

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Tereza Cristina Peixoto

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: vidas pulsando entre a estabilidade orgânica e a instabilidade subjetiva

BELO HORIZONTE

2016

Tereza Cristina Peixoto

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: vidas pulsando entre a estabilidade orgânica e a instabilidade subjetiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Maria José Menezes Brito

Coorientadora: Prof. Dra. Izabel Christina Friche Passos

BELO HORIZONTE

2016

Peixoto, Tereza Cristina

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica [manuscrito] : vidas pulsando entre a estabilidade orgânica e a instabilidade subjetiva / Tereza Cristina Peixoto. - 2016.

177 f.

Orientadora: Maria José Menezes Brito.

Coorientadora: Izabel Christina Friche Passos.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 2.Relações Interprofissionais. 3.Humanização da Assistência. 4.Saúde Materno-Infantil. I.Brito, Maria José Menezes. II.Passos, Izabel Christina Friche. III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. IV.Título.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem

Tese intitulada “*Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: vidas pulsando entre a estabilidade orgânica e a instabilidade subjetiva*” de autoria da doutoranda Tereza Cristina Peixoto, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^ª Dr^ª Maria José Menezes Brito – EE/UFMG
Orientadora

Prof^ª Dr^ª Izabel Christina Friche Passos – FAFICH/UFMG
Co-orientadora

Prof^ª Dr^ª Flávia Regina Souza Ramos – EE/UFSC
Membro Titular

Prof^ª Dr^ª Cláudia Maria Filgueiras Penido – FAFICH/UFMG
Membro Titular

Prof^ª Dr^ª Marília Alves – EE/UFMG
Membro Titular

Prof^ª Dr^ª Maria Odete Pereira – EE/UFMG
Membro Titular

BELO HORIZONTE

2016

Sem o poder da sensibilidade e o deixar-se afetar pelo outro não é possível o cuidado. A vida é o que excede no vivo; não é a sobrevida, é o que no vivo se dá como abertura temporal à criação. A vida é autopoiese!

(CECCIM; PALOMBINI, 2009)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço aos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, objeto desse estudo, pela receptividade e carinho com que me receberam e contribuíram para a pesquisa. Espero que essa tese possa desencadear movimentos em prol de ampliação da potência vital desse setor. Obrigada!

Agradeço a minha orientadora Maria José Menezes Brito, grande Mestre, com quem aprendi muito, principalmente sobre o papel do professor como Mentor. Sempre me estimulando com questões que me impulsionaram a buscar mais meus desejos, e sempre com entusiasmo pelas minhas ideias e decisões. Foi minha parceira, grande amiga, abriu caminhos que ampliaram minha forma de ver o mundo e a mim mesma.

Agradeço a minha co-orientadora Izabel Christina Friche Passos, muito sábia e exigente me impulsionou a estudar e me dedicar com mais foco em minhas produções. E, a meu co-orientador na Universidade de Lisboa, professor Jorge Ramos do Ó, pelo incentivo, questionamentos e análises que me provocaram invenções e efetiva autoria dessa tese.

Agradeço à minha família, minha mãe, meus irmãos, em especial a meu irmão José Maria Peixoto, médico, que discutiu muitas questões com relação à terapia intensiva, contribuindo para a elaboração desse estudo.

Agradeço meu querido marido, grande companheiro, pelo incentivo e apoio nesse período em que estive tão ausente.

Agradeço a meus filhos, Túlio Henrique Peixoto Costa e Lorena Cristina Peixoto Costa, mobilizadores de meus desejos por ampliar formas de viver e de ser feliz. Sempre me incentivaram em meus sonhos! Em especial à participação de minha filha, enfermeira da Unidade de Tratamento Intensivo Adulto, que acompanhou o desenvolvimento desse estudo, com paciência, acolhendo minhas angústias, como também discutindo temas relacionados ao cotidiano da terapia intensiva, além de contribuir na estética dessa tese.

Agradeço à meus alunos da graduação do Centro Universitário UNA, que vibram com novos estudos, ideias, e dessa forma sempre me inspiram para novos aprendizados e dedicação aos estudos.

Agradeço aos professores da Escola de Enfermagem pelo interesse e disponibilidade para a construção de um trabalho interdisciplinar, acolhendo profissionais de diversas áreas da saúde na pós-graduação.

E, finalmente agradeço à Deus, força maior, potência de vida pela oportunidade de mais essa conquista.

RESUMO

As Unidades de Tratamento Intensivo possuem alta tecnologia, protocolos e rotinas para o controle dos processos do atendimento de pacientes em estado crítico. Entre essas unidades, a pediátrica apresenta-se ainda mais complexa, haja vista a demanda de acolhimento das crianças e de seus pais. Considerando o modelo assistencial vigente no país, espera-se que a atenção à saúde seja integral, humanizada e resolutive. No entanto, estudos apontam dificuldades no trabalho em equipe nessas unidades em função das disputas de poder e corporativismo. O objetivo deste estudo foi analisar a constituição de subjetividade implicada nas relações interprofissionais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, a fim de potencializar a ampliação de novos modos de pensar e de se relacionar dos profissionais consigo e com os outros. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, caracterizada como Estudo de Caso. Para tal, foram realizadas observações sistemáticas sobre a dinâmica do setor, as práticas de trabalho, seus instrumentos, prescrições e as dinâmicas das relações entre os sujeitos envolvidos no trabalho. Tais observações buscaram cartografar os fluxos de forças nas dinâmicas no setor, afetos, movimentos e deslocamentos vivenciados ante acontecimentos no cotidiano. Na perspectiva cartográfica, os afetos são percebidos pelos afetos do pesquisador, sendo necessário uma análise de implicação. Esta pesquisa caracteriza-se como pesquisa de cunho autorreflexivo, com interesse de produzir movimentos e novos agenciamentos nas relações entre os sujeitos — pesquisados e pesquisadores —, entendendo que não há separação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Ademais, durante as observações, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado a um grupo heterogêneo de profissionais, escolhidos intencionalmente. Foi utilizada análise de discurso na perspectiva *foucaultiana*, identificando os enunciados que compõem as formações discursivas. Os resultados apontam para um território normatizado, em que os protocolos clínicos mediam as relações de poder entre os profissionais. Território híbrido constituído por relações ora perfeccionistas, controladoras e culpabilizantes, ora solidárias, com intenso envolvimento afetivo com as crianças e entre os profissionais. O setor é atravessado pelo discurso jurídico impactando em práticas de trabalho que asseguram a cidadania dos usuários e, ao mesmo tempo, produzem modos de subjetividade caracterizados por vigilância e controle contínuo do trabalho, favorecendo conflitos entre os profissionais e relações culpabilizantes e amedrontadoras. Nesse contexto, o lidar com os limites pessoais, com a morte e com as vivências desterritorializantes e instáveis do dia a dia do trabalho são ainda mais difíceis de serem enfrentadas, apesar de, paradoxalmente, essas mesmas vivências serem importantes para a ampliação das formas de viver e de existir. Conclui-se que devem ser elaborados, com os profissionais, dispositivos para a construção de saberes, como por exemplo, a elaboração multidisciplinar de protocolos para cuidados paliativos e de práticas que ofereçam um contingente para a expressão de sentimentos e de novos referenciais para o lidar com a dimensão desestabilizante dos afetos nos encontros com os outros e com a morte, a fim de produzir novos modos de subjetivação.

Palavras-chave: UTI Pediátrica. Relações Interprofissionais de Saúde. Humanização.

ABSTRACT

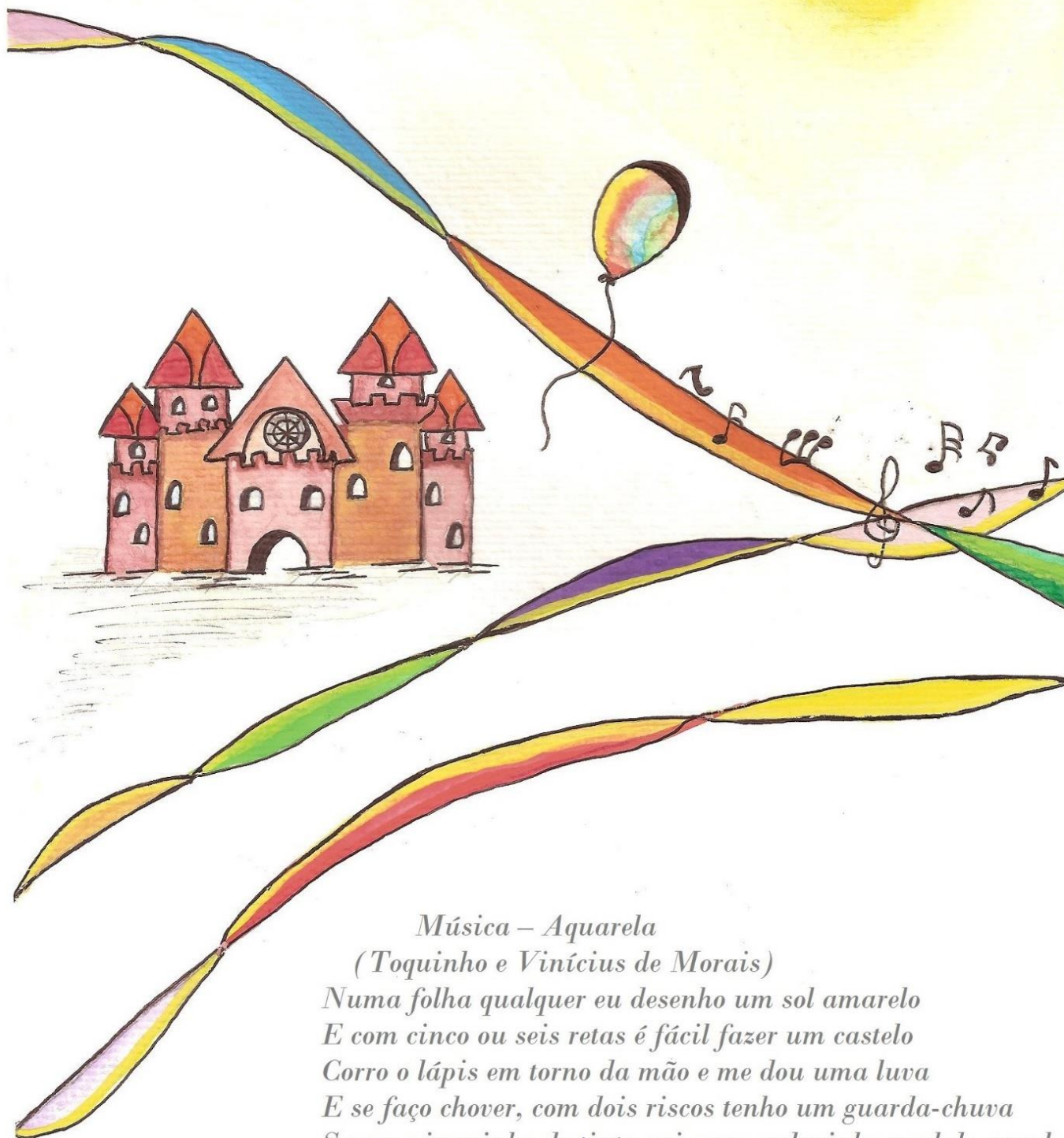
Intensive Care Units have high technology, protocols, and routines for the control of the assistance processes of patients in critical condition. Among those units, pediatric ones are even more complex, given the demand for care of children and their parents. Considering the current health care model in the country, it is expected that health care is comprehensive, humane and resolute. However, studies indicate difficulties in teamwork in those units due to disputes of power and corporatism. The aim of this study was to analyze the constitution of subjectivity implicated in the inter-professional relationships in a Pediatric Intensive Care Unit, in order to enhance the expansion of new ways of thinking and relating of professionals with themselves and with others. It is a qualitative research, characterized as Case Study. To this end, we carried out systematic observations on the dynamics of the sector, the work practices, their instruments, prescriptions, and the dynamics of relations between the subjects involved in the work. Such observations sought to map the flow of forces in the dynamics in the sector, affections, movements, and displacements experienced before events in daily life. In the cartographic perspective, the affections are perceived by the affections of the researcher, requiring an implication analysis. This research is characterized as that of a self-reflexive nature, interested in producing movements and new assemblages in the relations between the subjects — object of study and researchers —, with the understanding that there is no separation between the researcher and the object of study. Moreover, during the observations semi-structured interviews were carried out with a diverse group of professionals, chosen intentionally. Discourse analysis in the *foucauldian* perspective was used, identifying the statements that compose the discursive formations. The results point to a standardized territory, in which clinical protocols mediate the relations of power among professionals. Hybrid territory consisting of relationships sometimes perfectionist, controlling, and guilt-inducing, other times of solidarity, with intense emotional involvement with children and between the professionals. The sector is crossed by the legal discourse influencing on work practices that ensure the citizenship of users and, at the same time, produce subjectivity modes characterized by surveillance and continuous control of the work, encouraging conflict between the professionals and guilt-inducing and frightening relationships. In that context, the dealing with personal boundaries, with death, and with the deterritorializing and unstable experiences of the day to day work is even more difficult to be faced, although, paradoxically, those same experiences are important for the expansion of the forms of living and existing. It is concluded that it should be developed, with the professionals, devices for the construction of knowledges, for example, as the multidisciplinary elaboration of protocols for palliative care and of practices that provide a contingent for the expression of feelings and of new references to deal with the destabilizing dimension of affections in encounters with others and with death, in order to produce new modes of subjectivity.

Keywords: Pediatric ICU. Inter-professional relations of health. Humanization.

SUMÁRIO

1	CONSTITUIÇÃO DO ESTUDO	9
	PARTE I - MAPEAMENTO TEÓRICO	15
2	UTI PEDIÁTRICA: ESPAÇO SINGULAR DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES.....	15
2.1	Sofrimento no trabalho.....	17
2.2	Comunicação.....	20
2.3	Humanização na assistência na UTIP.....	22
3	NEGAÇÃO DA MORTE.....	25
4	TÉCNICAS POLÍTICAS DO EU: HUMANIZAÇÃO E BIOÉTICA.....	30
5	CLÍNICA AMPLIADA OU TRADICIONAL E SEUS EFEITOS NA ÉTICA DO CUIDADO.....	36
6	NORMATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS.....	42
7	PRODUÇÃO DE SUBJETIVAÇÃO - CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES PARA O ESTUDO: FOUCAULT, DELEUZE E GUATTARI.....	47
7.1	Deleuze e Guattari.....	50
7.2	Foucault.....	54
	PARTE II - MAPA DA PESQUISA.....	60
8	Percurso teórico-metodológico	60
8.1	Cenário do estudo	62
8.2	<i>Corpus</i> da pesquisa e Coleta de dados.....	63
8.3	Análise dos dados.....	65
9	ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO E CARTOGRAFIA.....	68
9.1	Cartografia	74
9.2	Reflexões sobre o efeito do estágio sanduíche na Universidade de Lisboa na autoria da Tese.....	77
	PARTE III	
10	MAPEANDO A UTIP em estudo.....	80
11	ARTIGO 1: Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde.....	89
12	ARTIGO 2: Subjetividade na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: entre a vida e a sobrevivência.....	105
13	ARTIGO 3: Responsabilidade ou sentimento de culpa: vivência paradoxal dos profissionais em terapia intensiva pediátrica.....	129
14	CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
	REFERÊNCIAS	149
	APÊNDICES	162
	ANEXOS.....	164

Constituição do estudo



*Música – Aquarela
(Toquinho e Vinícius de Moraes)
Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo
E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo
Corro o lápis em torno da mão e me dou uma luva
E se faço chover, com dois riscos tenho um guarda-chuva
Se um pinguinho de tinta cai num pedacinho azul do papel
Num instante imagino uma linda gaivota a voar no céu*

1 CONSTITUIÇÃO DO ESTUDO

As inquietações que originaram o presente estudo são provenientes da minha trajetória profissional como psicóloga em hospitais; no trabalho realizado na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) nas organizações do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado; e como consultora de Humanização para a Política da Qualidade em hospitais em uma Organização Social com sede em São Paulo. Como consultora, atuei em diversos hospitais do norte e nordeste do país, inclusive em dois hospitais de Luanda, capital de Angola.

Em minhas atividades profissionais, sempre me intrigou o modo como os profissionais de saúde abordavam as demandas subjetivas dos pacientes, especialmente as contradições dos sujeitos, o não saber e suas dificuldades perante o luto. Observava que, nesse campo, os profissionais pautavam suas condutas nas relações com os usuários e consigo em saberes oriundos da medicina ou do senso comum, com supremacia de uma compreensão estritamente racional e orgânica sobre a subjetividade e sobre a vida. Muitos, inclusive, nessa perspectiva, apoiavam-se em manuais ou práticas de autoajuda ou em medicações, como ansiolíticos, para cuidarem de si mesmos.

A negação em abordar as dificuldades ante o desconhecido, as crises, contradições e angústias interferia e atravessava o trabalho em equipe, principalmente com vistas à construção da interdisciplinaridade. O trabalho em equipe fluía bem quando não havia divergências e conflitos, sobretudo quando o médico coordenava a reunião. Todavia, nos momentos de discordâncias entre os saberes dos profissionais, ocorria frequentemente um silenciamento, com interrupção da reunião e predomínio do controle médico. A dificuldade em explicitar conflitos, mal-estar, silenciava também disputas entre os profissionais, fortalecendo corporativismos.

Nesse contexto, observava que a necessidade de demarcação e rigidez da identidade profissional nos serviços dificultava a expressão dos sentimentos de vulnerabilidade perante dor, dúvidas e sofrimento com a morte dos pacientes, interferindo mais uma vez na integração da equipe, na saúde dos profissionais e na humanização da assistência.

No trabalho na Secretaria Estadual de Saúde com a implementação da PNH, sentia resistências dos profissionais e contradições entre discurso e prática em relação às diretrizes de tal Política, desencadeadas tanto pela gestão do trabalho das organizações de saúde quanto pela gestão da PNH no interior das Instâncias de Gestão do SUS em função das disputas de poder e defesa de partidarismos políticos entre Secretarias e Ministério da Saúde. Além disso, percebia que as práticas efetivas da gestão do cuidado na assistência à saúde, em muitos momentos, eram

contraditórias à discussão preconizada pela Política de Humanização e, o que era pior, capturavam suas provocações e discussões reduzindo-as à dimensão relacional de atendimento empático com os pacientes.

Entendo que a PNH pode possibilitar novos modos de fazer e de se relacionar entre os sujeitos no campo da política pública, fortalecendo os princípios do SUS, em defesa da inclusão, cidadania e de uma gestão democrática. Entretanto, estou convencida de que, para tal, é necessária, no plano micropolítico, uma proliferação e potencialização de ações criativas e inventivas construídas pelos profissionais, usuários e gestores de modo fluido, dinâmico e livre de imposições de gestores e das Instâncias de Gestão. Ações essas, que deveriam se aglutinar e provocar mobilizações políticas para a defesa de condições e gestão do trabalho dignas para uma eficaz atenção à saúde.

A partir desse contexto, meu interesse pela análise da micropolítica dos hospitais, em especial, aflorou questões relacionadas com as dificuldades da integração do trabalho em equipe, e principalmente no lidar com a dimensão subjetiva envolvida no trabalho em saúde.

Contextualizado a dinâmica do trabalho em saúde em hospitais, há que se chamar a atenção não só para a sua complexidade e natureza coletiva como também para a articulação de tecnologias relacionadas ao uso de equipamentos sofisticados, protocolos e rotinas de trabalho. Destacam-se, ainda, os saberes estruturados das categorias profissionais e a relevância das tecnologias leves, concernentes aos relacionamentos entre profissionais, gestores e usuários (MERHY, 2002).

Acrescentam-se, a essas características, as demandas sociais e políticas por qualidade do trabalho nas organizações públicas e pela formação dos profissionais para atenção integral e humanizada à saúde. Ressalta-se que, atualmente, os hospitais devem atender às exigências de qualidade assistencial mediante implantação de Política da Qualidade, para controle dos processos, com foco no gerenciamento de riscos e avaliação por indicadores (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012).

Na Política da Qualidade há exigências de humanização na assistência, mas de modo distinto do preconizado pela PNH, pois na qualidade a ênfase é para um atendimento personalizado e empático com os usuários, não enfatizando a gestão democrática e problematizando os processos de trabalho, como na PNH. Ademais, tal política não considera a importância da análise dos conflitos de interesses e disputas corporativas para mudanças na gestão. Mesmo paradoxais, tanto a Política da Qualidade quanto a PNH coexistem nos hospitais públicos, apresentando exigência e orientações distintas (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012). Salienta-se que o principal desafio para a humanização e a integralidade é a clínica

tradicional, com foco em doenças orgânicas e intervenções, com predomínio do saber biomédico, rechaçando a subjetividade (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O discurso médico, hegemônico em hospitais, fundamenta-se na ciência positivista e tem como principal modelo de atenção o biomédico, conhecido como modelo *flexneriano*. Tal modelo foi criado em 1910, por Abraham Flexner, nas escolas de formação médica americanas e se baseia no paradigma biológico, mecanicista, individualizado e especializado, com foco no curativismo, sustentado pela ciência positivista. Esse modelo de atenção à saúde considera o hospital como o lugar prioritário para o tratamento de doenças a partir da concepção de saúde como ausência de doença. Tal concepção é oposta à preconizada no SUS, que prioriza a determinação social no processo de saúde e doença e tem a atenção primária como foco principal do sistema (SCHERER *et al.*, 2005).

Com vistas à superação desse modelo, busca-se a construção da integralidade da assistência, a qual se fundamenta no conceito amplo de saúde do SUS, assumindo como objeto do trabalho nesse campo as condições de moradia, o acesso aos serviços de saúde, o trabalho, a participação social, assim como o bem-estar físico, emocional e social (BRASIL, 1988). Diante desse desafio, é imprescindível o trabalho integrado da equipe de saúde, composta por diversas categorias profissionais, além da organização dos serviços em Rede, de modo articulado, a fim de reverter a lógica curativista e priorizar a promoção da saúde (MATTOS, 2004). Apesar das mudanças na concepção do trabalho em saúde no SUS, a intervenção com foco estritamente na doença, nos hospitais ainda reproduz a lógica de equipes de saúde fragmentadas.

Dentre os setores do hospital, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) é um cenário exemplar para analisar as relações interprofissionais, considerando a complexidade da micropolítica do trabalho diante dos desafios de lidar com saberes especializados, tecnologias sofisticadas, controle e regulação dos processos, centralidade de ações médicas e, ao mesmo tempo, atender demandas por acolhimento emocional. Ademais, o trabalho com crianças desperta o afeto e o envolvimento dos profissionais (PITTA, 1999).

Na atenção aos familiares e às crianças, preconiza-se a integralidade e a humanização da assistência, contudo, evidenciam-se dificuldades por parte dos profissionais no manejo das relações afetivas e emocionais tanto com as crianças quanto com seus pais. Dificuldades que decorrem da defasagem nos processos de formação profissional (PEDRO; FUNGHETO, 2005).

No contexto das UTIPs, Bertinelli e Erdmann (2009) afirmam que a fragmentação da atenção e o predomínio do modelo biomédico influenciam as relações entre os profissionais de saúde e entre estes e os pacientes, caracterizando as ações tecnicistas na atenção à saúde, com

ênfase nos procedimentos, e não nos sujeitos, sem o devido acolhimento para as questões emocionais envolvidas no processo da doença e de seu tratamento.

A esse respeito, Araújo (2005) chama a atenção para o fato de que os relacionamentos entre os sujeitos nas Unidades de Tratamento intensivo (UTIs) sejam objetivados, semelhantes às relações entre corpo e máquina. Em sua pesquisa sobre processo de subjetivação, inscrita na experiência de si mesmos dos enfermeiros nas UTIs, conclui que esses profissionais seguem produzindo um olhar e uma atuação mais clínicos que voltados ao cuidado. Assim, aponta para o predomínio do modelo biomédico na atenção à saúde nessas unidades.

