) onde saúde figura como “uma margem de tolerância às infidelidades do meio” ( p.159).

Assim faz sentido perguntar: Desde onde pode operar uma psicologia da/ na saúde e trabalho no hospital? Se esquizoanalítica? Se psicanalítica? Ou desde quais dispositivos analíticos?

A psicologia desde suas práticas está situada em um espaço ético – político que, tal qual um dispositivo, dispara efeitos, produzindo demandas e sujeitos. Barros (2005) ao propor uma reflexão sobre a posição ética e os compromissos políticos da psicologia afirma que “definir a clínica em relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/ análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (p. 22) ressaltando ainda que a experiência da clínica, neste sentido, é experimentação no coletivo, experimentação pública.

Assim, quando em saúde e trabalho nos remetemos ao coletivo, ao público, destacamos a potência conectiva que possibilita os encontros/ desencontros a serem analisados e potencializados. A potencialização destes espaços intersticiais que se dão no entre, faz sentido numa prática analítica que aponte para a produção, para a produção de saúde, para a produção de sujeitos e de acontecimentos. Se pensarmos os espaços a serem constituídos por uma psicologia na saúde e no trabalho, se faz necessário privilegiar modos de intervenção, como propõe Guatarri (1992, p.201), em que a interpretação “deve constituir um acontecimento, marcar uma bifurcação irreversível da produção de subjetividade”. Estabelecendo espaços de intervenção que se caracterizem pela desindividualização, e apostando que:

o que é preciso é desindividualizar pela multiplicação e pelo deslocamento, pelo agenciamento de combinações diferentes. O grupo não deve ser o elo orgânico que une indivíduos hierarquizados, mas um constante gerador de desindividualização (Foucault 1991, p. 84).

## Considerações Finais

O desafio proposto por este ensaio crítico remete a reflexão acerca de uma psicologia que muitas vezes é chamada a construir suas práticas e intervenções a partir de modelos hegemônicos que por vezes acabam por aprisionar a potência inventiva/ transgressiva dos espaços de encontro e desencontros que os intercruzamentos institucionais proporcionam. É na tensão entre saúde e trabalho, entre público e privado, entre individual e coletivo, entre hegemônias profissionais que podem estar os espaços/ dobras possíveis para a intervenção e para as novas configurações e novos modos de fazer e produzir a saúde e o trabalho. De que modo de fazer e produzir estamos falando?

Possivelmente, conforme Saidón (2008, p.37), tentamos aqui debater e estabelecer uma diferença que está:

Talvez em nós, mais do que nos próprios métodos e dispositivos que usamos. Em um diferente modo de caracterizar a problemática que escutamos, na aquisição de novos instrumentos teóricos para escapar da compulsão moralizante que, às vezes, comporta o processo terapêutico, maior tolerância com a diferença e, ao mesmo tempo, estar mais equipados para abordá-la.

Em psicologia quando falamos em intervenção somos remetidos à interpretação, para tanto, nos valemos de Foucault (1997), quando ao discutir a questão da interpretação, utiliza Nietzsche, Freud e Marx como intercessores, propondo que se pense desde que lugar se dá a interpretação. Articulando as idéias destes autores, Foucault compreende que a interpretação se converteu numa tarefa infinita, tendo em vista seu movimento ser como:

...duma avalanche cada vez maior, que permite que por cima de si se vá despregando a profundidade de forma cada vez mais visível, e a profundidade torna-se então um segredo absolutamente superficial... a descoberta de que a profundidade não é senão um jogo e uma fuga da superfície (Foucault ,1997, p.18).

Neste sentido, para Foucault, os símbolos são interpreta-

ções que tratam de justificar-se, e não o contrário, assim, o princípio da interpretação é o intérprete, ou seja, a mesma acaba por voltar-se sobre si mesma. Deste modo, enquanto intérprete de uma dada realidade, tal qual ela se apresenta, parte-se de si mesmo e volta-se a si mesmo, sendo a leitura realizada desde um lugar sócio-histórico e político.

Mendes Ribeiro (2009) assinala que “a experiência analítica demonstra o quanto a palavra recalcada pode paralisar e fazer sofrer um sujeito, o que corrobora a importância da criação de dispositivos institucionais capazes de viabilizar uma escuta daquilo que, muitas vezes, só consegue se expressar através do sintoma” (p.10), propondo intervenções sociais e políticas que tomem como referência uma ética orientada não só pelo desejo como pela solidariedade.

Cabe então reafirmar a proposta de uma Desinstitucionalização como Transvaloração (Paulon, 2006), que no sentido da afirmação da diferença e da constituição de práticas singulares, define a tarefa da desinstitucionalização como:

...incessante questionamento dos valores que atribuímos a nossas formações culturais, constante potencialização dos movimentos críticos às formas dadas que aparecem como naturais e incansável disposição a produzir o novo, resgatando o dever criador de cada um de nós. Ádua e redentora tarefa, que ao se associar, na compreensão do filósofo à transvaloração dos valores faz de todo o trabalhador da saúde algo de genealogista.(p.134)

Genealogista no sentido proposto por Foucault, “como método que permite tematizar a relação entre verdade, teoria, e valores e as instituições e práticas sociais nas quais eles emergem” (Dreyfus e Rabinov, 1995, p.XXI), entendendo que cada trabalhador possa através da problematização de sua prática disparar a produção do novo, a invenção.