Por sua vez, há que se destacar que a integração dos profissionais de saúde para o trabalho em equipe pode minimizar as dificuldades do dia a dia e proporcionar uma assistência mais acolhedora e resolutiva. Nesse sentido, torna-se relevante a análise da produção de subjetivação no contexto de uma UTIP, implicada nas relações interprofissionais.

Parte-se do pressuposto de que a organização das práticas, os mecanismos disciplinares, os saberes que predominam no dia a dia do trabalho reproduzem uma atenção à saúde de tipo intervencionista unilateral, apesar dos discursos das políticas de gestão e de formação dos profissionais. Além disso, entende-se que a dificuldade de integração das equipes de saúde gera sofrimento no trabalho e ineficácia para a integralidade assistencial. Ressalta-se que, apesar de estudos apontarem para a dificuldade de os profissionais lidarem com a dimensão subjetiva, com a morte de crianças e do envolvimento afetivo despertado no trabalho, são escassas as propostas de intervenção para reverter tal situação.

Tendo em vista as considerações apresentadas, emergiram questões que originaram a presente investigação: Como são produzidas as relações entre os profissionais de saúde a partir das experiências concretas do trabalho na UTIP, considerando o cuidado de si e dos outros? E quais são as possibilidades de transformação dessas relações em uma UTIP?

No início deste estudo, entendia que as relações dos profissionais de saúde com os pacientes e familiares na UTIP eram objetivas e tecnocratas e que priorizavam a recuperação da saúde orgânica, como apontam estudos em UTIs para adultos. No entanto, evidenciei envolvimento afetivo e preocupação dos profissionais da UTIP com as crianças e seus pais, bem como dificuldade em lidar com as instabilidades afetivas emergentes nesse contexto de trabalho, favorecendo o desencadeamento de conflitos interprofissionais e sofrimento.

O objetivo desta pesquisa foi analisar a constituição de subjetividade implicada nas relações interprofissionais em uma UTIP, a fim de potencializar a ampliação de novos modos de pensar e de se relacionar dos profissionais consigo e com os outros. Para tal, procurei compreender as práticas concretas de trabalho, seus mecanismos disciplinares e os saberes que

as sustentam, cartografar e analisar a dinâmica das relações interprofissionais, identificando afetos, movimentos dos profissionais no cotidiano do trabalho em uma UTIP.

A partir desta pesquisa, defendo a importância de uma clínica assistencial na UTIP que considere as instabilidades afetivas, as situações de crise vivenciadas nas relações entre todos os sujeitos na produção do trabalho em saúde, potencializando novas práticas em saúde e novos modos de relacionamento e de autocuidado dos profissionais. Defendo, ainda, a necessidade de inserção de novas referências de saberes e práticas que sustentem essa clínica, promovendo integração entre os profissionais e a integralidade da assistência. As intervenções devem ser elaboradas pelo coletivo dos profissionais, mediante dispositivos de diversas naturezas, tanto científicas como de outros saberes, incluindo as artes.

A relevância deste estudo se refere à necessidade de transformação das práticas de assistência à saúde na UTIP com foco na integralidade e humanização, considerando também a promoção de saúde no trabalho dos profissionais. Desse modo, espera-se contribuir com estudos de intervenções que problematizem e favoreçam a integração da equipe de saúde para a integralidade na UTIP.

Esta tese está dividida em três partes. A primeira, composta por seis capítulos, é destinada à descrição da contextualização teórica que sustentou as análises da pesquisa, compreendendo um capítulo sobre pesquisas atuais com temas correlatos a esse estudo. O segundo capítulo apresenta uma análise sobre a produção dos modos de lidar com a morte em hospitais, tema recorrente nas pesquisas sobre a UTIP, entendendo-os como construção sócio-histórica. O terceiro capítulo aborda a Humanização e a Bioética, temas inerentes à discussão da produção de subjetividade na UTIP, em uma análise crítica desses movimentos, entendendo-os como dispositivos para mudanças nas relações, ao mesmo tempo que podem corresponder a mais uma técnica de produção do eu dispostos pelo governo na contemporaneidade. O quarto capítulo discute a perspectiva de uma nova clínica, que considere a crise, as diferenças, como produtora da ampliação da potência vital dos indivíduos, descrevendo a Clínica Ampliada, por se alinhar a essa perspectiva e ser uma diretriz da PNH. Essas propostas de clínica se encontram em contraposição à Clínica tradicional, clínica de órgãos, forte em hospitais, principalmente na UTIP. Em seguida, nesse mesmo capítulo, discute-se as possibilidades e impasses para o trabalho em equipe, importantes para essa clínica da diferença. O quinto capítulo descreve os diversos mecanismos disciplinares e normativos exigidos para a qualidade assistencial e organização dos hospitais na atualidade. O sexto capítulo está destinado a uma breve apresentação da teorização privilegiada neste estudo a partir da contribuição dos autores

Deleuze e Guattari e Foucault, que ampliaram o modo de pensar e analisar do pesquisador, enfatizando os principais conceitos abordados.

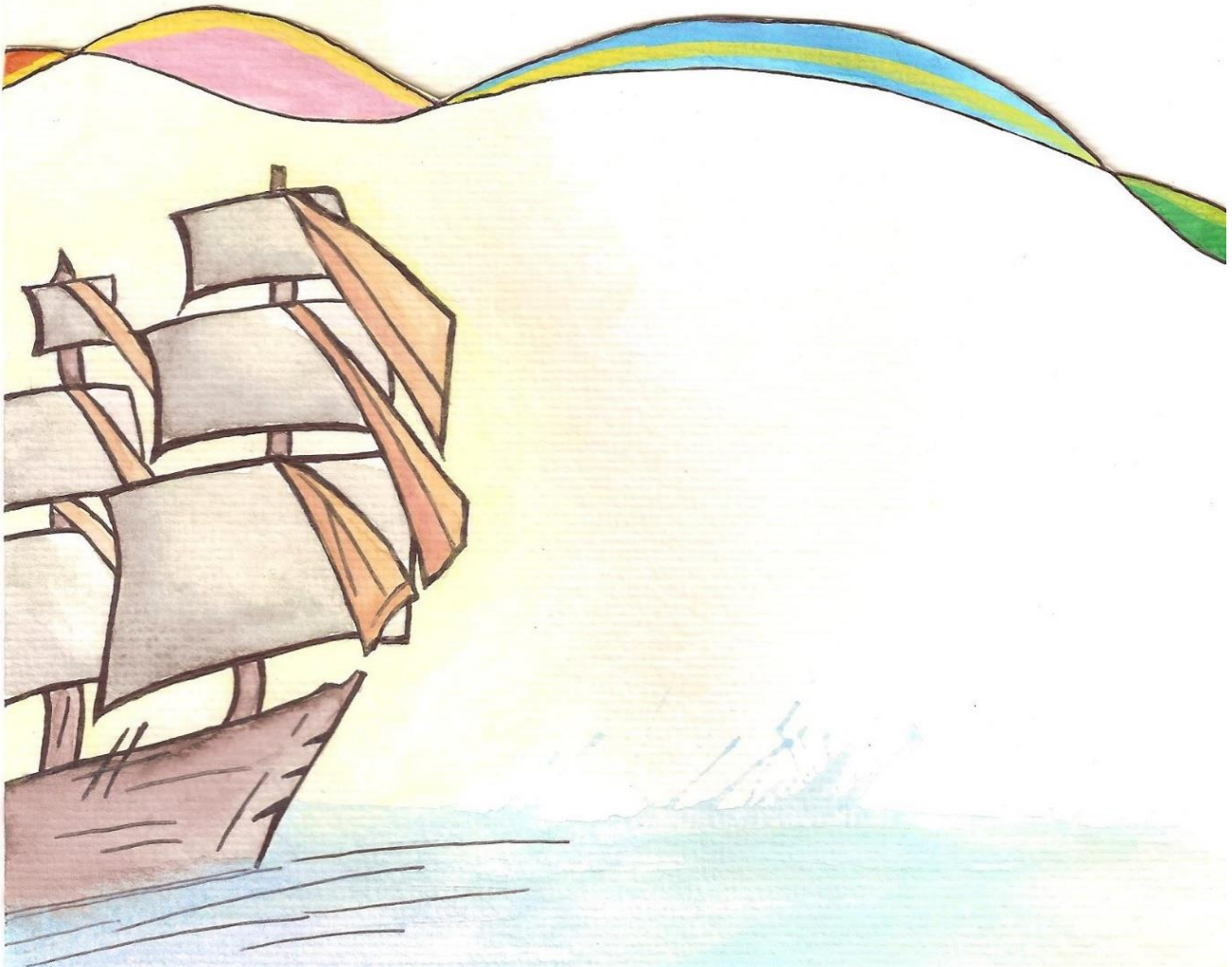
A segunda parte da tese é composta por dois capítulos: no primeiro, serão apresentados os percursos metodológicos, com descrição da abordagem da pesquisa, cenário de estudo, como foi constituído o *corpus* da pesquisa, a coleta e análise dos dados; e no segundo, será descrita a perspectiva cartográfica empreendida na pesquisa e a análise de implicação do pesquisador inerente ao compromisso cartográfico sustentado pela Esquizoanálise.

A terceira e última parte desta tese apresenta os resultados, análise e discussão teórica da pesquisa em três capítulos que correspondem aos três artigos da tese. Inicialmente, apresenta o capítulo sobre o Mapeamento da UTIP em uma perspectiva cartográfica a fim de contextualizar a dinâmica do cenário, e em seguida os artigos. O primeiro artigo é sobre o “Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde”, já publicado na revista *Saúde em Debate*, Qualis B2 (normas em ANEXO), que discute as normatizações do setor e a valorização da protocolização dos procedimentos produzindo modos de pensar e de se relacionar entre os profissionais e destes com os pacientes.

O segundo artigo, intitulado “Subjetividade na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: entre a vida e a sobrevivência”, apresenta a perspectiva cartográfica da UTIP, analisando as dinâmicas da micropolítica das relações no cotidiano do trabalho, explicitando afetos e movimentos dos profissionais no lidar com as crianças e com os demais profissionais. Esse artigo está formatado para submissão na revista *Psicologia & Sociedade*, Qualis A2 na área de conhecimento Interdisciplinar. Esse artigo tem a participação na coautoria do coorientador no exterior, professor Dr. Jorge Ramos do Ó.

O terceiro e último artigo, intitulado “Responsabilidade ou sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica”, apresenta uma análise das relações interprofissionais a partir do eixo sentimento de culpa e responsabilidade dos profissionais de saúde em um contexto transversalizado pela concorrência de discursos Jurídicos, Médicos e do Cristianismo. Esse artigo será submetido à revista *Caderno de Saúde Pública* (normas para formatação em ANEXO), Qualis A2 na área de conhecimento da enfermagem e da psicologia.

Parte I



*Vai voando, contornando a imensa curva norte-sul
Vou com ela viajando Havaí, Pequim ou Istambul
Pinto um barco a vela branco navegando
É tanto céu e mar num beijo azul*

PARTE I - MAPEAMENTO TEÓRICO

2 UTI PEDIÁTRICA: ESPAÇO SINGULAR NA PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES

O trabalho em saúde é centrado em “trabalho vivo em ato” permanente, semelhante ao trabalho da educação (MERHY, 2002), entendendo por trabalho vivo aquele que é produzido no mesmo momento em que está sendo consumido. Além disso, o trabalho em saúde é sempre coletivo e não é plenamente estruturado; suas tecnologias de ação mais importantes são processos de intervenção, por meio de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, com um grau importante de liberdade de escolha no modo de operacionalizá-lo (MERHY, 2002).

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são classificadas por Merhy (2002) em leves, leve-duras e duras. As leves correspondem às relações com os usuários e com outros profissionais; as leve-duras, aos saberes estruturados das categorias profissionais e da gestão dos serviços e as duras correspondem aos equipamentos e máquinas, estruturas organizacionais e às normas.

Essas tecnologias do trabalho em hospitais de alta complexidade devem estar integradas a fim de proporcionar uma assistência de qualidade aos usuários. Os hospitais são organizações destinadas a usuários com doenças que requerem internação, às vezes cirúrgicas, e outras intervenções clínicas. Nessas organizações, as UTIs possuem equipamentos mais complexos, diversificados e ampla gama de profissionais especialistas para recuperação da saúde dos pacientes em estado crítico, necessitando de monitoramento contínuo (DUARTE; MOREIRA, 2011). As UTIs são divididas em UTI para adultos; pediátricas, para crianças; Neonatal, para bebês prematuros ou recém-nascidos e, em alguns hospitais, as Unidades Coronarianas (UCO), destinadas a atendimentos cardiológicos.

O Centro de Tratamento Intensivo (CTI) é composto por um conjunto de UTIs, como citado acima. A UTI surgiu no ano de 1940, nos Estados Unidos, como o local para o tratamento de pacientes em situação crítica, que necessitavam de intervenção clínica e de monitorização contínua (MENEZES, 2000).

Essas unidades de tratamento apresentam um contexto de trabalho bastante diferente de outras unidades do hospital por ser um setor fechado, demandando um alto grau de especialização dos profissionais da saúde, assim como habilidade para resistir e lidar com situações altamente estressantes e com pacientes gravemente enfermos (SILVA, PORTO, FIGUEIREDO, 2008).

Nessas unidades, os trabalhadores lidam constantemente com equipamentos, como as bombas de infusão, monitores cardíacos, camas eletrônicas, ventiladores mecânicos, entre outros. O convívio com as máquinas na terapia intensiva é hoje uma espécie de marco referencial, de forma que tem sido difícil pensar nessas unidades sem a presença de equipamentos (SILVA, PORTO, FIGUEIREDO, 2008). Esse lidar contínuo com máquinas, intervenções médicas e normatizações favorece relações objetivadas e mecanicistas entre os sujeitos (ARAÚJO, 2005).

Outra característica do trabalho nas UTIs é o lidar dos profissionais com pacientes gravemente enfermos. Esses pacientes muitas vezes se encontram deprimidos e/ou ansiosos, principalmente quando estão conscientes. A ansiedade é mobilizada, em geral, tanto por sentimentos intensos de medo e angústia provocados por seu estado de saúde quanto pelas características da própria unidade, como ruídos, iluminação, intervenções orgânicas contínuas e pela presença de outros pacientes graves (DUARTE; MOREIRA, 2011).

O relacionamento objetivado dos profissionais com os pacientes de modo estritamente técnico, com foco no monitoramento dos parâmetros vitais, contribui para a ansiedade e estresse dos pacientes. Nesse contexto, muitas vezes os profissionais se esquecem de acolher os sentimentos dos pacientes perante uma rotina intensa de trabalho técnico. Cabe salientar que a UTI tem uma representação por parte da sociedade como um lugar em que as pessoas costumam morrer, o que intensifica a angústia e o medo de internação nessas unidades (BERTTINELLI; ERDMANN, 2009).

Dentre as UTIs, as pediátricas apresentam intensa demanda por acolhimento às questões subjetivas e emocionais, uma vez que contam com a presença contínua de mães e pais ansiosos, vivenciando sentimento de impotência perante o adoecimento e tratamento do filho. O lidar com crianças gravemente enfermas e com seus pais pode gerar sofrimento nos profissionais de saúde, uma vez que esses podem se identificar com o desamparo e impotência pelos pacientes. O sentimento de solidão e fracasso pode levar os profissionais a buscarem soluções individualistas, corporativistas e sem compromisso com o trabalho em equipe. As dificuldades no lidar com os sentimentos despertados podem enrijecer os comportamentos tecnicistas dos profissionais e contribuir para o distanciamento e despersonalização nas relações com os pacientes (PITTA, 1999).

Para iniciar a análise sobre a subjetivação implicada nas relações interprofissionais na UTIP e identificar lacunas ou escassez de conhecimentos produzidos, realizei um levantamento de pesquisas atuais sobre temas correlatos em artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Para busca dos artigos, utilizei os descritores Unidade de Terapia Intensiva

Pediátrica AND Humanização; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica AND Relações Interprofissionais.

Foram selecionados artigos dos últimos 8 anos de revistas Qualis A e B e de pesquisas com abordagem qualitativa ou com triangulação quantiquantitativa. Foram excluídos os estudos referentes à visão e perspectiva dos familiares e da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os artigos foram extraídos nas bases de dados BVS e BVS-psi, Medline, Cochrane, SciELO, CAPES, Lilacs e Google Acadêmico. Foram analisados o total de 23 artigos, 1 dissertação de mestrado e 2 teses de doutorado.

As categorias de análise identificadas no conteúdo desse material foram: Sofrimento no trabalho; Comunicação e Humanização na assistência à saúde, apresentadas abaixo.

2.1 Sofrimento no trabalho

Fogaça et al. (2008) descrevem fatores estressantes no trabalho de médicos e em enfermeiros em uma UTIP, por meio de uma pesquisa qualitativa, afirmando que esse trabalho pode desencadear estresse e a síndrome de Burnout, que é uma depressão laboral produzida no trabalho. A partir desse estudo, sugerem que sejam realizadas pesquisas, com o objetivo de desenvolver medidas preventivas e modelos de intervenção no trabalho em prol da saúde dos profissionais.

Nessa mesma direção, uma pesquisa com abordagem qualitativa com profissionais de saúde em um hospital em Medellín com objetivo de qualificar a afetividade dos profissionais evidenciou sofrimento no lidar com a morte de pacientes, o que é intensificado por outros fatores, como a fadiga por alta carga de trabalho, inclusive com sentimento de que esse absorve grande parte de sua vida, limitando o convívio com seus familiares e amigos (SERNA; OSPINA; MOLINA, 2012).

Gonçalves (2007), em sua pesquisa de doutorado com objetivo de compreender as implicações do processo de trabalho no sofrimento psíquico e na capacidade de resiliência das equipes que atuam com crianças gravemente enfermas em hospitais públicos, evidenciou a existência de sofrimento e adoecimento no lidar com crianças e adolescentes doentes ou com risco de morte, fazendo emergir sentimento de perda iminente do vínculo afetivo com a criança. Outro fator gerador de sofrimento refere-se ao sentimento de responsabilidade pelo sofrimento vivenciado na UTIP, pela necessidade de expor crianças a procedimentos invasivos dolorosos em seus corpos para o tratamento.

Em sua pesquisa, revelou também que o trabalho tecnologizado favorece a alienação e fragmentação do trabalho multiprofissional. Concluiu que os enfrentamentos constantes dos profissionais entre si favorecem o descrédito na capacidade criativa de trabalhar em equipe, enfraquecendo a habilidade de resiliência e desenvolvendo mecanismos defensivos para a busca de alternativas perante as dificuldades vivenciadas.

Com relação à análise sobre a problemática do trabalho em equipe no contexto da UTIP, Backes (2012) evidenciou em sua pesquisa sobre a problemática do trabalho em equipe à luz dos processos interativos e intersubjetivos presentes nas organizações de saúde que, mesmo a UTIP apresentando dispositivos que favorecem a construção da Clínica Ampliada, como o plano terapêutico Singular e a reorganização do processo de trabalho da enfermagem por leitos, e não por tarefas, os profissionais apresentavam em muitos momentos comportamentos pouco solidários com a população assistida. A autora analisou esses comportamentos como mecanismos de defesa, elementos de ordem inconsciente, que produzem efeitos nos relacionamentos entre os sujeitos. Identificou ainda que o trabalho no setor apresenta paradoxos, momento de integração entre os profissionais e de relações afetivas e solidárias, inclusive com os pacientes e familiares, e momentos de distanciamento dos profissionais com os pacientes e entre si, dificultando o trabalho em equipe.

Na tese de doutorado sobre a História da Pediatria, Pereira (2006) afirma que o lidar com a morte representa um dos fatores de sofrimento e adoecimento no trabalho de pediatras de acordo com diversas pesquisas. Partindo de uma análise histórica, entende-se que a necessidade do prolongamento da vida na modernidade e sua possibilidade mediante o desenvolvimento científico e tecnológico alteraram a relação da sociedade com a morte; sendo o desafio da medicina na luta contra a morte mais acirrado na pediatria, especialidade criada para promover a saúde, robustez da infância, expurgando a morte e a finitude.

No compromisso da pediatria com a sociedade moderna, estaria a redução da mortalidade infantil, hoje traduzida nos dados estatísticos que apontam e representam a qualidade de vida da população. A cura da doença infantil e a redução da mortalidade precoce (conceito construído historicamente) representam o empenho da pediatria no Brasil (PEREIRA, 2006).

Algumas pesquisas descrevem dispositivos para enfrentamento da dificuldade dos profissionais no lidar com a morte, visando atender melhor os pais nas situações de terminalidade da criança e prepará-los para o cuidado integral. Uma delas é a pesquisa de Michelson et al. (2011), na qual os autores sugerem a descrição dos papéis de cada profissional de saúde nas decisões sobre cuidados de final de vida enfrentados pelos pais das crianças,

identificando diferentes funções para cada um, que devem ser conhecidas pelos pais a fim de auxiliá-los nessas situações. A somatória desses diversos papéis favorece um atendimento de qualidade.

Em outra pesquisa sobre a percepção dos profissionais sobre a morte na UTIP, Cherer, Quintana e Pinheiro (2015) investigaram a significação atribuída por enfermeiros e médicos de uma UTIP com relação à morte. Identificaram que a morte frequentemente é significada como fracasso profissional, desencadeando sentimentos de incapacidade, impotência e sofrimento nos profissionais, além disso, é também escamoteada, o que é evidenciado no comportamento insensível de alguns profissionais. Concluíram que são necessárias ações educativas e terapêuticas para proporcionarem espaços elaborativos para os profissionais.

Os estudos de Alves et al. (2012) também apontam a importância das ações educativas para preparar melhor os profissionais para lidar com a morte na UTIP. Nessa pesquisa, os autores analisaram a percepção dos profissionais da UTIP sobre a morte e identificaram interesse nesses estudos. Em suas conclusões, asseveraram a relevância de atividades educativas e de espaço para troca de experiências entre os profissionais para prepará-los melhor para lidar com os sentimentos despertados nessas situações. Apontaram também a importância de abordar o tema da morte de maneira mais eficaz durante a formação acadêmica.

Kovács et al. (2008) descrevem uma intervenção que realizaram em um hospital público de São Paulo, atendendo à solicitação da equipe de enfermagem do hospital após participarem do curso: “Os profissionais de saúde e educação: A morte na prática do seu cotidiano”. A partir disso, foi criado um Projeto para intervenção com o nome “Cuidando do Cuidador no Contexto Hospitalar”, que estava inserido em um projeto temático “Cuidando da qualidade de vida do profissional cuidador: do biológico ao psicossocial”. Nesse projeto, foram identificadas as necessidades, carências e dificuldades das equipes, aspectos que foram trabalhados no planejamento coletivo de ações para o cuidado da equipe. Essa intervenção foi eficaz, pois possibilitou a expressão de sentimentos e reflexão crítica dos profissionais com relação aos relacionamentos com os pacientes e para seu próprio cuidado.

Outro dispositivo para formação dos profissionais e mudanças nas relações consigo e com os outros refere-se à gestão participativa na estratégia de educação permanente na UTI. O estudo de Medeiros et al. (2010) descreve a experiência com essa metodologia no grupo de enfermagem e conclui que essa forma gerencial contribui para o aprendizado de novos conhecimentos, possibilitando mudanças nas formas dos sujeitos pensarem e agirem.

As sugestões de Poles et al. (2013) elaboradas na pesquisa sobre a identificação das condições de morte digna na UTI pediátrica defendem que a prática profissional deve se pautar

nos padrões de qualidade, identificando a criança fora de possibilidade de cura e na concordância com práticas prudentes para evitar o prolongamento do sofrimento dessas crianças. Apontam ainda a importância de a equipe refletir sobre a situação de terminalidade da vida, com atenção para a necessidade de alteração do trabalho curativo para o paliativo, a fim de promover uma morte mais digna.

2.2 Comunicação

A comunicação dos profissionais com os familiares é muito importante para a qualidade e humanização da assistência e é enfatizada em muitos estudos. Pontes et al. (2014) realizaram uma pesquisa para compreender o significado da comunicação não verbal na assistência ao paciente e à família, em uma UTIP, pela equipe multiprofissional. Identificaram a importância de os profissionais prestarem atenção na comunicação não verbal para a eficácia e humanização do cuidado. A comunicação não verbal pode ser expressa em qualquer manifestação comportamental como gestos, expressões faciais, postura, distâncias entre as pessoas, etc. Os profissionais também podem utilizar estratégias, como alfabetos, figuras, lousa mágica, sinais, cartões, entre outros, para estabelecer uma boa comunicação com as crianças. Salienta-se que a presença da família favorece o elo da equipe com as crianças.

Nas situações em que as crianças estão fora de possibilidades terapêuticas e necessitam de cuidados paliativos, Dorenbos (2012) defende que deve ser produzido um conjunto de ações para esses cuidados discutido e elaborado em equipe, especificamente para a UTIP, por ser um setor com diversas situações estressoras, para os familiares e para as crianças. Entre essas ações, a comunicação centrada na família foi identificada como importante para o desenvolvimento dos cuidados paliativo.

A perspectiva de comunicação centrada na família atende às recomendações da Society of Critical Care Medicine que desenvolveu diretrizes para a prática clínica de suporte dos pacientes e familiares, baseadas em evidência científica. Essas diretrizes enfatizam o atendimento às necessidades psicossociais da família, com tomada de decisão compartilhada da equipe com os familiares, e reconhecem a importância do trabalho interprofissional, com destaque para a atuação dos assistentes sociais. No entanto, a integração interprofissional e a prática da comunicação centrada na família ainda necessitam de avanços, mesmo com o seu reconhecimento no campo científico.

Nessa mesma direção, os estudos de Michelson (2011) sobre análise de reuniões com familiares para melhorar a comunicação identificaram que os médicos da UTIP reconhecem a

importância da utilização dessas reuniões para a tomada de decisões nos cuidados fora de possibilidades terapêuticas no fim da vida de crianças internadas nesse setor.

Ainda com foco na forma de comunicação e da experiência cognitiva dos profissionais, Custer et al. (2012) realizaram estudos para avaliar projetos para a formação do modelo mental dos profissionais para a melhoria da comunicação. De modo similar, D'agincourt-Canning et al. (2011) descreveram estudos para melhoria da comunicação entre profissionais e pacientes em UTI e enfatizaram a importância da autonomia dos profissionais no uso de ferramentas para a comunicação, como, por exemplo, a ferramenta Situation, Background, Assessment e Recommendation (SBAR) com suas simulações.

A ferramenta SBAR ajuda a evitar falhas na comunicação, criando um modelo mental compartilhado sobre o quadro clínico do paciente e de situações que necessitam de avaliação rápida e crítica. Com essa ferramenta, o profissional da enfermagem preenche um formulário com informações estruturadas com foco na segurança do paciente. Essa ferramenta é útil não somente para a comunicação com pacientes em estado alterado e grave, mas também para os casos não urgentes. Ressalta-se a valorização de estudos estruturados, baseados em evidência científica e com enfoque biológico no setor da UTIP.

Em contrapartida, Vivian et al. (2009), na pesquisa avaliando as práticas de trabalho dos profissionais de saúde em uma UTIP, realizaram uma pesquisa-ação em que proporcionaram momentos de reflexão crítica da equipe com descrição de seus problemas de relacionamento, que comprometem a confiança e as tomadas de decisão dos profissionais. A maioria desses problemas relacionava-se às falhas na comunicação. Essa pesquisa-ação permitiu que o próprio grupo analisando suas dificuldades encontrasse saídas para enfrentá-las.

Latour et al. (2011), em estudo para explorar semelhanças e diferenças com relação às práticas de atendimento na UTIP, pesquisaram os seguintes itens: informação, cuidar e curar, organização, participação dos pais, atitude profissional. Em seguida, realizaram uma pesquisa empírica com os pais considerando nas entrevistas os mesmos itens. Concluíram que, pela percepção dos pais, os médicos e enfermeiros subvalorizam alguns cuidados, não reconhecendo algumas de suas necessidades; o que representa lacunas na compreensão dos profissionais sobre as experiências vivenciadas pelos pais. Essas lacunas se referem principalmente às informações fornecidas aos pais, como, por exemplo, sobre medicações e seus efeitos colaterais. Os pais também consideraram muito importante a participação deles na UTIP.

Com relação ao preparo dos profissionais, diversos estudos apontam a importância da inserção de temas relacionados à bioética, humanidades e relacionamentos com familiares na

formação profissional, evidenciando que a formação ainda é muito tecnicista nesse campo (RIOS, 2010).

2.3 Humanização na assistência na UTIP

Além do tema sobre a morte e comunicação com os familiares, a humanização é um tema recorrente em muitos estudos na UTIP. Reis et al. (2013), objetivando identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica, descrevem que os profissionais de saúde entendem humanização como ver o outro como um todo, tratando-se de acolhimento, vínculo e comunicação; ou ainda como falta de ambiência no hospital, que é uma revitalização dos espaços físicos. Segundo esses autores, a equipe de enfermagem compreende a humanização a partir do paradigma de sua formação acadêmica, como uma ciência do cuidado, mas não especificamente na PNH.

Na pesquisa de Pessalacia et al. (2012), buscou-se identificar a percepção da enfermagem de uma UTIP quanto ao conhecimento e preparo necessários para a atuação no setor, evidenciando que os profissionais valorizam os conhecimentos e práticas destinadas ao controle da infecção hospitalar e ao atendimento holístico das crianças, não somente à organização do serviço.

Uma das dificuldades para o trabalho de humanização na UTIP foi evidenciada por Duarte e Moreira (2011) em suas análises sobre os significados do cuidado relacionados com a autonomia do profissional na unidade a partir dos eixos norteadores da PNH. As autoras destacaram a importância das relações intersubjetivas construídas nesse setor entre os profissionais e os pais das crianças, considerando a restrição de autonomia do profissional diante das rotinas de trabalho que o objetivam. Em contrapartida, os familiares valorizam aspectos diferentes dos profissionais, como os relacionados com a dimensão subjetiva de seus filhos.

Nesse contexto, ante o compromisso em manter os familiares informados e o trabalho objetivante dos profissionais, as informações entre profissionais e familiares apresentam-se como um discurso utilitário e tecnicamente fundamentado aliado a condutas profissionais que restringem a participação dos familiares. Salienta-se que tal prática considera a saúde orgânica, não o cuidado integral no trabalho. A partir desses dados, as autoras defendem a importância do resgate da autonomia dos profissionais potencializando o Cuidado Integral à saúde.

Cunha e Zagonel (2008) realizaram uma pesquisa com objetivo de compreender como os relacionamentos entre os sujeitos no cuidado às crianças se estabelecem na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Cardíaca. A partir desse estudo, apontam que os profissionais atribuem importância para o envolvimento emocional com as crianças em situação crítica, dificultado pela dinâmica do trabalho e do setor, exigindo procedimentos técnicos e intervencionistas. A falta de disponibilidade da atenção dos profissionais às crianças, em função do volume e complexidade do trabalho, dificulta a comunicação e o esclarecimento dos familiares, prejudicando os relacionamentos. Apesar disso, os profissionais reconhecem a importância de aliar a dimensão subjetiva ao trabalho técnico para a eficácia das ações no setor.

Uma estratégia utilizada para a construção da humanização nos hospitais se refere à utilização da música no ambiente de trabalho, como na UTIP. A esse respeito, Correa e Guedelha (2009) realizaram um estudo para identificar as percepções da equipe de enfermagem sobre as vantagens e desvantagens do uso da música para a humanização da atenção à criança hospitalizada. Partiram do entendimento de que ela é uma forma de cuidado utilizada em alguns serviços com resultados satisfatórios. Ademais, ela possibilita a consciência e a expressão de emoções que minimizam a ansiedade despertada durante a internação, facilitando as relações entre os sujeitos e a comunicação, além de propiciar prazer, devendo ser utilizada em setores de atendimentos mais complexos, como, por exemplo na UTIP.

Em síntese, esses evidenciaram valorização e necessidade do preparo e formação dos profissionais para o lidar com situações estressoras, como as relacionadas com o trabalho na UTIP e com a dimensão subjetiva. Os fatores relacionados com a organização, condições de trabalho, relacionamento em equipe e o lidar com dor e morte de crianças podem produzir sofrimento e adoecimento no trabalho, além de dificultar o trabalho em equipe.

Diversos estudos apontam para as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com a morte de crianças e com a presença de familiares no setor, associando as perdas de crianças ao fracasso profissional, provocando escamoteamento de sentimentos e mecanismos de defesa, como a realização de um trabalho mais técnico. Apesar disso, os estudos também evidenciaram o envolvimento dos profissionais com as crianças na UTIP e a valorização do cuidado integral e humanizado.

Perante as dificuldades apresentadas, alguns estudos apresentaram estratégias para enfrentamento, como a construção de planejamentos para Cuidados Paliativos no setor, o compartilhamento das decisões sobre os cuidados de final de vida com os pais, enfatizando a importância da informação e comunicação efetiva com a família. Outros descreveram a importância de ações educativas para os profissionais desde a formação acadêmica até a

realização de cursos e seminários no hospital abordando temas sobre a morte e cuidados paliativos. Um desses apresentou a utilização da música como dispositivo para melhoria da comunicação e humanização da assistência.

A partir desse levantamento, constata-se a escassez de estudos sobre a produção de subjetividade no entrelaçamento de saberes e relações de poder estabelecidos nas práticas concretas de vida, como no contexto da UTIP, a fim de propor intervenções que potencializem inventividade dos profissionais no lidar com situações desestabilizadoras no setor. Entendendo a importância desses acontecimentos para a produção de novos modos de subjetivação.

Os temas sobre a morte, humanização, bioética serão abordados nos próximos capítulos, por serem recorrentes nos estudos que abordam as relações entre os profissionais e a produção de subjetividade na UTIP.

3 NEGAÇÃO DA MORTE

Para analisar a subjetividade na UTIP, considero importante analisar a constituição do sofrimento dos profissionais no lidar com a morte, como apresentado em diversos estudos no campo da saúde e na UTIP.

Partindo de uma análise histórica, Ariès (1977) demarcou alguns momentos específicos desde a Antiguidade até a modernidade, nomeados pelo autor como a “morte domada” na Antiguidade, “a morte dos outros” na época do Romantismo, a “Morte de si” na modernidade e a “A Morte Interdita” na atualidade. Nessas análises, o autor identificou a influência do desenvolvimento científico, cultural e político-econômico na produção de novos modos de concepção e de práticas da sociedade com a morte, evidenciando uma gradual dificuldade em lidar com a morte com o desenvolvimento científico e tecnológico, como na atualidade. A Morte Interdita refere-se à exclusão do convívio social, provocada também pelo distanciamento da morte dos lares, uma vez que as pessoas passaram a morrer em hospitais. Tal interdição é evidente na negação da abordagem desse tema nos encontros sociais e da expressão do sofrimento, com mudanças nos rituais do luto na atualidade, que passam a ser curtos e com menos rituais de despedida.

No mundo atual, a morte não é concebida como contingência, mas acompanhada do sentimento de fracasso, de vergonha. Entre os profissionais de saúde, é associada ainda a um sentimento de incompetência (PITTA, 1999). Entende-se que, entre as especialidades médicas, a pediatria tem mais dificuldade em compreender a morte como contingencial, o que pode ser compreendido pela história dessa especialidade que nasceu com o compromisso de zelar pela longevidade das crianças. Na pediatria, não se deve falar da morte de crianças, o tema foi excluído da formação e das práticas de enfrentamento, assim como foi excluída a discussão sobre os limites do saber e da atuação dessa especialidade.

A criação da pediatria ocorreu em um contexto marcado pela difusão da biopolítica nos modos de viver e pensar a vida da população. A biopolítica corresponde às estratégias do governo dispostas a partir do século XVII e XVIII para a regulação da população em prol do desenvolvimento econômico, com intervenção do Estado na estética de vida da população por meio da proteção à saúde orgânica. Nessa direção, a mortalidade infantil é um forte indicador de qualidade de vida, devendo ser diminuída. Os novos dispositivos de poder da sociedade não exigem a extinção de danos ou riscos, mas o controle dos eventos aleatórios e o cálculo de seus limites de tolerância norteados pela normalização (FOUCAULT, 2008a).

Nesse contexto, a morte de crianças foi desnaturalizada e considerada como insuportável, no entendimento do controle sobre a vida e a morte, a partir da ciência médica, bem como pelo imaginário social de que a morte deveria acontecer na velhice, momento em que se acredita ter se realizado sonhos e planos (PEREIRA, 2006).

Em outra direção, nas análises históricas, Agamben (1998), a partir dos estudos de Arendt e de Foucault, preenchendo lacunas nos estudos desse último, assevera que o modelo jurídico-institucional e o modelo biopolítico se entrecruzam na esfera da vida *nua* dos indivíduos como campo político, o que constitui o poder soberano do Estado. A vida biológica dos seres humanos ou a vida *nua* é distinta na modernidade e na antiguidade. Para os gregos, a vida *nua*, ou a esfera *bio*, era concernente à vida privada e se mantinha à margem do espaço político. O espaço político correspondia à esfera *Zoé* que não tratava de assuntos familiares e pessoais do indivíduo. Na modernidade, essa separação se torna indiscernível, uma vez que, pela biopolítica, a vida *nua*, biológica, passa a ser foco principal na arena política, com estratégias de administração do Estado de intervenção da vida privada dos indivíduos.

Esse fenômeno opera uma espécie de animalização do homem, caracterizando uma inclusão exclusiva, pois a vida privada é incluída no governo dos homens, e a exclusão se refere à falta da vida íntima, privada do homem, fato que o fragiliza. Percebe-se uma exteriorização da vida íntima, uma vida *nua* sem qualquer mediação. Nesse ponto de indistinção da vida *nua* e da vida política, desencadeia-se a fragilidade do ser humano pela procura de liberdade e felicidade exatamente no ponto de submissão às regras sociais (VALERIO, 2013).

Foucault (2008b) analisa a inversão do poder soberano na antiguidade e na modernidade com relação ao direito de vida e de morte. Na antiguidade, o poder soberano operava sobre o direito de matar, apoderando-se do corpo vivo de seus súditos. Na modernidade, o biopoder faz viver e deixa morrer. Agamben (1998) discute a regulação do Estado sobre a vida que deve ser prolongada e a vida que pode morrer. Na eutanásia, por exemplo, há uma intervenção jurídica com relação à vida que pode ser prolongada ou não pela lógica da medicina.

Outro aspecto que fragiliza o indivíduo da sociedade atual refere-se ao fato da substituição do poder e subordinação a Deus propagados pelo Cristianismo pela subordinação e poder da ciência moderna. Friederich (1998) defende que a subordinação aos ideais ascéticos tanto do soberano, na Antiguidade, como aos ideais ascéticos do Cristianismo na época de ascensão do poder da Igreja, quanto aos da ciência, na modernidade, distanciam os indivíduos de seu ser, produzindo um vazio existencial e redução da potência vital, pela objetivação desses ideais. É necessária uma reflexão crítica sobre os modos de viver, apostando na inventividade e potência criativa para o resgate do sentido de vida.

Desde a Antiguidade até a atualidade, veio se construindo um modelo de homem, e atualmente há uma modelização capitalística da forma de viver, da subjetividade (GUATTARI; ROLNIK, 2005). O modelo ideal de homem é difundido na sociedade atual pelas técnicas de governo do Estado, pelos saberes normativos que orientam como pensar, ver, comportar-se e existir, fixando identidades e formas (FOUCAULT, 2008c).

Ademais, considerando a teorização da esquizoanálise, a subjetividade modelada no sistema capitalístico, com apropriação de dispositivos sofisticados dispostos pelo governo e difundidos pela mídia e pelos meios de comunicação de massa, apresenta figuras glamurizadas, perfeitas, belas, nas quais os indivíduos projetam seus desejos de identidade, buscando corresponder a padrões externos, assim como há uma busca desenfreada por identidades fixas. Em um contexto político e econômico de contínuas mudanças e incertezas, os sujeitos vivenciam desterritorializações e momentos de caos, de crise. O distanciamento de si mesmo pelo reconhecimento de si mesmo projetado e determinado externamente pelo social dificultam ao sujeito perceber a potência de inovação que esses momentos desencadeiam. Para tal vivência, seria necessário que os sujeitos estivessem com seus corpos vibráteis, quer dizer, dispostos a se afetarem pelo encontro com o outro, como o estranho que os habita, reconhecendo no caos a potência para inventividade de novos modos de viver e de existir (ROLNIK, 2006).

No entanto, os sujeitos com seus corpos vibráteis anestesiados e identificados com determinações estratificadas de planos molares, externos e distantes de si mesmos, podem se enrijecer a partir desses referenciais e até mesmo se tornarem violentos com o outro, em suas relações. Considerando essas análises, a vivência da morte torna-se algo insuportável por desencadear irrupções identitárias, desterritorialização e situações de crise que demandam linhas de fuga para a criação de novos territórios existenciais.

Em busca de alcançar modelos de comportamento difundidos como ideais, mortifica-se a potência da inventividade e renovação constantes da dinâmica da vida, fragilizando os indivíduos, tornando o fenômeno da morte ainda mais temível. A clínica necessita apostar na afirmação da vida mediante a libertação do fatalismo da identidade fixa imutável, do perfeccionismo, estimulando rupturas com a imposição de modos prescritos de pensar e de existir.

Outro aspecto que merece destaque na análise dos modos de os sujeitos lidarem com a morte se refere ao gradativo aumento do envelhecimento da população na atualidade e diminuição da população jovem produtiva, com o controle da natalidade. Esse fenômeno está mais intenso nas sociedades desenvolvidas economicamente, mas países como o Brasil já

apresentam mudanças significativas no perfil demográfico da população (DUARTE; BARRETO, 2012).

Nessa conjuntura, há um aumento dos custos para o Estado, pela diminuição na arrecadação dos impostos de renda, ao mesmo tempo que há um aumento do pagamento da previdência social aos idosos. Acrescenta-se a esses aspectos a mudança nos perfis epidemiológicos com o aumento do envelhecimento, com aumento das doenças crônico-degenerativas na população, apesar de o Brasil ainda se manter com altos índices de mortalidade por causas externas, como assassinatos e acidentes, bem como altos índices de doenças infectocontagiosas nas populações e regiões carentes do país (DUARTE; BARRETO, 2012). Tal fenômeno tem impulsionado a criação de novas técnicas de governo desde mudanças no sistema previdenciário até novas práticas de saúde. Essas novas configurações provocarão mudanças nos modos de os indivíduos lidarem com a morte.

Nesse cenário, observa-se mudança na discussão acerca da morte no campo da saúde, com intensificação dos estudos com relação aos cuidados paliativos e incentivo à assistência domiciliar para as pessoas em situação de terminalidade.

Os cuidados paliativos foram impulsionados, na década de 1960, a partir de movimentos sociais que criaram a filosofia *Hospice*, ou Cuidados Paliativos nos Estados Unidos. Esses movimentos se originaram da busca pelos direitos sociais e civis dos cidadãos ante as relações de poder entre médicos e pacientes, movimento com conotação antitecnológica no cuidado à saúde (MENEZES; BARBOSA, 2013).

Nos Cuidados Paliativos, a morte é entendida como processo natural e plena de sentidos, pois encerra uma história de vida. Nessa perspectiva, a autonomia dos sujeitos é imprescindível. Ressalta-se que uma “boa morte” atualmente é bem difundida nos países ocidentais. O crescente interesse na organização dos Cuidados Paliativos tem estimulado pesquisas internacionais sobre o tema, além da criação de novas normas e leis no que diz respeito ao controle da dor e de sintomas que levem ao sofrimento nos momentos finais da vida (MENEZES; BARBOSA, 2013).

A Organização Mundial de Saúde tem implementado políticas públicas voltadas para o atendimento a pessoas em situação de terminalidade de vida, divulgando o movimento paliativista. No Brasil, existem a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, criada em 1997, e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2005, que desenvolvem ações para a formação dos profissionais, como congressos e cursos (MENEZES; BARBOSA, 2013).

Os Cuidados paliativos foram criados inicialmente para atender os pacientes com câncer em fase terminal, posteriormente sendo indicado para todos pacientes com doenças que

provocassem sofrimento físico, emocional e espiritual intensos. Atualmente, são cuidados integrais à saúde para pacientes com doenças fora de possibilidade de cura, com objetivo de proporcionar qualidade nas fases finais de vida. O conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) é o cuidado ativo e integral a pacientes que não respondem ao tratamento curativo, sendo necessário o controle da dor e demais sintomas sociais, psicológicos e espirituais para a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Entende-se que os cuidados paliativos devem ser realizados por equipe multiprofissional, com planejamento das ações de cada profissional de modo integrado e com participação ativa dos pacientes, considerando seus valores, desejos e escolhas. Salienta-se que, atualmente, a medicina paliativa tem se desenvolvido, desencadeando, inclusive, uma situação paradoxal. Isso se deve ao fato de que o discurso tradicional da profissão médica demanda que seja assegurada a diferença entre o objeto de atuação dos médicos paliativistas e dos demais médicos, evidenciando disputa de direito para os procedimentos específicos, como os destinados aos cuidados paliativos, com defesa de uma nova especialização nesse campo. Tal situação mantém as relações de poder e saber históricas das práticas da medicina moderna, reproduzindo-as (GONÇALVES, et al., 2014).

Espera-se que os cuidados paliativos potencializem reflexões com relação à produção do cuidado, impactando em novos modos de o profissional se identificar na profissão e atuar. Se tal problematização não se fizer constante, corre-se o risco da reprodução de antigos padrões identitários da profissão médica, transformando-se em luta pela corporação profissional, que dificulta a integração do trabalho multiprofissional. Afinal, entende-se que:

Cuidar é um acontecimento, um encontro produtor de diferença. Nada mais é que um modo de atuar no mundo, uma conduta, reflexo da imagem que se constrói de si e dos outros a partir de si mesmo. A atuação na existência humana como o efeito dos valores. Sendo assim, o cuidado é um valor que define os conceitos da existência e reflete-se nas práticas (GONÇALVES, et al., 2014, p. 18).

Mais uma vez importa identificarmos o modo como essas práticas são constituídas e com qual finalidade, problematizando-as a fim de nos posicionarmos em prol do trabalho em saúde em favor da expansão da vida dos pacientes e dos profissionais de saúde. Assim, o cuidado paliativo pode ser uma dobra nos modos normatizados do trabalho, possibilitando o agenciamento de novos modos de relacionamentos e de práticas na produção de saúde.

Os cuidados paliativos estão relacionados com o movimento da Bioética e da Humanização, importantes para a integralidade da assistência à saúde, que serão discutidos no próximo capítulo.

4 TÉCNICAS POLÍTICAS DO EU: HUMANIZAÇÃO E BIOÉTICA

O tema humanização é muito difundido atualmente tanto nas organizações privadas quanto nas públicas, principalmente no campo da saúde. Os autores Puccini e Cecílio (2004) constataram a existência de diversas concepções de humanização no campo da saúde, uma vertente relacionada com a crítica da tecnocracia no trabalho, outra com o processo de organização, valorizando a personalização da assistência ao usuário, e outra ainda defendida por esses autores como valorização e ampliação da dignidade de vida e cidadania.

Na perspectiva de Puccini e Cecílio (2004), a humanização preconizada pela PNH está relacionada com a ampliação da participação ativa de todos os atores, usuários, trabalhadores e gestores no SUS, e com a cidadania e integralidade na assistência. Nesse entendimento, relaciona-se com uma cultura relacional entre todos os atores para criação de práticas que assegurem os direitos sociais. Para tal, espera-se dos profissionais uma atenção ao aspecto relacional, sem prescindir do aspecto científico, técnico e social no trabalho.