Para concluir este texto, fica a proposta da prática da psicologia na saúde e trabalho hospitalar como um dispositivo analítico, no sentido de enquanto trabalhadora da saúde, experimentar este “algo de genealogista”, conforme as proposições de Foucault quanto à genealogia, explorando as práticas e os jogos de verdade, acom-

panhando os movimentos de fixação e ruptura, as continuidades e descontinuidades na superfície mesma dos acontecimentos. Considerando que:

Para a genealogia não há essências fixas, nem leis subjacentes, nem finalidades metafísicas. A genealogia busca descontinuidades ali onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados. Ela busca recorrências e jogo ali onde progresso e seriedade foram encontrados. Ela recorda o passado da humanidade para desmascarar os hinos solenes do progresso. A genealogia evita a busca da profundidade. Ela busca a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis. (Dreyfus & Rabinov , 1995, p.118).

Deste modo, a genealogia como outro intercessor, e, portanto dispositivo analítico, aponta para a potência protagonista das/ nas práticas da psicologia na saúde e trabalho hospitalar.

## Referências

- Baremblyt, G. (1998). *Introdução a esquizoanálise*. Belo Horizonte, MG: Biblioteca do Instituto Felix Guatarri.
- Barros, R B. (1997). Dispositivos em ação: O grupo. In A. E. Silva et al. *Saúde e loucura 6: Subjetividade: Questões contemporâneas* (pp.183-191). São Paulo: Hucitec.
- Barros, R. B. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25.
- Barros, R. B. (2007). *Grupo: A afirmação de um simulacro*. Porto Alegre, RS: Sulina.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico* (5a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Dreyfus, H., & Rabinow, P. (1995). *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Foucault, M. (1991). Anti-édipo: Uma introdução à vida não fascista. In C. H. Escobar (Org.), *Dossiê Deleuze* (pp. 81-84). Rio de Janeiro: Holón.
- Foucault, M. (1997). *Freud, Nietzsche & Marx* (pp.13-42). São Paulo: Princípio.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica do poder* (18ª ed). Rio de Janeiro: Graal.
- Guatarri, F. (1992). Práticas analíticas e práticas sociais. In F. Guatarri, *Caosmose: Um novo paradigma estético* (Coleção Trans, pp. 181-203). Rio de Janeiro: Editora 34.
- Heloani, J. R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: O método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, 14(3), 77-86.
- Mendes Ribeiro, E. E. (2009). *A psicanálise nas instituições: Clínica e política*. Trabalho apresentado na I Jornada do Instituto APPOA, Porto Alegre, RS.
- Moulin, A. M. (2008). O corpo diante da medicina. In J.-J. Courtine, *História do corpo: As mutações do olhar: O século XX* (2a ed., pp. 15-82). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Muylaert, M. (2000). *Corpo affecto: O psicólogo no hospital geral* (2a ed.). São Paulo: Escuta.
- Naffah Neto, A. (1991). *O inconsciente como potência subversiva*. São Paulo: Escuta.
- Nardi, H. C. (1999). *Saúde, trabalho e discurso médico: A relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho*. São Leopoldo, SP: Editora da Unisinos.
- Nardi, H. C. (2003). A propriedade social como suporte da existência: A crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 37-56.
- Nardi, H. C. (2006) *Ética, trabalho e subjetividade: Trajetórias de vida no contexto do capitalismo contemporâneo*. Porto Alegre, RS: UFRGS.

- Netz, J. A., & Mendes, J. (2006). O massacre dos trabalhadores bancários e a ação sindical. *Boletim da Saúde*, 20(1), 25-34.
- Onocko, C. R. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 573-583.
- Osório, C. (2006). Trabalho no hospital: Ritmos frenéticos, rotinas entediadas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 9(1), 15-32.
- Paulon, S. M. (2006). A desinstitucionalização como transvalorização: Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. *Athenea Digital*, 1, 121-136.
- Peixoto, C. A., Jr. (2004). A lei do desejo e o desejo produtivo: Transgressão da ordem ou afirmação da diferença? *PHISYS: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 109-127.
- Pitta, A. (1991). *Hospital, dor e morte como ofício* (2a ed.) São Paulo: Hucitec.
- Ramminger, T., & Nardi, H. C. (2008). Subjetividade e trabalho: Algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface*, 12(25), 339-346. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a09v1225.pdf>
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Saidón, O. (2008). Esquizoanálise e psicanálise. In O. Saidón, *Devires da clínica* (SaúdeLoucura/ Séries políticas do desejo, pp. 19-37). São Paulo: Hucitec.
- Tittoni, J. (2007). *Trabalho, poder e sujeição: Trajetória entre o emprego, o desemprego e os "novos" modos de trabalhar*. Porto Alegre: Dom Quixote.

---

Recebido em 17 de junho de 2010

Aceito em 15 de novembro de 2010

Revisado em 02 de novembro de 2012