Para Ferreira (2008), está incluída no conceito de humanização desde uma escuta atenta, uma boa relação médico-paciente, até a reorganização dos processos de trabalho, com a adoção de mecanismos de escuta dos usuários e trabalhadores, como ouvidorias, e melhoria da infraestrutura. Contudo, esses aspectos relacionais são inseparáveis do modelo de gestão, uma vez que, para tal, necessita-se de condições e organização do processo de trabalho, além de integração entre os profissionais.

Reis et al. (2013) afirmam que as estratégias para a efetivação da humanização devem abranger dimensionamento adequado do pessoal, condições de trabalho, melhoria salarial e bom relacionamento interpessoal da equipe, com boa relação dialógica com a família. Ademais ressaltaram a importância de sensibilizar a equipe com relação à qualificação dos cuidados na pediatria.

A sensibilização e a conscientização da equipe para uma formação voltada ao cuidado integral e humanizado desvinculada de mudança nas práticas concretas de trabalho são ineficazes, uma vez que tais práticas e os saberes que as sustentam produzem relações. Alguns questionamentos emergem considerando essa assertiva, são eles: Como são produzidas as relações entre os profissionais e usuários? Que saberes sustentam as práticas do cuidado? E como essas práticas são organizadas e reguladas?

A partir de estudos apresentados no capítulo anterior, evidenciamos que a UTIP é um setor com práticas clínicas com ênfase no orgânico, com procedimentos intervencionistas e medicalizante, sendo o trabalho regulado e normatizado desde a organização física do setor,

com os leitos dos pacientes dispostos em semicírculo voltados para o posto de enfermagem que fica no centro acompanhando a realização dos procedimentos, as práticas são realizadas a partir de protocolos clínicos, com forte hierarquia de poder-saber médicos. Nesse contexto, a integração interprofissional ocorre em momentos pontuais no atendimento às crianças e no dia a dia do trabalho. Como esse contexto produz relações dos sujeitos consigo e com os outros?

Por um lado, o discurso de humanização do HumanizaSUS apresenta paradoxos, uma vez que, epistemologicamente, alia-se aos discursos da reforma sanitária, de cidadania, inclusão social e produção de saúde considerando os determinantes sociais, difundindo a corresponsabilização e autonomia e protagonismo dos sujeitos. Por outro lado, é uma exigência vertical do Ministério da Saúde para todo o país, mediante técnicas sutis que pretendem modelar comportamentos dos sujeitos sociais como se tivessem a forma ideal de como os profissionais deveriam se comportar, de modo solidário, estimulando sonhos dos usuários, com escuta atenta, entre outros. Isso porque as propostas para implementação do HumanizaSUS orientam que sejam utilizados dispositivos que disparem processos de mudanças mediante sensibilização da equipe e construção coletiva de novas práticas assistenciais, no entanto os atravessamentos macropolíticos nos serviços de saúde reproduzem relações corporativas e fragmentadas entre os profissionais e distanciadas dos usuários.

Na análise da política de Humanização empreendida por Bernardes e Guareschi (2007) a partir da teorização foucaultiana, as autoras asseveram que a Humanização pode ser analisada como uma biopolítica, pois implica experiências e modos de vida a partir de códigos, regras e normatizações.

Apesar de a PNH apresentar um discurso que evidencia a saúde e gestão em uma concepção ampliada, com defesa do trabalho transdisciplinar e da gestão democrática, suas propostas como orientações e/ou exigências do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais, sem mudanças efetivas na gestão e organização do trabalho, não produzem mudança na direção que almejam. Nessa direção, a Humanização segue como mais uma das tecnologias de produção de subjetividade dispostas pelo governo para regular o comportamento da população.

O HumanizaSUS foi criado em 2003 com a mudança do governo federal, mas desde 2001 estava sendo construído por um grupo de Analistas Institucionais com alguns profissionais e usuários no SUS. Em 2001, era intitulado como Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, e apesar de ser destinado aos Hospitais, alguns estados, entre eles, o estado de Minas Gerais, incluía tal discussão em parte da rede de assistência à saúde. Nessa época, iniciava-se também o programa de Acreditação Hospitalar no SUS, seguindo as

exigências de controle de qualidade dos serviços por parte do Estado. Nessa direção, pode-se dizer que a Humanização corresponde também às estratégias de controle do governo da qualidade assistencial. Ressalta-se que a humanização como programa tinha propostas operacionais, e como Política se fortaleceu a partir de diretrizes de funcionamento para o todo o sistema de saúde (BERNARDES; GUARESCHI, 2007).

Salienta-se que, no SUS, outras iniciativas e programas de humanização foram criados desde 1998, em programas do Ministério da Saúde, como A Carta do Usuário (1999), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH / 1998), o Programa de Acreditação Hospitalar (2001), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), entre outros (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Benevides e Passos (2005) asseveram que esses programas isolados estavam voltados para a qualidade dos serviços e satisfação do usuário, mas o HumanizaSUS apresenta uma proposta diferente, pois pretende produzir novos modos de subjetivação e de relações dialógicas entre todos os atores, gestores, trabalhadores e usuários, com mudanças efetivas das práticas de trabalho. No entanto, a separação da PNH dos demais programas de humanização, principalmente os destinados à saúde da mulher, criança e adolescente, é uma contradição marcante, uma vez que a PNH tem como um de seus princípios a transversalidade das ações.

Outra contradição demarca um distanciamento entre o discurso e a prática da humanização nos serviços, como, por exemplo, a presença dos pais na UTIP como uma das estratégias de humanização assegurando os direitos da criança e do adolescente. No entanto, a presença dos pais junto da criança favorece maior envolvimento dos profissionais com eles, mas sem um contingente no serviço (de saberes e práticas) para a expressão de afetos despertados, desestabilizações vivenciadas no acompanhamento de crianças e pais em sofrimento, gerando sofrimento no trabalho. Diante de tal situação, alguns profissionais se distanciam dos pais, para não se envolverem. Na UTIP em estudo, esse aspecto foi evidente e é apresentado nesta tese na parte destinada à apresentação dos resultados.

Outro movimento importante no campo da saúde para a produção da integralidade assistencial refere-se à bioética, que surge com o compromisso de regular as práticas e pesquisas biomédicas. Contudo, dependendo do modo como é operacionalizada, pode também contribuir somente para o crescimento da ciência e adesão da população às suas propostas. Essas capturas políticas, tanto do discurso da humanização quanto do discurso da bioética, podem ser entendidas como novas técnicas de produção de subjetividades do Estado. Foucault (2008a) analisa que as técnicas do eu, quer dizer técnicas de produção de subjetividades, são estratégias

da governamentalidade que favorecem o crescimento do liberalismo econômico a partir do emprego de técnicas sutis de governo para regulação do comportamento da população, com sua adesão. Isso porque são estratégias políticas que se apropriam do conhecimento científico, para a produção de modos de pensar e de existir dos indivíduos, assegurando também os direitos humanos e a qualidade de vida. Ressalta-se o paradoxo nesse processo, uma vez que a população conscientizada de seus direitos resiste às situações opressoras, caracterizando um hibridismo na micropolítica.

Considerando essa perspectiva, compreende-se que tanto a PNH quanto o movimento e estudos da bioética podem contribuir para a manipulação dos indivíduos, produzindo modos de pensar consentâneos aos interesses capitalistas, mas, paradoxalmente, podem proporcionar novos modos de subjetivação mediante análise crítica e posicionamento dos indivíduos, dependendo do modo como forem operacionalizadas e discutidas nas práticas concretas dos serviços.

Com o advento dos desenvolvimentos técnico-científicos, dispomos hoje de um grande arsenal de intervenções medicalizantes que prolongam vidas em situações, muitas vezes sem dignidade. Na politização diante desses e de outros dilemas, e pelas crescentes pesquisas no campo da saúde com intervenções que interferem nos modos de viver e nos valores sociais, foi criada a bioética no século XX. A bioética significa etimologicamente ética da vida, seus objetivos são a busca de benefícios e a garantia da integridade dos seres humanos com dignidade. Inicialmente, a bioética estava voltada para a garantia da ética nas ciências biológica e áreas correlatas; atualmente, integra as teorias do biodireito e da legislação que regula as práticas clínicas e científicas (OLIVEIRA, 2004).

O termo bioética foi conhecido em 1971 com a publicação do livro *Bioética: ponte para o futuro*, de Van Rensselaer Potter. Este autor constatou que a ciência estava desarticulada da cultura das humanidades, o que representaria risco para a sociedade que deve utilizar os conhecimentos para ampliar os modos de sobrevivência. Posteriormente, o obstetra e demógrafo Andre Hellegers fundou o Instituto Joseph e Rose Kennedy para estudar a bioética relacionada com a reprodução humana. No início, os estudos da bioética estavam voltados aos valores humanos, com contribuições da teologia; somente a partir da década de 1980 se integraram a esses estudos a contribuição da filosofia e de outras áreas de conhecimento, como das ciências sociais, do direito, da antropologia e da psicologia (OLIVEIRA, 2004).

A bioética laica, que tem como uma de suas vertentes mais conhecidas a bioética principialista, fundamenta-se nos princípios de autonomia ou respeito às decisões dos indivíduos, beneficência ou não maleficência, e a justiça, constituindo a trindade da bioética.

Alguns teóricos, no entanto, acrescentam a esses os princípios da Alteridade ou da Qualidade de Vida, entendendo-os como relacionados com os da trindade. No princípio da autonomia, deve-se garantir a informação e o direito de escolha dos indivíduos; no princípio da beneficência, entende-se que toda ação deve ser para o bem da pessoa, devendo ser evitados os danos corporais e mentais; e no princípio da Justiça, deve-se garantir o acesso aos bens e serviços de saúde, para que sejam assegurados os direitos universais (OLIVEIRA, 2004).

A bioética principialista, na atualidade, está voltada para preocupações com relação ao relacionamento entre médicos e pacientes, muitas vezes, sem considerar a dimensão ambiental e social dos sujeitos. As polêmicas e críticas que a teoria principialista bioética sofreu foram em decorrência de contribuir para o crescimento industrial, pelos tantos “consentimentos informados” incorporada de forma acrítica, sem considerar as desigualdades socioculturais. Ressalta-se que as indústrias e corporações elaboram os termos de consentimento livre e esclarecido preocupados em resguardar e proteger as organizações e profissionais de processos judiciais, desviando dos objetivos da bioética, que é de proteger a população, principalmente a mais vulnerável (OLIVEIRA, 2004). Essa vertente da bioética, tem forte influência estadunidense e apresenta uma visão individualista dos conflitos entre os sujeitos, reduzindo-os à esfera individual.

A bioética principialista não intervém nas desigualdades e iniquidades sociais. A partir dessas críticas, os estudos da bioética se configuraram com foco multi/inter/transdisciplinar, primeiramente ampliando as análises para valorizar os conhecimentos socialmente acumulados e as realidades concretas de atuação. Além disso, enfatizando o respeito ao pluralismo moral, ocorreu alteração da linguagem da bioética para a apropriação da população (GARRAFA, 2003).

A evolução dos estudos da bioética rechaça os valores absolutos morais, priorizando análises das situações de conflitos de diversas modalidades, temas consoantes com a exclusão social, a discriminação, a vulnerabilidade, o aborto, entre outros, e temas emergentes, como a genômica, os transplantes ou as tecnologias reprodutivas, na sociedade local, nacional ou internacional (GARRAFA, 2003). Salienta-se a importância da bioética como instrumento concreto para discussão e consolidação da sociedade democrática, da cidadania e da justiça social, apesar de, paradoxalmente, na atualidade, coexistirem práticas da bioética voltadas para o atendimento de interesses de organizações e corporações (GARRAFA, 2003).

Para evitar a captura da bioética pelos interesses capitalistas, é necessário refletirmos criticamente sobre como tem sido utilizada nas práticas de saúde e na formação de profissionais. Com relação à formação de profissionais enfermeiros e de médicos, Ramos (2007) assevera que

se deve analisar as múltiplas conexões, de vários elementos e cruzamentos de pontos móveis, que formam a rede de formação profissional. Ressaltando que os conteúdos para a formação ética não devem estar restritos em experiências tradicionalmente padronizadas e de modo isolado, mas implicados em diversos cenários e modos de ensinar e trabalhar complexos dispostos nos processos políticos e tecnológicos (RAMOS; Ó, 2009).

Alguns teóricos entendem que o conhecimento adquirido visa um posicionamento dos indivíduos perante os acontecimentos a fim de ampliar as possibilidades de confiscar as possibilidades aleatórias, seus erros, para dominá-los, fixá-los, resolvê-los para dar consistência e identidade a tudo e a nós mesmos. No entanto, deveríamos escapar exatamente disso.

Neste sentido, como defender a necessidade da bioética e ao, mesmo tempo, temê-la? Acho que tudo que pode nos causar temor, porque é uma força presente nos jogos de verdade nos quais nos movimentamos, deve ser enfrentado, por mais que saibamos desta duplicidade que sofremos, em realidade e desejo: assumir uma identidade política, ética, histórica e, também, contestá-la (...) Enfim, não poderemos pedir mais bioética em nossos debates, em nossas escolas, em nossos escritos, se este for apenas um conhecimento que convém saber, disponibilizado numa lista infindável de temas e citações, a ser simplesmente apropriado e sempre fadado a ser superado e obsoleto. Só podemos pensar na bioética como tarefa de problematização e, portanto, tarefa filosófica e política, tarefa permanente de desconstrução (...) de argumentos, de valores, de nossos próprios arrimos e confortos, de exercício sobre si mesmo (que efeito esse saber tem sobre mim, o que ele fala por mim, o que me permite ser?)” (RAMOS et al. 2004, p. 18-20 apud RAMOS, 2007, p. 76).

Nossas problematizações devem romper com análises maniqueístas e polarizadas, que não iluminam caminhos diversos imbricados na realidade concreta de nossas práticas de trabalho e de formação. É necessária abertura para inventividade de novos modos de pensar e de fazer constantes para o cultivo de um olhar curioso e criativo para o nosso mundo. Para que os movimentos operados pela PNH e pela bioética se efetivem, torna-se necessária, também, a implementação da Clínica Ampliada. O próximo capítulo apresentará uma discussão sobre o efeito da clínica na ética do cuidado.

5 CLÍNICA AMPLIADA OU TRADICIONAL E SEUS EFEITOS NA ÉTICA DO CUIDADO

O modelo tradicional de clínica na saúde é o biomédico, que tem a orientação da prática do cuidado na clínica do corpo de órgãos. Esse modelo teve investimento por parte do Estado e foi consentâneo ao desenvolvimento do capitalismo, beneficiando indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares. Ressalta-se que tal modelo não orienta somente a atuação dos profissionais médicos, mas também os profissionais da enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e até mesmo a educação física. As práticas de cuidado são intervencionistas e prescritivas de autocuidado para os pacientes, com ênfase nas disfunções ou bom funcionamento do corpo biológico (incluindo as práticas preventivas) (MERHY, 2007).

Tais práticas de cuidado pertencem à biopolítica, com homogeneização de prescrições de estética da existência que não se restringem aos cuidados com o corpo físico, como alimentação, exercício físicos, etc., mas, sobre as condutas para ter uma saúde mental e qualidade de vida. Nessa direção, há uma invasão das orientações prescritivas dos profissionais da saúde na vida privada dos indivíduos. O mais agravante nessa perspectiva é a produção de distanciamento dos indivíduos da reflexão sobre suas singularidades, desejos e escolhas. Por meio dessa clínica de saúde, os indivíduos são levados a seguir padrões, definidos exteriormente com ideais de qualidade de vida e felicidade, consentâneos aos interesses de mercado. Há uma proliferação de expectativa social e de sonhos de consumo dispostos na sociedade. Atualmente, a nova roupagem da biopolítica difunde um ideal de beleza que representa autocuidado para a população, estimulando o consumo de cosméticos e intervenções orgânicas, como plásticas, entre outros (RABINOW; ROSE, 2006).

Para Merhy (2007), o paradoxal papel da medicina na ciência moderna é a neutralização do indivíduo para dar ênfase à configuração da doença, tanto que na anamnese são desconsideradas as informações sobre a vida do indivíduo sem relação com a fisiopatologia do órgão.

A clínica no modelo biomédico produz intensa subjetivação na sociedade, que passa a compreender o processo saúde e doença a partir de conhecimentos exteriores aos próprios sujeitos, objetivando-os. Esse é um processo em que a sociedade se medicaliza e busca intervenções orgânicas para sanar o mal-estar ou o desequilíbrio vivenciado (MERHY, 2007).

Ainda segundo esse autor, o agravante é que essa clínica produz outros males e sofrimentos sociais pela fragilidade com que se encontram os indivíduos capturados pela lógica

capitalística de produtividade. Nessa direção, há uma busca desenfreada por perfeccionismo, por identidade fixa e idealizada, distante das potências vitais da singularidade do sujeito. As implicações sociais dessa subjetividade produzida são várias, desde a naturalização do mal e da violência social até práticas de várias formas de racismo, fascismo e, no campo da saúde, dificuldade dos profissionais se envolverem com os pacientes e lidarem com o sofrimento e morte, como exposto em capítulo anterior.

Para potencializar as práticas de saúde na direção da integralidade, quer dizer, considerando as dimensões sociais, políticas, subjetivas, espirituais, além da dimensão orgânica no trabalho nesse campo, deve-se conceber os seres humanos não de forma normativa, a partir de um ideal ou padrão, mas como um ser em constante construção ao longo da vida, que se diferencia e se reinventa a cada momento (BENEVIDES; PASSOS, 2005). A partir desse entendimento, o cuidado humanizado deveria se direcionar à produção de novos modos de subjetivação dos sujeitos, estimulando a criação de novas normas e do não assujeitamento, estimulando o movimento e a dinâmica da vida. Para tal, é necessária a construção de novos modos de gestão e de práticas de cuidado (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Entende-se que, na atualidade, no campo da saúde pública, há uma competição desses modelos de clínica destacados, por um lado, a defesa da clínica da ciência positivista, a Clínica dos Tratados da Medicina e Semiotécnica e, por outro lado, as propostas de Clínica que contemplem as dimensões subjetivas e socioculturais dos usuários, como, por exemplo, a “humanização” das práticas médicas, a Medicina centrada na pessoa, a Clínica da Escuta dos problemas psicológicos de Balint (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011). Soma-se a essas propostas a Clínica Ampliada sistematizada por Campos, e que está inserida nas diretrizes da PNH (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada é uma perspectiva ético-política sustentada por uma noção epistemológica alinhada ao conceito ampliado de saúde, entendendo-a como dignidade de vida e de novas estéticas da existência, incluindo as condições de trabalho, de moradia, de posse de terra, de saneamento básico, de participação ativa na vida social, além das condições físicas e mentais dos sujeitos (BRASIL, 1988).

A partir desse entendimento, tal perspectiva clínica se operacionaliza na construção de projetos terapêuticos com a participação ativa dos usuários e da equipe multiprofissional (BRASIL, 2009). Para Campos e Amaral (2007), a Clínica Ampliada requer o entendimento por parte dos profissionais de que o trabalho em saúde envolve produção de sujeitos, de modos de viver. Enfatiza-se, nas práticas de saúde, os valores e escolhas dos usuários e ampliação de seu posicionamento na sociedade. Para tal, para a construção dessa perspectiva de clínica,

realiza-se em espaços dialógicos e coletivos, tanto com a equipe multiprofissional quanto com a participação ativa dos usuários na elaboração do plano terapêutico.

Na Clínica Ampliada, altera-se o objeto e o objetivo do trabalho, tanto os diagnósticos quanto os terapêuticos. Importa lidar com a dimensão social e subjetiva dos sujeitos, inclusive nas práticas em hospitais. A equipe deverá analisar o problema de saúde considerando os modos de vida singulares dos sujeitos em determinado contexto social, necessitando do aporte de outros saberes, como os da Pedagogia, Psicologia, Antropologia, Ciências Sociais e Políticas, assim como das noções de planejamento e de gestão, correspondendo ao conjunto de conhecimentos do campo da Saúde Coletiva (CAMPOS; AMARAL, 2007).

É claro, essa proposta de clínica demanda mudança na gestão dos serviços e nos modos dos sujeitos se relacionarem no trabalho em saúde. No contexto hospitalar, tal projeto representa um grande desafio, pois necessita da abertura das estruturas disciplinares e organizativas. Esse projeto objetiva uma revisão do diagnóstico, reavaliação de riscos e redefinição terapêutica e do papel de cada profissional na assistência (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Ademais, considera o cuidado como paradoxo entre resistência ao assujeitamento às objetivações vivenciado pelos indivíduos e a potência de vida, produção de si e do mundo (CECCIM; PALOMBINI, 2009). Busca-se escapar do modelo biomédico por uma ética do cuidado associada a uma produção de cuidar, poética, produtiva e que se atualiza e se renova constantemente. Essa prática de cuidado tem um compromisso radical com a singularidade dos sujeitos, assumindo responsabilidades no processo terapêutico, valorizando a intersectorialidade e o trabalho integrado em equipe na assistência (PAULON, 2005).

O Projeto Terapêutico Singular é um dos dispositivos para a construção da Clínica Ampliada. Segundo as diretrizes do HumanizaSUS, esse propõe alteração do processo de trabalho para a integração de equipe multiprofissional comprometida com a “discussão” de casos clínicos e elaboração de tal projeto (BRASIL, 2009). Para tanto, as posições hierárquicas entre os profissionais devem ser mais horizontalizadas, com compartilhamento dos saberes e dos poderes de decisão.

A partir deste estudo, evidencia-se a importância de uma clínica como descrita por Ceccim e Merhy (2009), de modo semelhante por Rolnik (2003). Esses autores enfatizam a importância de instituir uma clínica da diferença, a fim de possibilitar o agenciamento de novas formas de subjetividade coletivas, implicadas na produção da vida sem restrições às singularidades existenciais, sem medo do convívio com as diferenças na estética de vida. Nessa clínica, novas práticas éticas do cuidado são necessárias sendo construídas nas relações dialógicas com o usuário, considerando os diferentes modos de viver, as diferentes escolhas e

desejos para a construção do projeto terapêutico. Na UTIP, é fundamental a participação dos pais ou responsáveis na terapêutica das crianças.

A defesa dessa nova clínica nos remete a uma concepção que não é restrita ao movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como na concepção grega de *klinikos*, de *kline*, leito, de *klino*, inclinar, dobrar, mas ao conceito de *clinamen*, que se refere ao desvio, em busca da criação de novos territórios existenciais. Nessa direção, a potência do cuidado em saúde ocorre na produção de desvio, que possibilita a inventividade da vida (PASSOS; BENEVIDES, 2001).

Ademais, para a construção de uma Clínica que favoreça a integralidade da atenção, é importante o trabalho integrado da equipe de profissionais. A esse respeito, entende-se que, no campo da saúde, tem ocorrido gradativo aumento da criação de profissões e de especialidades médicas e não médicas, acirrando a fragmentação da assistência à saúde. As diversas profissões organizam-se distintamente de acordo com a concepção metodológica de suas disciplinas (correspondendo à delimitação de um campo de conhecimento). O impacto da disciplinarização no cuidado em saúde provoca a fragmentação da assistência, a ineficácia do trabalho e a insatisfação dos pacientes.

Para enfrentar esses problemas, a partir da década de 1970, no Brasil, com a extensão da cobertura assistencial, na saúde pública, e seguindo a mesma direção de outros países, foi impulsionado o movimento em prol da integração dos profissionais de saúde. A equipe integrada de saúde passa a ter importante papel na medicina comunitária, bem como nas práticas clínicas balizadas na perspectiva dos determinantes sociais multifatoriais do processo de saúde e doença, presente no movimento da Reforma Sanitária (PEDUZZI, 2001)

A partir da criação do SUS, o conceito ampliado de saúde sustenta a reorganização do sistema de saúde e dos processos de trabalho, com grande relevância ao trabalho multiprofissional, muito embora persista o predomínio do saber e poder médicos nos serviços, e de suas especialidades. Apesar dos atravessamentos dos interesses econômicos nos serviços de saúde e da organização do trabalho pela lógica das disciplinas, há uma defesa da integração das equipes de saúde em busca da interdisciplinaridade, como critério de qualidade assistencial.

A distinção entre o trabalho interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, descrita por Peduzzi (2001), compreende a equipe multiprofissional como uma modalidade de trabalho coletivo, com relação recíproca entre as técnicas de trabalho e interação entre os profissionais com comunicação, cooperação e articulação das ações. O trabalho interprofissional requer que o coletivo de profissionais discuta e elabore um planejamento de ações integradas, e no trabalho transdisciplinar o projeto assistencial é prioritário, a partir da integração da equipe, com

ampliação da atuação dos profissionais. Com relação à perspectiva transdisciplinar, Benevides e Passos (2005) defendem que é construída no “entre” das fronteiras disciplinares, operando uma dobra, um agenciamento para a construção de um novo saber que rompe com os limites metodológicos e epistemológicos de cada disciplina (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Sousa e Romagnolli (2012) defendem que a construção de uma prática transdisciplinar ocorre nos devires e nos acontecimentos. O acontecimento traz o estranho, a possibilidade de transformação em outro modo de ser, de referências identitárias que valorizam as diferenças. Nessa direção, valorizam a descontinuidade, as situações intempestivas provocadas pelos encontros entre os sujeitos. Não se trata de abandonar os conhecimentos intelectuais, mas de perseguir a alteridade, as surpresas emergentes nos acontecimentos e as singularidades de cada caso. Essa busca não é possível o tempo todo, pois, em diversos momentos, o funcionamento dos serviços se orienta pela organização e normas. Entretanto, certamente esses distintos modos de funcionamento das equipes, ora normativos, ora inventivos, coexistem.

Com relação à classificação do funcionamento das equipes, Peduzzi (2001) descreve ainda que essas podem ter justaposição das ações, sendo um mero agrupamento de profissionais, ou podem se configurar de modo integrado com boa interação entre os profissionais. Os critérios que permitem a classificação da equipe em um desses tipos se referem à qualidade da comunicação, desigualdade na valorização social dos diferentes profissionais, presença ou não de flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional com interdependência do trabalho e construção de um projeto assistencial comum.

No entanto, o trabalho integrado em equipe ainda é um grande desafio para o trabalho em saúde, principalmente nos hospitais, sobretudo pelas disputas de poder e corporativismos profissionais, como assevera Bernardes et al. (2011). Ademais, Carapinheiro (1998) afirma que, nos hospitais, há uma centralidade do saber e poder decisório dos médicos, caracterizando uma dupla autoridade: a primeira se refere ao poder formal dos administradores e diretores do hospital; já a segunda é representada pelos médicos, na informalidade do cotidiano das práticas de trabalho. Na organização hospitalar, os médicos detêm autonomia no trabalho, regulam o trabalho dos demais sem serem regulados em contrapartida.

Cabe ressaltar que o principal obstáculo para alcançar a interdisciplinaridade está relacionado com a tradição da ciência positivista na atenção e na formação em saúde, bem como com os modelos de gestão dos serviços, pela configuração da micropolítica no cotidiano do trabalho. A possibilidade da construção da interdisciplinaridade está na produção de novos conhecimentos e práticas de gestão e trabalho, produtoras de novas relações entre os profissionais.

Com relação ao cenário deste estudo, constata-se que a clínica de órgãos na UTIP é imprescindível pelo lidar com crianças em situação crítica de adoecimento. É reconhecida a importância de intervenções medicamentosas e de prescrições médicas ante o tratamento em tal gravidade, diferentemente da clínica na atenção primária. No entanto, como defende Campos e Amaral (2007), é possível ampliar o objeto de saber da intervenção Clínica sem negligenciar o paradigma biológico, mas incluindo as singularidades dos sujeitos. Tal ampliação do modelo da Clínica na UTIP é defendido na presente tese pela identificação da carência da dimensão subjetiva nos saberes dispostos no setor, impactando em sofrimento para os profissionais e falta de acolhimento aos pais perante as situações de terminalidade de seus filhos.

A partir do exposto, entende-se que é necessário analisar como são produzidas as subjetividades no campo da saúde e suas influências históricas e político-econômicas, ampliando as formas de intervenção. A integração do coletivo dos profissionais em torno de um projeto comum assistencial, como proposto pela Clínica Ampliada, pode ser construída na dimensão concreta das práticas de trabalho em uma relação dialógica, organizada em rede a partir de um posicionamento ético-político dos profissionais (BARROS; BARROS, 2007). Essa proposta não é fácil perante um trabalho em saúde normativo. No entanto, é importante compreender as equipes em sua dimensão relacional, pelos afetos e desejos que manifestam, assim como por suas expectativas e demandas, potencializando os momentos de integração.

O grande desafio para tais transformações em hospitais refere-se ao fato de que não só os saberes e práticas se relacionam à clínica tradicional, mas também há diversos mecanismos disciplinares, normativos, que reproduzem relações corporativas entre os profissionais, como será apresentado no próximo capítulo.

6 NORMATIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

Foucault (2008c), a partir da análise genealógica das relações de poder nas organizações sociais, descreve que, a partir do século XVIII, houve uma mudança nos mecanismos disciplinares e nas formas de punição, consentâneos às mudanças político-econômicas. A partir desse momento, a utilização dos corpos dos indivíduos pelo governo passa por uma arte, em que se objetiva o aumento das habilidades físicas, favorecendo a produtividade industrial, e ao mesmo tempo, produzindo novos modos de controle dos indivíduos para serem mais úteis e obedientes. Trata-se de uma política de coerções sobre o corpo, como uma manipulação calculada de seus elementos, gestos e comportamentos. É anatomia política, que define o poder sobre os corpos para que funcionem como se quer, com a rapidez e eficácia esperadas.

A partir de então, um conjunto de técnicas disciplinares foram dispostas nas organizações a fim de fabricar corpos submissos, como por exemplo, a especificação de um local heterogêneo a outros, mas fechado em si mesmo, com o encarceramento dos vagabundos e a criação do quadriculamento da localização dos indivíduos, cada um no seu lugar, e em cada lugar um indivíduo, evitando a formação de coletivos. Ademais, a regra das localizações funcionais com codificação do espaço para vários usos, como, por exemplo, lugares determinados não só para a vigilância dos indivíduos, mas também para impedir as comunicações perigosas entre os pares (FOUCAULT, 2008c).

A utilização e regulação do espaço surgiu principalmente nos hospitais militares e marítimos, para a distribuição da vigilância fiscal e econômica precedendo as observações médicas. Para tal, criaram a localização dos medicamentos em caixas fechadas, com registro de utilização; posteriormente, o estabelecimento de um sistema para conferência do número de doentes, sua identidade, procedência, nome na beira do leito e registros da doença de cada paciente. Tais medidas foram instituídas inicialmente nos hospitais da França para evitar o refúgio de bandidos nos hospitais marítimos. Posteriormente, somaram-se a essas medidas o isolamento de doentes com patologias contagiosas. O espaço administrativo e o político do hospital se organizou em local terapêutico, individualizando, para doentes, doenças, vidas e mortes (FOUCAULT, 2008c).

Nas técnicas disciplinares, cada indivíduo se define pelo lugar que ocupa e pela distância que se encontra dos demais. Além disso, uma série de técnicas são instituídas para o controle da atividade laboral, como horário, definição temporal das atividades, posição dos corpos para cada movimento, duração e ordem de sucessão, a fim de obter o máximo de utilidade dos corpos e o mínimo de ociosidade. São controles minuciosos do poder (FOUCAULT, 2008c).

Nesse conjunto de mecanismos disciplinares, as técnicas de exame favoreceram a disciplinarização. Além disso, o sistema de vigilância hierárquica passou a contar também com uma organização arquitetônica que permitia a observação de um único ponto central, vários indivíduos ao mesmo tempo e permanentemente. Tal organização possibilita que o indivíduo se sinta vigiado constantemente, passando a vigiar a si mesmo. Os mecanismos de coerção são internalizados pelos indivíduos, produzindo comportamentos obedientes (FOUCAULT, 2008c).

Nesse mesmo contexto, os mecanismos de punição se modificaram em relação aos suplícios e torturas do período monárquico. A punição deixa de estar no campo da percepção diária e passa para o plano da consciência abstrata. Dessa forma, a certeza da punição é que desvia os indivíduos do crime, e não mais as torturas e suplícios públicos. A justiça não pune mais para exterminar um crime, mas para transformar o culpado, educá-lo para prevenir, tanto o criminoso atual quanto os outros indivíduos (FOUCAULT, 2008c).

A disciplinarização da sociedade produziu conformação social por meio da vigilância dos indivíduos sobre si mesmos e sobre seus pares. Essas técnicas existem ainda hoje, apesar dos novos modos de governo modernos. Atualmente, as técnicas de governo objetivam não a docilidade e obediência dos indivíduos, mas a alma, para a adesão, não sujeição aos propósitos governamentais. Para tal, as técnicas devem ser empregadas com os indivíduos em liberdade. Nos novos dispositivos de poder, nomeados por Foucault (2008b) como governamentalidade, o Estado se aliou aos conhecimentos científicos para assegurar a longevidade e os direitos dos cidadãos, e dessa forma regula e intervém na vida privada da população.

Com relação à organização hospitalar, compreende-se que os hospitais, a partir do século XVIII, deixam de ser destinados à filantropia no atendimento aos delinquentes sociais, loucos e moribundos, para ser um local de tratamento e cura de doentes. Isso se deu no momento da guerra, para a recuperação dos soldados, impulsionado pelo desenvolvimento da ciência médica. Após a guerra, com o interesse do governo na medicina, o hospital passa a ser um local privilegiado para a cura e recuperação dos indivíduos (FOUCAULT, 2008a).

A garantia da saúde significava assegurar a força física nacional tanto para o trabalho quanto para a defesa e ataques militares. Até então, a medicina atendia a finalidades nacionalistas e raciais. Foucault (2010) descreve que, a partir do Plano Beveridge, no pós-guerra, a saúde passa a ser direito da população e dever do Estado, sendo seu objeto de intervenção. No século XIX, em todos os países, surge cobrança dos indivíduos com relação aos seus próprios cuidados com a saúde, higiene, limpeza, entre outros. A saúde entra no plano

da macroeconomia, incluindo o direito de adoecer e de se afastar do trabalho, assegurando também os direitos de pensões e seguros.

A medicina estatizada alcança grandes progressos, como, por exemplo, com o descobrimento dos antibióticos que conseguem a cura de doenças infecciosas. Esse progresso ocorreu em um momento de mudanças política, econômica, social e jurídica da medicina. No entanto, Foucault (2010) descreve a crise da medicina em função de dois fenômenos: o crescimento tecnológico que intensificou a cura de doenças e o novo funcionamento político e econômico da medicina, que não conseguiu produzir mudança no quadro sanitário da população.

A partir do século XX, a medicina também passa a ser perigosa não pela sua ignorância, mas pelo seu saber. Nessa direção, não só os erros de diagnóstico e de medicação provocam efeitos nocivos, mas também a própria intervenção médica. A terapêutica e as técnicas médicas também podem provocar um número de efeitos, alguns nocivos, outros sem controle médico, favorecendo riscos aleatórios e probabilidades sem precisão.

Nessas intervenções, na atualidade, a possibilidade de alteração genética das células não afeta somente o indivíduo, como também a espécie humana, é a dimensão da bio-história nomeada por Foucault (2010). Nesse contexto, tudo o que possibilita a saúde da população passa a ser objeto de intervenção médica, como a salubridade da água, condições de moradia, entre outros.

A medicina passa a ter funções normalizadoras na sociedade, caracterizando-se pela autoridade social nas decisões sobre o modo de vida da população, com um campo de atuação distinto das doenças. O hospital passa a ser um local de medicalização coletiva que difere dos antigos hospitais para assistência aos moribundos e marginalizados. Nessa organização, convivem antigas técnicas disciplinares com as novas tecnologias, como por exemplo a utilização de mecanismos administrativos, como registro de dados dos doentes, controle estatístico, comparações, etc. E um conjunto normativo para o controle e garantia da qualidade.

O conjunto de normatizações proposto pela Política da Qualidade objetiva controlar os eventos adversos e iatrogênicos provocados pela própria terapêutica, como também regular os procedimentos terapêuticos, viabilizando a sustentabilidade financeira dos hospitais. Tais técnicas estabelecem padronização de todos os procedimentos e processos de trabalho, criação de instrumentos para registros que visam o monitoramento e avaliação contínua, com foco na redução de riscos. Tal Política da Qualidade se fundamenta em evidência científica (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012).

As Instituições Acreditoras foram criadas para orientar, monitorar, avaliar e certificar a Qualidade da assistência hospitalar. A Organização Nacional de Acreditação Hospitalar (ONA) é brasileira, mas Acreditoras internacionais também avaliam e certificam os hospitais no país, tais como a *Joint Comission*, entre outras. O reconhecimento e certificação da qualidade pelas Acreditoras representam sobrevivência no mercado, tanto no setor público como no privado. Salienta-se que, no setor público, os hospitais têm estabelecido contratos de gestão com as Instâncias gestoras do SUS (Ministério ou Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde) para repasse financeiro, com acordos e quesitos de qualidade assistencial avaliados por indicadores de gestão, como taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, entre outras. Além disso, orienta-se assistência à saúde guiada por protocolos clínicos assistenciais.

Esses contratos de gestão pertencem a um conjunto de orientações normativas e diretrizes estabelecidas a partir do Pacto pela Saúde, criado em 2006. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as esferas de gestão União, Estados e Municípios, para melhorar os instrumentos de gestão, visando à qualidade e eficiência do sistema de saúde. Além disso, redefine o papel de cada gestor, pactua metas e prioridades assistenciais e de gestão. É firmado mediante a adesão dos estados e municípios e pelo Termo de Compromisso de Gestão e, dessa forma, estabelece o modo de repasse financeiro, substituindo os processos de habilitação anteriores no SUS (BRASIL, 2006).

Os mecanismos de repasse financeiro Federais para estados e municípios foram modificados, estando integrados em cinco blocos de financiamento, a saber: Atenção básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. O Pacto pela Saúde está dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

Esse conjunto normativo, representa os novos dispositivos de governo que no cotidiano dos hospitais se alia à antigas técnicas de controle dos comportamentos dos indivíduos, descritas por Foucault (2008c). Identifica-se, nessas organizações, uma cultura fortemente normativa e regulatória. Ressalta-se que os hospitais têm sido alvo crescente de processos judiciais pelas denúncias de maus-tratos e/ou erros assistenciais por parte dos usuários. O crescimento do Estado democrático tem estimulado difusão e conscientização dos indivíduos acerca de seus direitos, contribuindo para o aumento de denúncias; em contrapartida, em busca de indenizações pelos erros médicos, há um forte assédio do mercado do direito aos usuários (CARVALHO, 2006).

A fim de garantir o controle sobre o trabalho e a qualidade assistencial, os protocolos clínicos são recomendados nos hospitais. Os protocolos não só asseguram a qualidade

assistencial como também viabilizam a administração financeira, minimizando a diversidade de condutas médicas na propedêutica e terapêutica. Orienta-se que os Protocolos Clínicos devem ser elaborados pelos profissionais de saúde a partir de evidências científicas, sendo validados pelos conselhos profissionais. Ademais, estimula-se a elaboração de protocolos multidisciplinares para integração da equipe de profissionais de saúde. Para Mendes (2011), os protocolos clínicos são importantes ferramentas gerenciais eficazes para conter o excesso de autonomia dos médicos nos hospitais, bem como para a regularização e controle dos processos assistenciais, minimizando riscos.

No entanto, segundo Schraiber (1997), a utilização de protocolos e de tecnologia na clínica pode interferir na relação entre o médico e seus pacientes. A autora defende que se deve aliar a ética à técnica de trabalho para maior eficácia, uma vez que o exercício da medicina envolve conhecimentos científicos, técnicas, mas decisões empíricas definidas a partir da singularidade de cada caso.

A partir do exposto, entende-se que os saberes, técnicas normativas, regulatórias existentes no hospital reforçam as disputas e corporações profissionais, produzem subjetividades, modos de pensar e de relacionar. Nesse contexto, o trabalho em equipe e a PNH são necessários para agenciar mudanças micropolíticas nessas relações em prol da integralidade assistencial.

7 PRODUÇÃO DE SUBJETIVAÇÃO – CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES DO ESTUDO

A escolha pela teorização dos autores Foucault, Deleuze e Guattari neste estudo se deve ao interesse por uma nova forma de compreender a produção de subjetivação. As inquietantes problematizações desses autores e a refutação de paradigmas universais e reducionistas instigaram meu interesse, aproximando-me de novos modos de analisar a realidade.

A perspectiva da produção de subjetividade das teorizações apresentadas se contrapõe aos filósofos ocidentais que postulavam o ser de modo estático, eterno, idêntico, universal, em defesa do ser dinâmico, variante, em permanente transformação, o ser que devém (MACHADO, 2009).

Ademais, esses autores sustentam a análise da complexidade híbrida da realidade, composta por regras, coerções, constrangimentos e, ao mesmo tempo, pelas transgressões, mudanças e inovações. Pensar a relação entre política e os modos sutis de regulação social produtores de subjetividades é um direcionamento para a articulação entre a clínica e a vida (ROMAGNOLI, 2007).

O inquietante interesse pela problematização dos modos de se relacionar, de pensar e de existir desses autores nos instiga a reflexões críticas sobre os modos como somos objetivados, favorecendo processos de singularização, potencializando modos de resistência em prol da ampliação das formas de viver. Tais teorizações não buscam uma essência das coisas, uma definição, mas suas circunstâncias, em que caso, onde, como se constituem, etc. (GUATTARI, 1992).

Compreendendo a subjetividade constituída em contextos socioculturais, a questão que nos apresenta como pesquisadores é a de procurar potencializar movimentos coletivos de apropriação e invenção da própria vida nos campos investigados. Trata-se de um posicionamento ético do pesquisador, de cientificar, objetivando a subjetividade ou, ao contrário, apreendê-la em sua criatividade processual (PAULON, 2005).

Nesse compromisso ético, o pesquisador valoriza a apreensão e análise dos acontecimentos, abrindo-se para surpreender-se e reconstruir-se a partir de sua pesquisa. Seguindo a perspectiva da filosofia da diferença, recusa-se a codificações universais, considerando a multiplicidade, as diversidades existenciais e a realidade imanente. Salienta-se que a realidade e a subjetividade são resultantes de encontros de múltiplas dimensões e linhas de força (PAULON, 2005).

Outro aspecto que me impulsionou a escolher essas teorizações refere-se ao fato de que na saúde pública as práticas e as relações são fundamentadas em um conceito de sujeito definido, como identidade fixa (AYRES, 2001). Na saúde coletiva, a concepção de subjetividade possui um território híbrido de teorias que a fundamentam, como a marxista, a sociológica, a hermenêutica, a psicanalítica, a pós-estruturalista, entre outras, que emergiram para atender a questões que surgiram no próprio processo de construção e consolidação do SUS. A teorização pós-estruturalista que corresponde à Deleuze, Guattari e à Foucault, entre outros, tem sido muito utilizada para estudos sobre micropolítica dos serviços de saúde, a partir da ênfase nas mudanças das práticas assistenciais no SUS. Pondera-se que esses autores não se intitulavam pós-estruturalistas, por não pretenderem aderir a nenhuma definição padrão filosófica, mas são assim considerados por enfatizarem a dimensão subjetiva, história, de forças vitais, da diferença e da criação (FERREIRA NETO et al., 2011).

Ressalta-se que a existência de uma concepção filosófica de sujeito com uma natureza humana acabada, definida, atravessa nossa sociedade e é fomentada pelas formas dominantes de produção social e pela ciência positivista. A partir dessa concepção, o sujeito possui uma identidade imutável e com consciência plena de si mesmo. Esse modo de pensar sobre si e sobre os outros oblitera a emergência do desejo dos seres humanos, restringindo o movimento da vida. Esse estado de permanência e de imutabilidade funciona com um falso imaginário de segurança e proteção, produzindo um estado de estagnação mortífero e doentio, que dificulta as relações entre os sujeitos (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Pondera-se que as formas de subjetivação, no final do século XX, são caracterizadas por lutas e resistências às diversas formas de capturas da subjetividade pelos interesses capitalísticos de produção, que tentam universalizar e homogeneizar os sujeitos. Nesse sentido, a mídia difunde sonhos humanos relacionados a padrões de consumo, difunde verdades sobre a vida e valores sociais. Tais verdades objetivam os sujeitos e, muitas vezes, os distanciam de si mesmos, na medida em que não refletem sobre si, tornando-se frágeis e vulneráveis diante dos acontecimentos e mudanças (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Guattari e Rolnik (2005) enfatizam que a subjetividade é produzida incessantemente em nossos encontros com os outros e com os acontecimentos em nosso cotidiano. É produzida por uma difusão de componentes existentes nas instituições, procedimentos e práticas sociais em cada momento histórico, que produzem efeitos em nós. É no dinamismo que há vida, e esse dinamismo é composto por afetos que implicam os sujeitos entre si e consigo. Nessa perspectiva, a subjetividade está implicada na intersubjetividade, na relação com os outros, como defende também Ayres (2001).

Guattari e Rolnik (2005) descrevem ainda que a produção de subjetividade concerne a uma multiplicidade de agenciamentos sociais e de produção maquínica, operando mutações no universo de valor e da história. Os processos de subjetivação não são pessoais, individuais nem grupais, são duplamente descentrados, uma vez que se relacionam a máquinas de expressão de natureza extrapessoal, como econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, de mídia, e a máquinas de expressão infra-humana, relativas aos sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, desejo, de automatismos, orgânicos, fisiológicos, entre outros.

As subjetividades oscilam entre dois extremos: um em que o indivíduo se submete à subjetividade como a recebe, caracterizando uma alienação, e outro em que o indivíduo se reapropria dos componentes de subjetividade que recebe, de modo criativo, em um processo de singularização (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

Tal concepção de subjetividade diverge com as postulações de instância intrapsíquica ou de individuação, das teorias do ego ou nas teorias da imagem do psiquismo, como a psicanálise. Esses autores afirmam ainda que não existe uma subjetividade em que os indivíduos interiorizam coisas, mas que esta se encontra na encruzilhada de componentes heterogêneos, assim como da produção capitalística, relacionada aos interesses do Estado. Renunciam a ideia de subjetividade individual, uma vez que esta é resultante de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mas econômicas, tecnológicas, de mídia, etc.

Para esses autores, a subjetividade produzida na ordem capitalística ignora as dimensões essenciais da existência, como a morte, a dor, a solidão, o silêncio, etc. Enfim, tudo o que é do domínio da ruptura, do inusitado, da angústia, mas também do desejo, da criação, deve se encaixar nos registros dominantes, como uma tentativa de captura e de eliminação da singularização.

Apesar dos modos de captura macropolíticos, existem processos de resistência e de diferenciação permanentes que são nomeados como revolução molecular, que correspondem aos processos de singularização. Para tal, os grupos devem construir seus próprios referenciais práticos e teóricos, sem depender o tempo todo da relação com o poder global, em nível econômico, de prestígio difundidos, e em nível de saber técnico (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

A teorização de Guattari a respeito dos componentes heterogêneos e maquínicos na produção da subjetividade contribuíram para as análises das relações dos profissionais na UTIP, uma vez que há múltiplas relações com aparelhos, protocolos clínicos, além das relações entre profissionais, desses com crianças e com seus pais.

Ademais, o interesse pela utilização dessas teorizações neste estudo se refere a seu caráter micropolítico e ao desejo revolucionário, compreendendo que o ato de pesquisar e de fazer clínica são inseparáveis da política, bem como pelo desejo de potencializar transformações efetivas nas relações entre os sujeitos no trabalho em saúde, proporcionando um salto qualitativo na operacionalização da humanização da assistência.

7.1 Deleuze e Guattari

Deleuze foi um filósofo, professor, escritor de diversos livros de filosofia, ontólogo e historiador. Repudiava as definições e a mesmidade, defensor premente da diferença, inovação, da intensidade e da criação de novos modos de pensar (BAREMBLITT, 2010).

Machado (2009) defende que a filosofia é um sistema de relações entre conceitos e que Deleuze utilizava esse sistema de modo singular. Em seus estudos, privilegiou os filósofos Espinosa, Nietzsche, Bergson e outros. Os conceitos descritos por esses autores eram suscitados nas análises de Deleuze, que estabelecia relação entre esses, juntamente com elementos não conceituais, externos à filosofia, como os provenientes da literatura, pintura, cinema, ciências, etc.

Para esse filósofo, a filosofia deve estabelecer conexões, considerando também sons, linhas, cores, que poderão ser transformadas em novos conceitos. Segundo Barembritt (2010), o projeto que o autor anunciava fazer era de “aproximar sigilosamente a um autor pelas costas e fazer-lhe um filho monstruoso, em que não se possa reconhecer”. Para tal, buscava conhecer efetivamente os conceitos apresentados estabelecendo relações para criação de novos conceitos.

Deleuze inaugurou a filosofia da diferença operando mudança na filosofia por não considerar a construção do conhecimento a partir da representação, como na metafísica, mas no plano da imanência, do devir. Trata-se de uma filosofia mais geográfica do que histórica. Sua perspectiva filosófica privilegia pensamento sem imagem, a pluralidade, a ontologia, a ética e a consideração do trágico (MACHADO, 2009). A imanência para Deleuze (2011) diverge das formas das definições, identidades, apontando para a criação e inventividade constantes na realidade com diferentes efeitos.

Deleuze elaborou com Guattari a esquizoanálise. Salienta-se que Guattari foi um intelectual com vasta produção literária, militante ativo politicamente tanto nas organizações tradicionais quanto nas alternativas, criador de vários movimentos sociais revolucionários e de dispositivos psiquiátricos e políticos, com importante papel nas tentativas de transformação da modernidade (BAREMBLITT, 2010).

A esquizoanálise é um saber elaborado acerca da natureza, da indústria, sobre a sociedade, sobre a mente, considerando diversos conhecimentos das ciências formais e informais, como da biologia, física, química, antropologia, história, economia política, da semiótica, da psicanálise, bem como da literatura, da pintura, da música; e das filosofias dos estoicos, de Espinosa, de Hume, de Nietzsche e de Bergson. É um saber prático, sendo uma proposta micropolítica com ação política, com objetivo de crescimento, diversificação e potencialização da vida social (BAREMBLITT, 2010).

É uma ontologia, uma teoria do devir, que, desde a base (se isto se pode chamar “base”) propõe um tipo de vida que confie nisto, que acredite que somos portadores de uma energia criativa que nos faz tomar parte de um mundo que é simultaneamente físico, natural, humano e maquínico (BAREMBLITT, 2010, P. 16).

Essa teorização apresenta uma perspectiva ontológica composta por elementos heterogêneos na produção de subjetivação. Deleuze e Guattari (1996) descrevem que a realidade apresentada socialmente é segmentarizada e binária, a partir das oposições dualistas de definições sociais de homem e mulher, adulto e criança, pelas classes sociais, etc. Ademais, a segmentarização ocorre em linha reta, em que cada segmento define um processo, família, escola, etc. Entende-se o sistema político moderno como unificado, implicando subsistemas justapostos e ordenados. Nesse sistema, as decisões revelam as compartimentações, por linhas duras, que são os fluxos de força de agenciamentos binários, com todos centros ressoando para o mesmo ponto central.

A sociedade e os indivíduos são atravessados por duas segmentaridades, dois planos, duas formas, a molar e a molecular, que coexistem. Essas segmentaridades são distintas em sua natureza, tipo de multiplicidade e correlações, mas são inseparáveis e transitam de uma para a outra dinamicamente. Toda política é, ao mesmo tempo, macropolítica e micropolítica, por exemplo. Nos grandes conjuntos binários, de homem e mulher, ocorrem também agenciamentos moleculares, mas de outra natureza, pois operam não só em uma relação binária, recíproca, mas com múltiplas combinações, como homem na mulher e vice-versa, homem na planta, no animal, etc. (DELEUZE; GUATTARI, 1996). Tal teorização analisa a complexidade da realidade.

Segundo Romagnoli (2014), diante das situações de desterritorializações, como em momentos de acontecimentos que provocam crises, ou a partir de fluxos de forças que impulsionam para mudanças, ou fugas de situações instituídas objetivantes, ocorrem os agenciamentos. Esses são movimentos que provocam mudança nas formas instituídas, como

um “entre” coletivo, provocando a heterogeneidade das diferenças. Os agenciamentos atuam em todos os fluxos semióticos, materiais e sociais e produzem singularidades.

Deleuze e Guattari (1996) consideram a realidade e a subjetividade compostas por planos e linhas de forças múltiplas que se organizam de modo rizomático — este último termo emprestado da biologia corresponde à forma das raízes das árvores. Tal organização não tem um eixo central nem um começo e fim, segue em várias direções, às vezes se entrecruzando, outras se sobrepondo.

Nessa forma imaginária, os autores descrevem três principais planos que se entrecruzam ou se sobrepoem: o plano molar; o plano da consistência, de natureza micropolítica e o plano da imanência. O molar é constituído por serializações, estratificações, como as sociais, com referências identitárias definidas, e pelas normatizações macropolíticas, sendo composto por linhas de forças duras. O plano da consistência ou molecular é flexível, fluido, formado por inconsistências e incertezas, com suas linhas de fuga. Já o plano da imanência é formado por diferenciações e inovações, sendo também molecular e constituído por linhas de fuga (ROMAGNOLI, 2014).

As distintas naturezas dos planos molar e do molecular coexistem. A partir desse entendimento, ora a realidade e os sujeitos operam com predomínio das linhas de forças duras, do plano molar, de modo normativo; ora operam de modo flexível, buscando novas formas identitárias e inventividade.

Nessa perspectiva, a subjetividade pode ser entendida como uma superfície que apresenta dobras, que são esses movimentos inovadores. A dobra seria o que está fora do instituído, do normalizado socialmente. A dobra é a resistência, um confronto na procura de uma fenda para novas possibilidades, para emergência do que está fora, do normalizado. Para esse autor, a criação de si mesmo é um exercício ético-estético, é uma arte que tem na vivência do caos, do desconhecido, a possibilidade da construção de algo novo, de uma nova identidade, com ampliação das formas de se reconhecer, de se relacionar com os outros e consigo e de existir (DELEUZE, 1992).

Essas análises privilegiam a cartografia, valorizando os trajetos, os meios, a multiplicidade, os movimentos, os deslocamentos que ocorrem na realidade e nas relações entre os sujeitos. Deleuze (2011) sustenta que o trajeto, os meios escolhidos pelos sujeitos estão implicados na subjetividade daqueles que o percorrem. O mapa traçado exprime identidade. O interesse não é simplesmente no mapear geográfico, mas nos deslocamentos, nos movimentos, de devires. O devir é o que subtende o trajeto com suas forças motrizes. Enfatiza-se o mapa de intensidade, dos afetos que emergem nos encontros e acontecimentos. Segundo Ceccim e

Palombini (2009), o imaginário é composto por desafios, por desestabilizações, invenção de possibilidades, substituindo o discurso do verdadeiro pelo discurso da potência do devir.

Considerando a importância da cartografia, a Esquizoanálise opera sua análise em partes, linhas, pedaços, compreende uma ética estética de valorização da vida e é uma perspectiva, não uma metodologia. Tais análises valorizam a vida vibrátil em sua potencialidade máxima, interessando-se pelos lineamentos e movimentos dos sujeitos e grupos. Nessa lógica, enfatiza-se a experimentação, entendendo-se que o desejo é imeditamente prático e político, tanto dos sujeitos quanto dos grupos. Defende-se a ideia da multiplicidade das formas de existência se opondo à modelização capitalística da vida social.

As lógicas de composição da vida, na atualidade, correspondem tanto à lógica pulsátil que não repele o mundo sensorial, desejando provocar afetos e ser afetadas para uma plena existência, quanto pela lógica maquínica presente nos corpos transformados em máquinas homeostáticas, sem potência de expressão, centrada em si mesmo narcisicamente, com predomínio das linhas duras do plano molar (ROMAGNOLI,2009).

O fato dos profissionais na UTIP em estudo se envolverem com crianças e relatarem intenso prazer na relação com elas, apesar do sofrimento despertado pela gravidade de suas doenças, produziu questionamentos sobre o efeito da subjetividade da criança em sua relação com os adultos. A esse respeito, Ceccim e Palombini (2009), considerando a análise de Deleuze, afirmam que o imaginário-criança busca a experimentação e é sensível às afecções, não analisa logicamente, afeta-se. Não se limita a identidades, mas à expansão da descoberta e da vida. Assim, no devir-criança, há uma dissolução de formas definidas, criadas; trata-se de uma atividade cartográfica que mescla o real e o imaginário.

A partir desse entendimento, as relações com as crianças despertam em nós o devir-criança, possibilitando a ampliação das formas de viver e de sentir. *A diferença de um devir-artista ou de um devir-criança-em-nós está no fato de que com a primeira composição produzimos obras de arte e com a segunda composição produzimos a própria vida: a vida como obra de arte* (CECCIM; PALOMBINI, 2009, p. 309).

7.2 Foucault

Foucault foi um filósofo, psicólogo e historiador francês e professor do *Collège de France* com vasta produção literária. Não pretendia elaborar teorias, era crítico com relação às teorias envolventes e globais, mas buscava problematizações, instituir uma análise crítica, criando novas formas de pensamento, complexificando o que parecia simples.

Seus estudos sofreram inflexões, movimentos, mudanças de focos, provocados por suas vivências, inquietações e análises. No entanto, em uma das entrevistas no final de sua vida, Foucault (2014) afirma que sempre esteve interessado em analisar como são produzidas as subjetividades, apesar de seus estudos se organizarem com distintos focos de interesse. Segundo Passos (2013) pode-se dizer que esses focos se configuram em três fases. Em suas primeiras análises, seus interesses relacionavam-se com estudos sobre a produção da verdade, do discurso científico; na segunda fase de seus estudos, voltou-se para uma analítica das relações de poder, dos mecanismos disciplinares existentes nas organizações sociais, e na terceira fase, que antecedeu sua morte, suas análises referiam-se à constituição do sujeito ético, ao governo de si e dos outros. Essas fases se correlacionam com as seguintes formas analíticas: a arqueologia, a genealogia e a estética da existência.

Na primeira fase, Foucault (2011) analisou o discurso científico a fim de compreender os discursos de verdade produzidos, partindo de suas inquietações sobre a história da loucura, e o momento a partir do qual a loucura foi considerada doença pela ciência médica. Ademais, suas futuras tematizações já estão entrevistadas nesses estudos, como, por exemplo, na arqueologia centrada nas ciências humanas em seu livro *As palavras e as coisas* (PASSOS, 2013). Esses estudos de Foucault, como na arqueologia do saber, desvelam que os saberes científicos médicos não eram sustentados por nenhuma sistematização de conjunto, eram empíricos. Apesar disso, o discurso da ciência teve uma grande importância na sociedade, principalmente a partir do século XVIII, em um contexto de desenvolvimento industrial e do capitalismo.

Uma das principais críticas desse autor aos discursos científicos em geral refere-se ao fato de desqualificarem outros discursos, como os marginais, das pessoas comuns, não eruditas, os saberes que guardavam em si saberes a história das lutas e experiências vividas. Na análise genealógica das relações de poder, o autor buscava os saberes locais, descontínuos, desqualificados, contra a instância teórica unitária que pretendia hierarquizá-los, a fim de fazer criticar os efeitos centralizadores de poder, institucionalizados mediante um discurso científico desde a Idade Média na sociedade ocidental (PASSOS, 2013).

Ressalta-se que a noção de poder para Foucault não é um atributo, não possui uma essência, mas se exerce em ato nas relações entre os sujeitos e é difusa. Nessa perspectiva, o cotidiano das relações sociais é constituído por relações de poder, e essas, por sua vez, são sustentadas por verdades reguladoras de práticas sociais e mecanismos disciplinares. Nessa direção, em seus estudos sobre os mecanismos disciplinares, o autor analisou a genealogia das

relações de poder nas organizações sociais, como nas prisões, manicômios, conventos, fábricas, etc. (FOUCAULT, 2011).

Na terceira fase dos estudos do autor, há um deslocamento da análise das relações de poder dos domínios do Estado, da discussão sobre repressão e mecanismos disciplinares para a análise de uma rede microfísica do poder nas organizações, formada por uma multiplicidade de relações com pequenas coerções e formas de sujeição. Em seus estudos sobre a biopolítica e o neoliberalismo, posteriormente, nomeou as novas formas de governo de si e dos outros, como governamentalidade. Suas análises se centralizaram na ética política e na estética da existência (PASSOS, 2013).

Com relação à governamentalidade, Foucault (2008b) empreendeu uma análise genealógica do poder considerando uma rede de alianças constitutivas das técnicas de poder, passando por fora da instituição para compreender suas relações de modo global, bem como substituindo as análises internas por análises externas das estratégias e táticas.

Foucault enfatizou os processos de subjetivação e a ética como política no final de sua trajetória. Esse caminho se deu por meio da análise dos efeitos da biopolítica, a partir da segunda metade de 1970, como uma política sustentada pelos conhecimentos científicos destinados ao cuidado da vida produtores de subjetividade. Essa política, por sua vez, fundamentou o biopoder que consiste no controle e regulação governamental sobre a vida das populações. Nessa concepção, instituiu-se o que é normal e patológico e as interferências do Estado sobre a vida das pessoas. Salienta-se que a biopolítica contribui para o desenvolvimento econômico e regulação sociopolítica e surgiu em um momento de crescimento do capitalismo e da liberdade de mercado, demandando novas tecnologias de governo (CANDIOTTO, 2010).

Nesse entendimento, os mecanismos de normalização do biopoder influenciam o modo de vida da população e a governamentalidade dos sujeitos. Esse termo foi usado por Foucault para abordar as formas de governo ao longo da história, considerando tanto as formas micropolíticas quanto as macropolíticas.

A análise histórica das relações de poder empreendida por Foucault apresenta uma mudança importante no tipo de poder das sociedades modernas, que deixa de se caracterizar como repressivo para operar por meio de estratégias, táticas e técnicas mais sutis para disciplina dos sujeitos, buscando conformação física, política e moral dos corpos. Esse tipo de disciplinamento da população pressupõe a liberdade e desenvolve-se plenamente de acordo com os valores liberais e burgueses de igualdade e de liberdade moderna (PASSOS, 2013).

Ao longo da história, as tecnologias de governo sofreram mudanças, sem, no entanto, substituírem as antigas. Nesse entendimento, as tecnologias fundamentadas no aparato judicial

com as leis, desde o século XVI, e as normatizações com o Estado administrativo coexistiram com as tecnologias disciplinares do século XVIII e, posteriormente, com os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2008a).

Além disso, os conhecimentos científicos, produtores de jogos de verdade, que influenciam nas formas de a população pensar e de se comportar, relacionam-se com as novas formas governamentais. Para empreender uma analítica do poder, deve-se considerar três níveis: as relações estratégicas, as técnicas de governo e os estados de dominação. Nessa direção, a governamentalidade para Foucault (1981) é a relação de si para consigo e o conjunto de práticas pelas quais é preciso constituir, definir, organizar e instrumentalizar as estratégias que os indivíduos em sua liberdade podem ter em relação aos outros.

Ressalta-se, que nas análises históricas realizadas por Foucault, não focalizavam os indivíduos de modo isolado, mas a genealogia das relações que os seres humanos estabelecem consigo mesmos por meio de práticas sociais que asseguram seu reconhecimento identitário. Tais relações são históricas, mas não devem ser localizadas em domínios amorfos da cultura, e sim na perspectiva de governo. Nessa direção, entende-se a disposição ao longo da história ocidental, desde o século XVII, de tecnologias do eu corporificadas na sociedade disciplinar em normas, organização espacial, práticas de exposição, de exames, dentre outras, que sustentam a elaboração de certas técnicas para a conduta dos indivíduos consigo mesmos, como por exemplo, exigências epistemológicas (conhecimento de si mesmo), despóticas (controle de si mesmo), praticadas sob autoridade real ou imaginária dos sistemas de verdade, ou por algum indivíduo autorizado institucionalmente, como na clínica psicológica, no clérigo, na relação médica ou disciplinar e tutelar (ROSE, 2001).

Para Foucault (1981), existem quatro modos principais de tecnologias de poder: 1) a tecnologia da produção, que permite aos sujeitos manipular as coisas; 2) as tecnologias dos signos, que permitem a utilização de sentidos e de significações; 3) as tecnologias de poder, que determinam a conduta dos sujeitos e consistem na objetivação do sujeito e 4) as tecnologias do ego, que são operações sobre o próprio pensamento, o corpo ou a alma que os sujeitos realizam sobre si mesmos, sozinhos ou com a ajuda dos outros, alcançando uma transformação de si mesmos. Essas tecnologias se encontram entrelaçadas e produzem subjetividades.

Na análise da governamentalidade, a ciência médica teve importante contribuição com as novas tecnologias de poder na biopolítica, uma vez que subsidiou as intervenções do Estado nos problemas vividos pela população, como saúde, higiene, natalidade, longevidade, entre outros. Os problemas da vida orgânica da população passam a ser racionalizados, assim como são elaboradas políticas e intervenções governamentais para controlá-los. Essa racionalidade

está intimamente relacionada com a política econômica que surgia no século XVIII, o liberalismo (FOUCAULT, 2008b).

O liberalismo é concebido como racionalização do exercício do poder para a maximização da economia. Para tal, nessa concepção, é criticado o excesso de governo nas ações governamentais que dificultam a movimentação da população e a liberdade do mercado. O liberalismo se apoia nas leis por seu aspecto individualizador, com medidas excepcionais; essa racionalidade de mercado alcançou instâncias não econômicas, como a família, o controle da natalidade, as delinquências, entre outras, por meio da biopolítica (FOUCAULT, 2008b).

A análise genealógica de Foucault sobre a relação entre poder-saber aponta para as formas de objetivação do sujeito que o normalizam, sujeitando-o. A partir de seus estudos sobre a estética da existência, sobre as formas de subjetivação, quer dizer, do uso que o sujeito faz de si mesmo, o governo de si, implicado no governo dos outros, defende a possibilidade e a necessidade da resistência aos poderes normalizadores em prol da subjetivação, que é a ampliação de novas formas de viver e de existir.

Os processos de subjetivação são práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens não somente fixam regras de conduta, assim como procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra portadora de certos valores estéticos que respondam a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 1998, p.15).

As artes da existência ou técnicas de si deixaram sua relevância quando foram integradas no poder pastoral, no Cristianismo e, mais tarde, nas práticas educativas provenientes das ciências médicas e psicológicas. Na história da verdade, esse autor analisou as problematizações e práticas por meio das quais o ser humano se constitui e pode ser pensado (FOUCAULT, 2008a).

A subjetividade é entendida em oposição à subjetividade do humanismo e existencialismo. Tal concepção não se refere à noção de sujeito com identidade fixa, ontologicamente invariável e consciente de si mesmo, mas como modos de agir modificáveis pelos sujeitos e identidades plurais, sendo esse o conceito do processo de subjetivação (CANDIOTTO, 2008).

O sujeito, para Foucault, não é uma substância, em oposição à tradição cartesiana, é uma forma, e sendo assim não é idêntica a si mesma continuamente. Para entender o sujeito, é necessário estudar a história da forma-sujeito, uma vez que esse é constituído socialmente por meio dos jogos de verdade e das relações de poder inscritas nas práticas sociais. Nessa perspectiva, os estudos desse autor deslocaram o foco da episteme para o dispositivo da

analítica do poder, e finalmente analisando as práticas de si mesmo, mas sempre analisando a história das práticas sociais (CASTRO, 2009).

O conceito "modos de subjetivação" distingue-se de um conceito amplo a que se refere que são os modos de objetivação do sujeito. Neste último, o sujeito aparece como objeto das relações de conhecimento e poder estabelecidas em determinados momentos históricos (CASTRO, 2009).

Os processos de objetivação do sujeito se dão na articulação do poder-saber, sujeitando o indivíduo à normalização, mas a partir de um trabalho reflexivo sobre si mesmo pode criar uma nova estética de existência. Esse trabalho reflexivo do sujeito consigo relaciona-se com a ética e é entendido pelo autor como experiências do governo de si mesmo. Para analisar esses modos de subjetivação ou do cuidado de si mesmo, deve-se buscar entender as condições nas quais se formaram e se modificaram as relações entre os sujeitos e os objetos na história (CASTRO, 2009).

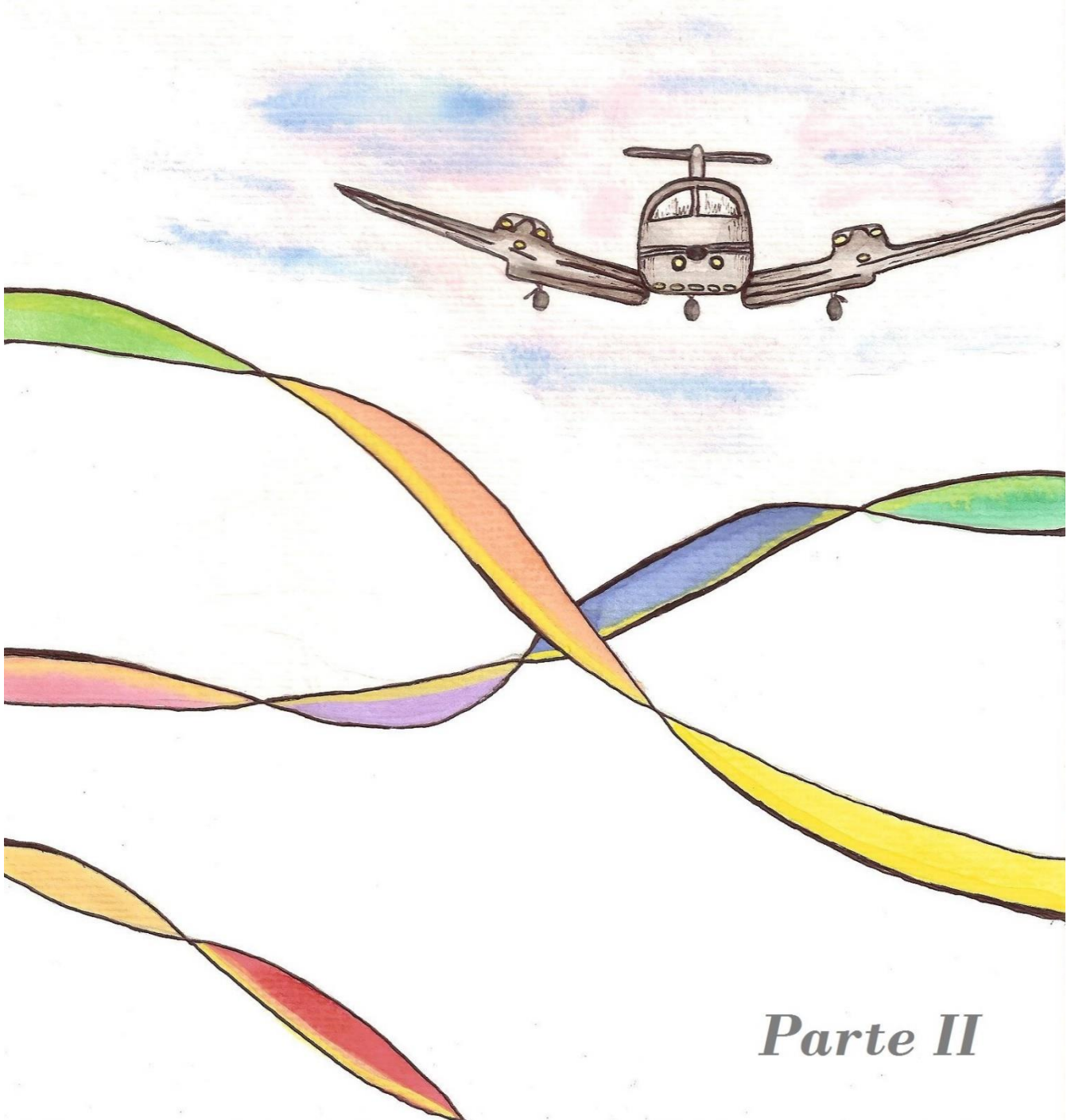
O trabalho ético do sujeito sobre si mesmo relaciona-se com as práticas de liberdade que Foucault descreveu por meio dos estudos sobre a história da sexualidade. Para esse autor, a ética é a forma da liberdade (FOUCAULT, 2014). O cuidado de si mesmo deve passar por uma reflexão sobre as regras de conduta e de princípios apresentados simultaneamente como verdades prescritas pela sociedade, é uma revisão crítica dos valores morais. Ademais o cuidado de si difere do conhecimento de si, esse último foi difundido na sociedade moderna, com ênfase na razão.

Neste estudo, foram considerados os estudos da segunda e terceira fase das análises de Foucault. A genealogia do poder analisa as técnicas de poder dispostas na sociedade para regular as condutas sociais, a partir dos séculos XVI e XVII, consolidando no século XIX e no século XX, época em que, paradoxalmente, essas mesmas técnicas desencadearam movimentos sociais, revoltas e defesas de minorias, como resistência. Os mecanismos disciplinares analisados favorecem a compreensão do modo como a UTIP é organizada e normatizada, assim como o predomínio do saber medicalizante nas práticas assistenciais e no cuidado de si mesmo dos profissionais. Nessa empreitada, contribui para a compreensão da importância que os profissionais atribuem à normalização, ao controle dos processos de trabalho, assim como à preocupação com a regulação das leis em defesa dos usuários.

A analítica da terceira fase desse autor sobre a ética e a estética da existência favorece as análises das subjetividades produzidas na UTIP, das resistências perante as relações assujeitadoras, apontando para possibilidades de novas problematizações e reflexões críticas que potencializam novos agenciamentos.

Para as análises dos processos históricos constituintes das verdades e disciplinamento do setor, empreendi pesquisas sobre a história da pediatria, história da UTIP, sobre a Infância. Ademais, estudei diversos autores citados nesta tese que contribuíram para o entendimento de parte da densa obra desses autores.

*Entre as nuvens vem surgindo um lindo avião rosa e grená
Tudo em volta colorindo, com suas luzes a piscar
Basta imaginar e ele está partindo, sereno e lindo
E se a gente quiser ele vai pousar
Numa folha qualquer eu desenho um navio de partida
Com alguns bons amigos bebendo de bem com a vida*



Parte II

PARTE II – MAPA DA PESQUISA

8 Percurso teórico-metodológico

A proposta teórico-metodológica do presente estudo parte do entendimento da inseparabilidade entre sujeito e objeto de estudo, possibilitando novos modos de subjetivação. A proposta teórico-metodológica difere da abordagem de metodologia da pesquisa tradicional, com base nos fundamentos propostos por Descartes, de busca do conhecimento a partir de um ordenamento lógico matemático sistematizado de modo racional, para o acesso à verdade. A perspectiva de investigação escolhida busca assumir um compromisso ético de autoinvenção dos sujeitos envolvidos, na mesma direção apontada por Ferreira Neto (2011).

Para tal, procurei traçar estratégias para coleta de dados que abrangessem as verdades que circundam o setor da UTIP, os jogos de poderes, com suas normatizações, e a subjetivação dos profissionais de saúde. Os estudos históricos sobre a UTIP, sobre a Pediatria e sobre a Infância possibilitaram um entendimento das mudanças dos comportamentos e saberes sobre a infância, sobre a clínica e sobre as intervenções do Estado na saúde. Ademais, em um projeto genealógico, empreendi análise das práticas concretas, das verdades existentes no setor e dos mecanismos disciplinares que regulam e produzem as relações entre os profissionais.

Ressalta-se que a teorização foucaultiana possibilita problematizações, uma vez que não se pode falar que esse autor elaborou uma teoria, e sim uma teorização, entendendo que essa última diz respeito a “uma ação de reflexão sistemática, sempre aberta, inconclusa e contingente, sobre determinadas práticas, experiências, acontecimentos ou sobre aquilo que se considera ser a ‘realidade do mundo’” (VEIGA-NETO, 2009, p.86).

Para Foucault, a pesquisa é uma experiência que transforma tanto o pesquisador quanto o objeto de estudo. Ademais, as análises teóricas devem ser submetidas ao crivo das práticas locais, concretas, uma vez que o autor não considera os saberes universais. O autor se negava a orientar métodos, pois a singularidade de cada pesquisa definirá seus métodos, que inclusive poderão se modificar no decorrer da investigação. No entanto, suas pesquisas seguiam

(...) uma microanálise de estados mistos, polimórficos, heterogêneos, contingenciais, em sequências históricas regionalmente delimitadas, numa geografia analítica do “local”. Para desenvolver essa microanálise de estados mistos, deve-se superar uma leitura dualista de cunho maniqueísta. A compreensão de que o real comporta estados híbridos cuja análise deve contemplar o escrutínio das tensões e tendências misturadas, de modo a permitir intervenções com alguma precisão (FERREIRA NETO, 2015, p. 417).

A partir desse contexto, entende-se que as preocupações de Foucault e de Deleuze eram semelhantes com relação à importância de evidenciar nos estudos empreendidos fissuras do real, na diferença. A definição de estados mistos era chamada dispositivo.

Os dispositivos de poder na organização são um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morais e filantrópicos (FOUCAULT, 1979). O dispositivo é composto pelo dito e pelo não dito, correspondendo a uma rede entre o poder, o saber e a subjetividade. A análise desses dispositivos deve considerar os objetivos perseguidos pelos sujeitos na organização (privilégios, acúmulo de riquezas, exercício da profissão); as modalidades institucionais utilizadas nos inter-relacionamentos (palavras, vigilância, registros); as formas de institucionalização dos costumes, da estrutura jurídica, regulamentos, hierarquias e burocracia e tipo de racionalidade envolvida no trabalho (FOUCAULT, 1995).

Esclareço que, ao iniciar esta pesquisa, pretendia utilizar a teorização foucaultiana como eixo principal para análise da subjetividade produzida no contexto da UTIP, mas, a partir das observações e diante do compromisso assumido de construir com os profissionais uma proposta de intervenção no setor, emergiu a necessidade de outro aporte teórico, como o da vertente da Esquizoanálise, de Deleuze e Guattari.

Entende-se que a Análise Institucional de Lourau e Lapassade e a Esquizoanálise de Deleuze e Guattari são propostas políticas e revolucionárias. Além disso, a posição de Deleuze e Guattari é a mais crítica com relação à construção e utilização do conhecimento científico no Ocidente, desde os conceitos de liberalismo, de democracia até o Marxismo. Trata-se de análise e reflexões que se aproximam do Anarquismo, a Esquizoanálise. Esta não tem uma técnica ou metodologia próprias, e sim princípios teóricos para localização de formas de alienação provocadas pelo sistema econômico, presentes em nossas atividades vitais, afetivas, sentimentais, políticas, etc. A Esquizoanálise busca a invenção de metodologias, técnicas, táticas e estratégias singulares para cada caso e situação, a fim de ampliar formas de viver, continuamente inventivas empreendidas pelos sujeitos (BAREMBLITT, 1992).

Ademais, esta pesquisa é de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-analítico, uma vez que buscará analisar em profundidade aspectos dinâmicos sociais e subjetivos (MINAYO, 2007). Segundo Godoy (1995), os estudos qualitativos buscam a compreensão do fenômeno no seu contexto, analisando-os de forma integrada, valorizando a perspectivas das pessoas envolvidas e a diversidade de seus pontos de vista. Para tal, vários tipos de dados são coletados, de formas diferentes, para que se entenda a dinâmica do fenômeno em estudo.

Na abordagem qualitativa, a estratégia escolhida para esta pesquisa foi o Estudo de Caso, por se tratar de uma análise em profundidade de uma unidade em foco. Além disso, é um estudo com tema contemporâneo, com utilização de diversas formas de coleta de dados, como observação participante, cartografia e entrevista com roteiro semiestruturado. Outro aspecto que caracteriza essa estratégia de pesquisa é a busca pela compreensão de "como" e "por que" ocorrem os fenômenos. Essa estratégia também permite que o pesquisador possa mostrar-se criativo para adaptar seus instrumentos e explorar os elementos imprevistos (DIONNE; LAVILLE, 1999).

O presente estudo foi realizado após aprovação do projeto de pesquisa nas instâncias da UFMG (Câmara Departamental da Escola de Enfermagem; Núcleo de Pesquisa do Hospital das Clínicas e Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG COEP – nº 30316914.0.0000.5149). Ressalta-se o atendimento das determinações da Resolução 466/2012, com o convite aos sujeitos a participarem da pesquisa, logo após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

8.1 Cenário do estudo

O cenário de estudo foi uma Unidade de Tratamento Intensivo de em um hospital universitário, que implantou o modelo de gestão colegiada e é referência em inovação de gestão no estado. Além disso, esse hospital foi um dos primeiros a implementar as propostas de humanização. Em 2001, foi um dos hospitais multiplicadores em experiências de humanização do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, e em continuidade, em 2003, implementou os dispositivos da PNH, como Visita Aberta e Direito a acompanhante (BRASIL, 2009).

Nesse hospital, o modelo de gestão é organizado em Unidades Funcionais para favorecer a descentralização da gestão de forma integrada com a alta direção e agilizar os processos assistenciais. Esse modelo de gestão objetiva ainda a integração da equipe de saúde e integralidade do trabalho.

O *locus* da pesquisa foi a UTIP, que integra a Unidade Funcional da pediatria com outros setores, como a unidade de internação e o ambulatório. A Unidade Funcional da Pediatria foi uma das primeiras a implantar a gestão colegiada e apresenta diversas práticas de humanização, segundo o gerente dessa unidade.

A escolha dessa unidade se deve ao fato de que, na pesquisa realizada para o mestrado na unidade de internação pediátrica, os profissionais apontaram que a UTI apresentava

dificuldades para o trabalho em equipe interdisciplinar por ser um ambiente com muitas disputas entre os profissionais e com dificuldades nos relacionamentos. Além disso, na mesma pesquisa, foi evidenciado que o fato de trabalhar com crianças gravemente enfermas e com seus pais em sofrimento mobiliza afetivamente os profissionais de saúde, influenciando nas formas de se relacionarem.

Nesse sentido, na UTIP as crianças se encontram com doenças mais agudas ou graves, vivenciando dor e sofrimento, contando com a presença de seus pais também com sofrimentos e ansiedade intensos. Na referida unidade, o trabalho é complexo tanto no que concerne aos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais para lidarem com doenças graves, como pela habilidade no trabalho com alta tecnologia dos equipamentos, que exige saberes especializados e em constante atualização.

8.2 *Corpus* da pesquisa – Coleta de dados

O *corpus* da pesquisa foi constituído por observações sistemáticas na UTIP em diversos horários e dias da semana, durante os meses de junho a agosto, análise dos instrumentos mediatizadores das práticas de trabalho entre os profissionais e entrevistas com profissionais de saúde com um roteiro semiestruturado.

Nessa direção, as fontes primárias dos dados foram obtidas por meio das observações e entrevistas, e as fontes secundárias, mediante análise de documentos relacionados com pontos de articulação entre os profissionais, como protocolos clínicos, normas de trabalho. Ressalta-se que, inicialmente, buscou-se conhecer o campo de análise mediante observação sistemática na UTI pediátrica em dias e horários alternados durante a semana, incluindo plantão de final de semana. Para tal observação, estabeleceu-se uma relação de empatia com os atores do campo, com uma atitude menos crítica, mais próxima, procurando vivenciar o cotidiano da unidade de estudo, identificando os afetos emergentes, interagindo com os sujeitos, com os profissionais, alguns pais e com as crianças.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2014, quando foram realizadas as observações no setor em dias subsequentes, uma semana no turno da tarde, uma semana no turno da noite e, em seguida, uma semana no turno da manhã. As observações alcançaram uma média de 4 horas de duração, inclusive em um fim de semana. Foram realizadas 22 observações com um total de 80 horas. No último mês de observações, foram realizadas as entrevistas com escolha intencional dos sujeitos.

Essas observações foram de cunho cartográfico, em que realizei um mapeamento dos momentos de estabilização e a caotização do pensamento e dos comportamentos dos participantes no dia a dia do setor. Nas observações, considerei os afetos despertados em mim durante a pesquisa, procurando vivenciar a complexidade da UTIP, sua dinâmica de funcionamento, as práticas de trabalho, a organização do espaço físico e estrutural, os instrumentos e documentos que mediatizavam as práticas de trabalho, os relacionamentos entre todos os atores da UTIP, profissionais entre si, profissionais com familiares e profissionais com as crianças e profissionais refletindo sobre si mesmo.

Ademais, nas observações, valorizei os acontecimentos, eventos inusitados, inesperados, que ocorreram durante a pesquisa no setor ou anteriores a ela, e a estabilização e caotização do pensamento e da realidade do setor. Durante a observação, foi utilizado um diário de campo para registro de todas as observações, impressões e sentimentos da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas durante as observações. Nas entrevistas, os sujeitos foram convidados a falar livremente sobre um tema, mas direcionados por perguntas contidas em um roteiro semiestruturado, e foram gravadas na íntegra. Observa-se que, em muitos momentos, quando o gravador era desligado, no final da entrevista, os profissionais falavam muito mais sobre os conflitos vivenciados nas relações interprofissionais (APÊNDICE A) (MINAYO, 2007). Foram realizadas 15 entrevistas, como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1 - Profissionais entrevistados e número total de profissionais no setor

Profissionais	Número de entrevistados	Número total de profissionais
Médico	02	10
Enfermeiro	02	12
Técnicos de enfermagem	04	25
Coordenador Médico da UTIP	01	01
Coordenador da Educação Permanente	01	01
Fisioterapeuta	02	05
Psicóloga	01	01
Terapeuta Ocupacional	01	02
Total	14	51

Elaborado pela autora para fins deste estudo.

As entrevistas foram realizadas com profissionais envolvidos diretamente na assistência às crianças, escolhidos a partir das observações, e com representantes da gestão do setor, como com os coordenadores médico e da enfermagem, além de uma representante da vice-diretoria de enfermagem, coordenadora da Educação Permanente. Foram excluídos dessa pesquisa os profissionais da limpeza; da copa, administrativos do setor, assim como os pacientes e os familiares.

O perfil dos profissionais entrevistados caracterizava-se por idade entre 25 a 54 anos. Com relação formação, somente 1 técnica de enfermagem não tinha curso superior, todas as outras formaram-se em enfermagem, mesmo ainda permanecendo no cargo técnico. Sobre o estado civil, 5 profissionais estavam solteiros e 10 casados, e de todo o grupo de entrevistados, 8 tinham filhos. Quanto ao tempo de serviço, o profissional com menos tempo tinha 6 meses, e o profissional com mais tempo de serviço tinha 30 anos, este estava se aposentando. Por último, com relação à vinculação profissional 09 profissionais eram funcionários públicos efetivos, e 5 contratados.

No início das entrevistas, foram realizados os esclarecimentos com relação aos objetivos da pesquisa, ao anonimato das informações e à liberdade de interrupção caso os entrevistados desejassem. Após os esclarecimentos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Esclarecido, conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

8.3 Análise dos dados

O discurso é produzido sócio-historicamente, sendo controlado, selecionado e redistribuído por diversos procedimentos para o controle dos acontecimentos aleatórios e dos perigos que pode representar em sua materialidade. Foucault (1999) descreveu três grandes conjuntos de procedimentos de exclusão, de interdição que regulam os discursos em nossa sociedade. O primeiro refere-se ao fato de o discurso ter um direito privilegiado para algumas pessoas em detrimento de outras, bem como de existirem tabus de objetos e de circunstâncias, não se pode dizer qualquer coisa e em qualquer lugar.

As interdições do discurso revelam sua ligação com o desejo e com o poder. *O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar* (FOUCAULT, 1999, p.10). O discurso é, portanto, objeto de desejo e de disputa.

Nas análises desse autor, os três grandes sistemas de interdição são: a palavra proibida, a segregação da loucura e a vontade de verdade. Com relação à esse último sistema de interdição, a vontade de verdade se refere à busca do discurso verdadeiro na antiguidade, que assegurava as relações de poder, uma vez que quem reinava pronunciava a justiça. A vontade de verdade se alterou a partir do deslocamento do valor da enunciação para o próprio enunciado, para o sentido, o objeto e sua referência.

A vontade de saber do século XIX não coincide com a vontade de saber da cultura clássica. Essa vontade de verdade, como os demais sistemas de exclusão do discurso, apoia-se nas instituições, como as de ensino, no conjunto de práticas, como as da pedagogia, entre outros. É reconduzida pelo modo como o saber é aplicado e distribuído na sociedade, exercendo um poder de coerção (FOUCAULT, 1999).

A vontade de verdade é o sistema de exclusão que durante séculos orienta os outros dois sistemas, o da palavra proibida e o da segregação da loucura, modificando-os e fundamentando-os. Esses procedimentos, entretanto, concernem ao jogo do poder e do desejo e se exercem de modo exterior. Outro grupo de procedimentos internos aos discursos referem-se ao acontecimento e ao acaso.

A esse respeito, o autor afirma que existem discursos desnivelados que correspondem aos discursos nas trocas do dia a dia e os que estão na origem de um certo número de atos de fala que os retomam e os transformam, que são ditos, como os religiosos, jurídicos e terapêuticos. Esses discursos juntamente com o político não estão dissociados das práticas que definem os gestos, os comportamentos, os signos, componentes de rituais que determinam propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam.

Foucault (1999), sem prescrever um método de análise do discurso, apontou importantes princípios para análise, como o princípio de inversão em que se deve reconhecer o aspecto negativo da tradição da fonte dos discursos, de sua continuidade e expansão. Outro princípio refere-se à descontinuidade, em que defende que não se deve buscar um não dito ou um impensado nos discursos, mas tratá-los como práticas descontínuas, que se cruzam, mas também se ignoram ou se excluem. O princípio de especificidade é outro que deve ser considerado na análise, em que se deve conceber o discurso como uma prática na qual eclodem os acontecimentos. Por último, o da exterioridade, na qual afirma que, a partir da aparição do discurso e sua regularidade, pode-se passar às suas condições externas, que fixam suas fronteiras.

Ademais, assevera quatro noções que devem servir de princípio regulador para a análise: a noção de acontecimento, a de série, a de regularidade e a de possibilidade. Os discursos devem

ser tratados como um conjunto de acontecimentos discursivos, que se situa sempre no âmbito da materialidade, que é efeito, consiste na relação. Os acontecimentos devem ser tratados como séries descontínuas, mas homogêneas. Essas séries devem ser entendidas como rupturas que dispersam o sujeito em uma pluralidade de funções possíveis.

Foucault (1999) propõe um deslocamento na história das ideias, desconsiderando as representações por trás dos discursos, para valorizar os acontecimentos, introduzindo na raiz do pensamento o acaso, o descontínuo e a materialidade.

Para simplificar, entende-se, a partir do autor, que o discurso é um conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação, como o discurso clínico, o discurso econômico, entre outros. Ademais, o discurso contém um número limitado de enunciados que, por sua vez possuem um conjunto definido de condições de existência. Salienta-se que as práticas discursivas são materializadas no conjunto de técnicas, das instituições, dos comportamentos dos sujeitos e de seus tipos de transmissão e difusão (CASTRO, 2009).

A respeito dos enunciados, Passos (2012) descreve que o enunciado é um acontecimento que não está dado, precisa ser analisado. É produzido por condições históricas, não é aparente ou visível, mas também não está escondido nos atos de linguagem. “O enunciado é mais que um simples conjunto de marcas materiais, pois se refere a um domínio de objetos, implica posições de sujeito, relaciona-se com outros enunciados, encerra a possibilidade de sua repetição” (PASSOS, 2012, p. 5).

A análise de discurso parte da ideia de que tudo tem uma significação. Dessa forma, deve ser realizada uma análise exaustiva, necessitando de leitura e releitura do *corpus* da pesquisa para que se chegue a uma espécie de impregnação do material por parte do pesquisador para o tratamento dos dados e posterior discussão (MICHELAT, 1987).

Para tal análise, inicialmente realizei uma leitura atenta e exaustiva de todo o material, que compreendia as descrições das entrevistas, na íntegra, e do diário de campo das observações de cunho cartográfico, incluindo os relatos de meus sentimentos, impressões e os acontecimentos vivenciados no decorrer da pesquisa. Após esse trabalho, procurei identificar os enunciados que compõem as formações discursivas que são apresentados por meio das enunciações dos relatos dos entrevistados nos artigos da presente tese. Os enunciados identificados referem-se às seguintes formações discursivas: Clínica médica; Organização jurídica e Cristianismo.

9 ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO E CARTOGRAFIA

Num um contexto de luta em prol da democratização e de mudanças pedagógicas para o estímulo do protagonismo dos sujeitos, caracterizado pela revolução francesa de 1968, novas relações entre teoria e prática são empreendidas no campo científico, impulsionadas pelo movimento institucionalista. Tal movimento critica a corrente psicossociológica americana, recusando na Sociologia a vertente abstrata, e nos estudos da Psicologia a psicologização dos conflitos (PASSOS; BARROS, 2000).

O movimento institucionalista é plural, formado por diversos saberes e práticas, sem se restringir a uma escola. Existem diversas correntes institucionalistas, como a Sociopsicanálise, com forte influência da psicanálise e materialismo dialético; a Análise Institucional de Rene Lourau e George Lapassade, conhecida por Socioanálise, fundamentada a partir da dialética de Hegel, e a Esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari, que visa à liberação do processo produtivo-desejante-revolucionário (BAREMBLIT, 2010). Segundo Romagnoli (2014), as ideias de Deleuze e Guattari são conhecidas também como Filosofia da Diferença e Paradigma Ético-Estético, além da intitulação Esquizoanálise.

O desafio da análise institucional é desconstruir as dicotomias entre teoria e prática e sujeito e objeto, além de opor-se às fronteiras entre as disciplinas formadas por seu escopo metodológico e de objetos de pesquisa. Seguindo essa perspectiva, os aspectos macropolíticos, micropolíticos, socioeconômicos e históricos são relevantes, assim como os efeitos que produzem nos investigadores (ROMAGNOLI, 2014).

Essa perspectiva supera as pretensões de neutralidade e objetividade, oriundos da perspectiva da ciência positivista. Pondera-se que tal superação se iniciou a partir da valorização da participação ativa dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Entende-se que é inviável que o pesquisador se mantenha “fora” ou neutro ao campo. A abordagem da fenomenologia e a Psicologia Social de Kurt Lewin contribuíram com essa mudança de paradigma, considerando a importância de levantamento de dados mais abrangentes, por meio das observações, questionários, além da inclusão da devolutiva dos resultados aos entrevistados como parte dos procedimentos de investigação (PAULON, 2005).

O conceito de implicação da análise institucional não se refere à vontade consciente do pesquisador, e sim a uma análise que deve ser realizada com relação ao sistema de lugar, assinalando o que o pesquisador ocupa, como também o que busca ocupar e do que lhe é designado enquanto especialista. Ressalta-se que implicado sempre o pesquisador estará, o que

é enfatizado na análise institucional é a necessidade de análise das implicações com as instituições em jogo em um determinado contexto (PASSOS; BARROS, 2000).

A partir dessa perspectiva, a posição que o pesquisador assume no campo de investigação, as relações que estabelece com os sujeitos, os efeitos produzidos pelas relações e observações, até mesmo a possibilidade de que a análise dos dados seja deturpada ou enriquecida, a partir dos efeitos produzidos no pesquisador, não podem ser negligenciadas no campo científico (PAULON, 2005).

Ressalta-se que, no Brasil, o conceito de implicação ainda apresenta certa confusão pela influência da presença de psicólogos no movimento institucionalista, enquanto na França, país de origem da Análise Institucional, tem mais influência da Sociologia. Essa diferença de influência caracteriza o que tem ocorrido em muitos estudos, como o risco da psicologização do conceito de implicação, confundindo-o com engajamento, investimento que difere da proposta científica do institucionalismo (ROMAGNOLI, 2014).

Considerando as ponderações da autora acima mencionada, de que a implicação é um campo conceitual sem fronteiras rígidas ou fixas, com diferenças entre as vertentes institucionalistas, demarcadas pela gênese conceitual, filosófica e social, apresentarei a proposta da análise de implicação da Esquizoanálise que sustenta este estudo. Tal vertente, de Deleuze e Guattari, enfatiza a produção da subjetividade a partir da multiplicidade dos componentes de subjetivação, integrados por fluxos transversais que agenciam outros fluxos de modo rizomático, quer dizer, seguindo diversas direções e sentidos.

Para a Esquizoanálise, a implicação exige do pesquisador a capacidade de dessubjetivação, de se relacionar com a alteridade, reconhecendo novos modos de se reconhecer e de compreender o campo de estudo. A partir dessa condição, o pesquisador busca captar as forças exteriores que atuam na realidade, valorizando as conexões entre os planos organizativos ou molares e planos de consistência ou moleculares, os agenciamentos em prol de novas configurações micropolíticas, colocando em análise os efeitos das práticas cotidianas do campo investigado (ROMAGNOLI, 2014).

O pesquisador deve ainda estabelecer e sustentar o agenciamento maquínico, como ações oriundas do desejo e dos processos de enunciação coletiva que possibilitam transformações nos sujeitos do estudo e no próprio pesquisador. Para alcançar esses deslocamentos, essa modalidade de pesquisa, nomeada como cartografia, sustenta-se na implicação do pesquisador que parte do pressuposto do próprio movimento da vida e dos afetos. A inventividade ocorre nas irrupções dos planos de força que se conectam nos encontros “entre” o pesquisador e o objeto de estudo.

O movimento provocado pela pesquisa, que se liga como “fora”, agencia, diz respeito à implicação do pesquisador, pois é a partir de sua subjetividade que agenciamentos ganham expressão e sentidos são dados (ROMAGNOLI, 2014).

O conhecimento da pesquisa é produzido a partir do plano de forças e da alteridade das relações do pesquisador, que representa a elucidação das singularidades dos funcionamentos locais, que atuam para a reprodução, antiprodução, e/ou a favor de agenciamentos que promovem novas configurações. O mapeamento do pesquisador deve considerar a estabilização e a caotização do pensamento, das realidades. A cartografia é sempre uma pesquisa-intervenção, entendendo que sempre ocorrerá interferências e indeterminações nas relações entre o pesquisador e o objeto de estudo durante a realização da pesquisa (ROMAGNOLI, 2014).

No entanto, a orientação da pesquisa-intervenção não foi alcançada de modo efetivo, uma vez que não foi possível realizar a devolutiva das análises da pesquisa. A maioria dos profissionais que participou da pesquisa foi demitida com a admissão dos profissionais aprovados no concurso público. A devolutiva seria o momento em que os profissionais poderiam refletir criticamente sobre os dados e análises apresentados e, a partir daí elaborar intervenção no setor se assim desejassem.

Saliento que, na época da pesquisa, tinha sido realizado um concurso público para efetivação dos profissionais, a fim de extinguir os contratos de trabalho com vínculos precários. No setor, poucos profissionais que eram contratados foram aprovados nesse concurso.

Além disso, a partir desse concurso, o setor alterou a organização do trabalho da enfermagem, com a admissão de um número maior de enfermeiras para exercer a função assistencial, e não mais gerencial. Na gerência, ficou uma enfermeira na coordenação. Os técnicos de enfermagem efetivos foram remanejados para outro setor, ficando poucos para o apoio do trabalho dos enfermeiros.

Considerando que a devolutiva da pesquisa não foi realizada, a intervenção ocorreu somente em função da presença e implicação do pesquisador no campo de estudo, que sempre provoca movimentos. É importante a análise de implicação do pesquisador para a identificação de sua relação com o campo de estudo, permitindo um aprofundamento analítico. A partir desse entendimento, apresentarei minha análise de implicação na realização dessa pesquisa.

Analiso que o tempo que trabalhei em hospitais e na Secretaria Estadual de Saúde com a PNH produziram minhas concepções, anteriores a essa pesquisa, sobre trabalho em equipe, relações entre os profissionais em um hospital e sobre trabalho com criança gravemente enferma. Dessa forma, identifico que o saber biomédico norteava tais concepções e,

consequentemente, minhas relações, mesmo com as críticas veementes que fazia pela desconsideração da dimensão subjetiva, em especial do inconsciente por parte de muitos profissionais da saúde.

O modo como iniciei essa pesquisa se relaciona com esta análise: logo no início me senti mais retraída e tímida, principalmente com relação aos médicos, o que foi atenuando com o convívio com esses profissionais durante as observações. Analisando esse sentimento de retraimento, reporto-me às referências do hospital, em que o psicólogo é reconhecido e valorizado quando fundamenta e comprova com embasamento científico os seus conhecimentos. No hospital, em especial o discurso científico, principalmente de origem positivista, é muito valorizado. Ademais, nessa organização os conhecimentos devem gerar protocolos clínicos para regulamentação das práticas, o que em minha experiência foi um grande desafio.

No início da pesquisa, esperava que os profissionais rechasassem minha pesquisa, por ser psicóloga, mas ao contrário, logo que me apresentei percebi imenso interesse dos profissionais de saúde, como também demandas explícitas de intervenção no setor. Alguns falaram: “Nossa ainda bem que tem alguém que vai ver o que a gente tá passando”. Outros falaram: “Se autorizaram sua pesquisa pode ser um bom sinal, pode ser que querem fazer alguma coisa aqui para melhorar para a gente”. Essas falas me seduziram e me comprometeram em fazer algo, alguma intervenção.

Minha pesquisa, entretanto, já iniciara intervenções, como, por exemplo, aos poucos os profissionais me procuravam durante o trabalho para falar o que percebiam e analisavam como problemático. Relataram, por exemplo, a preocupação exagerada dos técnicos de enfermagem com os controles dos médicos, reclamavam do ruído do setor, relatavam sobre o pouco tempo para o lazer, a sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de empregos e expressavam sempre o sofrimento perante as situações de terminalidade de criança.

Aos poucos, minha relação com os sujeitos da pesquisa, nos diferentes turnos, foi ficando mais próxima, tanto que perguntavam os motivos de minha ausência quando troquei o turno da observação. Além disso, em muitos momentos em que os profissionais se deparavam com situações conflitivas entre eles ou nos cuidados com os pacientes, olhavam para mim e se aproximavam depois para relatar o ocorrido.

Comecei a sentir que deveria ter um psicólogo naquela função que eu estava exercendo, para escuta, para favorecer reflexão e expressão de sentimentos. Em alguns momentos, não me contive e conversei com algumas crianças, tranquilizando-as com relação à internação, e com algumas mães que me perguntavam algo. Observei que esses poucos momentos em que intervi

conversando com as crianças e mães produziam efeitos nos profissionais, pois procuravam escutar o que conversávamos e depois conversavam mais com as crianças e com as mães.

No momento em que iniciei as entrevistas, percebi que os profissionais me indicavam outros para serem entrevistados, e em geral esses sujeitos indicados estavam em sofrimento ou tinham vivido sofrimentos e situações conflitivas no trabalho. Alguns me pediram para ser entrevistados, e muitos solicitaram que entrevistasse a médica coordenadora, que parecia protagonizar os sentimentos do grupo, era muito envolvida no trabalho, mas exigente.

Em alguns momentos, minha presença parecia oferecer contingente para as forças irruptivas dos afetos que emergiam durante o trabalho, como, por exemplo, um dia em que uma criança com longo tempo de internação chorava continuamente e a técnica de enfermagem relatou sofrimento em vê-la chorar, sem poder carregá-la, por causa do protocolo, desencadeou um agenciamento em outra profissional que escutou o que conversávamos e resolveu carregá-la no colo. Em outro momento, uma criança havia falecido e a mãe estava sozinha junto do leito chorando muito, e a técnica de enfermagem se afastou rapidamente. Não me contive e lhe perguntei por que se afastava naquele momento, quando respondeu: Para deixá-la à vontade com a criança para chorar. Disse-lhe que sua presença mesmo em silêncio era importante, pelo menos enquanto não chegasse o pai ou os familiares da criança. A profissional disse que não sabia o que dizer nesses momentos, e disse-lhe que não precisava dizer nada, só o carinho de sua presença era suficiente. A profissional voltou e permaneceu aperto da mãe até o pai chegar, quando saiu de perto do leito, pediu-me um abraço, agradeceu-me e disse que aquelas situações eram muito difíceis.

Em outro momento, à noite, quando outra criança estava falecendo e a mãe se encontrava totalmente sozinha, as técnicas se recuaram no posto de enfermagem novamente. Levantei-me, apresentei-me solicitando que pudesse ficar a seu lado um pouco, dizendo-lhe também que imaginava que não estava fácil aquele momento. Essa mãe desabou em choro e pediu para que ficássemos juntas fora do setor um pouco. Fiquei com ela um longo tempo em silêncio, em momentos interrompidos por seus relatos esporádicos das lembranças dos últimos momentos de sua filha ante aquela internação. Depois contou-me sobre sua família e o motivo de estar sozinha naquele momento. Quando me despedi dessa mãe, as profissionais da enfermagem me agradeceram dizendo que eu havia feito uma “boa ação para todos ali”. Identifico que me aproximei dessa mãe não só por ter trabalhado em hospitais, mas por ter percebido como estava só em um momento tão difícil.

Esses acontecimentos me envolveram e, ao mesmo tempo, me indignaram, pois pude perceber o forte envolvimento afetivo dos profissionais com as crianças e seus pais, assim como

a extrema dificuldade em expressarem sentimentos e em lidarem com a morte das crianças. Observei que, nos momentos que havia crianças falecendo, os profissionais ficavam mais transtornados, tensos, as técnicas demandavam mais a atuação da fisioterapeuta e da enfermeira e muitos lamentavam ter assumido crianças em tal situação no início do plantão.

Analisando os efeitos produzidos em mim a partir desse estudo, percebo que o modo como eu pensava sobre as relações e sobre a implementação da humanização nos serviços de saúde era com uma visão maniqueísta, polarizada, como tudo ou nada, certo ou errado, etc. Considerando a constituição de minha subjetividade com relação à atuação profissional, o longo tempo em que trabalhei em hospitais aprendi a valorizar os comportamentos prescritivos com relação à saúde dos sujeitos, apesar de estranhar e me indignar com a produção de certa paranoia que gera o cuidado preventivo contínuo com a saúde. Havia uma forte tendência a encontrar um diagnóstico para qualquer mal-estar físico e mental, prevenindo doenças que ainda nem existiam. Ademais, a tendência em considerar os conhecimentos científicos como superiores às demais formas de conhecimentos.

Compreendo que essa forma de pensar normativa e científica contribui para comportamentos muito exigentes conosco e com os outros, o que é altamente estimulado em nossa sociedade, uma vez que contribui para o aumento da produção e do trabalho. A aproximação das teorizações de Foucault e, especialmente, da Esquizoanálise abriram novas perspectivas para mim, valorizando a multiplicidade e hibridez da realidade. Potencializaram a invenção de novos modos de pensar e desejos de reinventar a vida. Abriram um campo de vitalidade e alegria.

Surpreendi-me e ao mesmo tempo me encantei com o envolvimento afetivo de todos profissionais com as crianças: até mesmo dos que se mantinham mais distantes das mães, evidenciei o carinho que sentiam por elas, assim como uma forte identificação. Essa surpresa surgiu pelo fato de que ao iniciar esse estudo pensava que identificaria relações mais objetivadas e distanciadas nos inter-relacionamentos, percepção próxima à da psicóloga entrevistada que relatou que na UTIP o convívio com a morte era mais frequente e favorecia uma certa frieza no lidar, apesar dessa profissional também reconhecer a dificuldade dos profissionais em abordar os pais ou os pacientes nas situações de terminalidade.

Outro aspecto a se considerar é que não tive experiência com atendimento a crianças maiores, só em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e pensava que deveria ser muito sofrido tal trabalho. Esse foi mais um dos motivos que me levou a estudar a UTIP. Todavia, desconhecia o encantamento do trabalho com as crianças, o que vivenciei nas observações. De fato, como

os entrevistados relataram, as crianças são envolventes, possuem uma riqueza de imaginação e facilidade de vinculação que possibilitam a emergência de forças intensivas e criativas.

Durante a observação, as crianças que estavam acordadas me observavam também e interagiam comigo. Em um desses dias, uma criança de 3 anos me surpreendeu falando alto na UTIP que também tinha lápis de cor (eu estava escrevendo). Imediatamente me mostrou seu lápis e depois me chamou para ver seus desenhos. Outra criança, de 1 ano, batia palminhas para mim e sorria para qualquer brincadeira que eu fazia. Realmente encantador! Elas nos surpreendem, nos fazem sorrir em momentos inesperados e expressam muita afetividade!

Com relação a meu trabalho e envolvimento com o HumanizaSUS, na busca de agenciamentos para transformações da assistência e no trabalho dos profissionais, analiso que meu entendimento era praticamente doutrinário com relação à humanização. Acreditava que nas palestras conseguiria introduzir problematizações e reflexões para a adesão dos sujeitos no projeto, pensando ser o melhor para esses sujeitos, quanta ingenuidade! Compreendo que as transformações não são só racionais, mas a partir de práticas e relações.

9.1 Cartografia

A cartografia difere do mapa, que é uma representação estática, um desenho que demarca as transformações da paisagem (ROLNIK, 2006). A cartografia pretende abarcar a complexidade abrangendo o coletivo de forças, não se limitando aos dogmas cientifistas. Trata-se de um encontro do pesquisador com seu campo (ROMAGNOLI, 2009).

Não se trata de um método como concebido pela racionalidade científica moderna, não segue um rigor sistemático, mas pode ser compreendida como método na concepção de um caminho que leva a um fim e como nova proposta para reencontrar o saber, que parte do modelo preestabelecido que liga o objeto de estudo, a partir de uma perspectiva teórica, afirmando a diferença. A cartografia, a partir de novos modos de problematização, busca articular saberes científicos e não científicos, favorecendo revisão de concepções dicotômicas na ciência (ROMAGNOLI, 2009).

O papel do pesquisador na cartografia é muito importante, na medida em que a produção de conhecimento ocorre a partir de suas percepções, sensações e afetos vivenciados no campo de estudo. Nessa proposta, não há neutralidade nem isenção de interferências por parte do pesquisador.

A tarefa do cartógrafo é dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (ROLNIK, 2006, p. 23).

Com relação a essa tarefa de devorar as linguagens e formas de expressão do campo de estudo, Rolnik (2006) afirma que o cartógrafo deve ser um antropófago. Para tal, necessita despertar seu corpo vibrátil, sensível aos afetos e expressões diversas.

Não se trata somente de uma busca qualitativa de dados, mas do rompimento com a separação entre sujeito e objeto. Nesse entendimento, tal perspectiva convoca o plano de imanência, a exterioridade das forças que atuam na realidade, abrindo-se para a dimensão subjetiva a partir dos afetos despertados. A exterioridade de forças emerge das relações que o pesquisador estabelece, e atua tanto sobre si mesmo quanto sobre seu objeto de estudo de modo rizomático (ROMAGNOLI, 2009).

A cartografia é construída a partir do território existencial do pesquisador, rastreando o plano de organização, com suas linhas duras, ao mesmo tempo que busca linhas de fuga, desterritorializações, em direção ao novo que emerge. Ressalta-se que é a partir da irrupção de afetos e sensações despertados no pesquisador que novos sentidos são construídos (ROMAGNOLI, 2009).

A partir desse entendimento, analiso que os acontecimentos vivenciados durante as observações e entrevistas com os sujeitos no campo de estudo me despertaram afetos diversos, que me desestabilizaram e me impulsionaram a alguns comportamentos no campo. Ademais, operaram em mim novos modos de pensar sobre eu mesma, sobre os outros e sobre o campo de estudo. Fiquei imensamente surpresa e feliz em presenciar o imenso carinho, dedicação e afeto que os profissionais têm com as crianças e com seus pais e ao mesmo tempo afetada perante a imensa dificuldade em lidar com tais desestabilizações — ora mergulhavam nessas relações, ora buscavam saídas mais duras, enrijecidas, sustentadas pelo plano de organização, demonstrando comportamentos exigentes e perfeccionistas.

Durante a análise dos dados, veio-me à mente uma música que expressa o sentimento despertado em mim durante a realização da pesquisa, que permite um entendimento da dedicação dos sujeitos do estudo. É a música “Força Estranha”, do compositor Caetano Veloso, apresentada abaixo.

Eu vi um menino correndo
Eu vi o tempo brincando ao redor
Do caminho daquele menino
Eu pus os meus pés no riacho

E acho que nunca os tirei
 O sol ainda brilha na estrada e eu nunca passei
 Eu vi a mulher preparando outra pessoa
 O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga
 A vida é amiga da arte
 É a parte que o sol me ensinou
 O sol que atravessa essa estrada que nunca passou
 Por isso uma força me leva a cantar
 Por isso essa força estranha
 Por isso é que eu canto, não posso parar
 Por isso essa voz tamanha
 Eu vi muitos cabelos brancos na frente do artista
 O tempo não pára e no entanto ele nunca envelhece
 Aquele que conhece o jogo, do fogo das coisas que são
 É o sol, é a estrada, é o tempo, é o pé e é o chão
 Eu vi muitos homens brigando, ouvi seus gritos
 Estive no fundo de cada vontade encoberta
 E a coisa mais certa de todas as coisas
 Não vale um caminho sob o sol
 E o sol sobre a estrada, é o sol sobre a estrada, é o sol
 Por isso uma força me leva a cantar
 Por isso essa força estranha
 Por isso é que eu canto, não posso parar
 Por isso essa voz tamanha.

Música - Força Estranha - Caetano Veloso (LETRAS.MUS.BR)

A letra dessa música e sua musicalidade expressam o afeto despertado em mim durante a pesquisa e a compreensão da dedicação dos profissionais no trabalho com as crianças. Há uma intensa dedicação no trabalho na UTIP, inclusive com relações solidárias e afetivas entre si e com as crianças e seus pais em alguns momentos. Principalmente com as crianças, observa-se que uma dedicação tamanha promotora de vida tanto nas crianças como nos próprios profissionais, como expresso no trecho da música: *Por isso uma força me leva a cantar, por isso uma força estranha, por isso é que eu canto, não posso parar, por isso essa voz tamanha*. Observei que muitos profissionais têm uma dedicação tão intensa que ultrapassam horas de trabalho e dedicam-se mais à UTIP do que aos seus próprios lares.

Ao mesmo tempo, o trabalho em meio a tantos aparelhos, barulhos, frio, rotinas, normas e conflitos traduz um tempo parado, repetitivo, sem estradas, como expresso na música: *eu pus os meus pés no riacho, e acho que nunca os tirei*, e em outro trecho: *O sol ainda brilha na estrada e eu nunca passei*. Expressando também uma relação agonística perante os movimentos da vida que apontam para o caminhar, a estrada, o sol e o desejo. Na UTIP, os profissionais vivenciam os movimentos da vida, do sentido das coisas, uma vez que lidam com morte, com crianças e seus pais em sofrimento. Nesse cenário, defendo que os profissionais necessitam de novas referências de diversas naturezas para que possam se apropriar da imensa riqueza subjetiva e afetiva emergente no trabalho nesse setor, que favorece esse entendimento

anunciado na música: *Aquele que conhece o jogo, o fogo das coisas que são, é o sol, é a estrada, é o tempo, é o pé e é o chão.*

O confronto com o desconhecido e inexorável pode nos libertar de uma existência mesquinha. Contudo a liberdade não é propriedade, não é pureza da alma, não é obediência a Deus ou ao poder, é pegar a estrada, empreender a própria vida, como na viagem do imaginário das crianças (CECCIM; PALOMBINI, 2009).

A partir dessa pesquisa e estudos, sinto-me renovada e com desejos de realizar novos projetos, como, por exemplo, associar os referenciais da arte, a poesia, a música e dança no trabalho com a saúde. Penso que a arte é um importante dispositivo para ampliar as formas de viver.

9.2 Reflexões sobre o efeito do estágio sanduíche na Universidade de Lisboa na autoria da Tese

A vivência do estágio no estrangeiro proporcionou um despertar dos sentidos para a percepção de detalhes do cotidiano, das arquiteturas, das práticas de vida das pessoas, etc. Como se o mundo de uma hora para outra se apresentasse mais colorido e cheio de novidades ou como se eu voltasse a sentir a curiosidade infantil, de tudo perguntar, querer ver ou tentar compreender com uma intensa excitabilidade, um devir-criança. Isso ocorreu principalmente no primeiro mês do estágio.

Logo no início, o professor me convidou para participar de seu grupo de pesquisa; senti um enorme desejo de ser aceita e de fazer novas amizades com as pessoas do grupo, o que me causou um primeiro incômodo. Senti que me estranhavam, tinham outras formas de se relacionar, de expressar, enfim, o grupo tinha uma dinâmica diferente dos que participei no Brasil. Era um grupo aberto, sempre com a presença de novas pessoas ou de outras que não eram frequentes às reuniões, com heterogeneidade dos interesses de estudo dos participantes, mesmo com grande número de pessoas com afinidade por estudar a música, cinema, dança, etc. Foi de imensa valia ler e discutir não só textos teóricos, mas principalmente o trabalho dos colegas desse grupo, momento em que observei o estilo de escrita e objetos de estudo, assim como relatos sobre como se sentiam antes da defesa da tese de doutorado e após a defesa. Esses momentos possibilitaram análises do modo como somos produzidos no meio acadêmico e o efeito disso em nossas vidas. Essas análises possibilitaram linhas de fuga e novos posicionamentos que fortaleceram o desejo de escrever, como autora da tese.

As reflexões empreendidas pelo professor com o grupo proporcionaram imensa riqueza em meus estudos e principalmente em minha escrita. Potencializaram meu desejo de refletir sobre meu objeto, sobre meus questionamentos, minha vida, os conceitos que utilizo ou que preciso conhecer e me impulsionaram a escrever com mais prazer. Nessa construção, desconstrução, reconstrução de pensamentos, reflexões sobre as questões de meu objeto de estudo, operaram-se também de modo ativo reflexões sobre minha vida, minhas experiências, fazendo emergir novas formas de me ver, de me estranhar, mas, acima de tudo, de me reencontrar e encontrar novas referências para pensar a vida.

Com certeza, a construção do pesquisador deve se operar a partir do resgate da autorreflexão, do reconhecimento dos conhecimentos adquiridos ao longo das experiências vividas, identificando, nesse contexto, as inquietações que geraram a delimitação do objeto de estudo, bem como o reconhecimento do desconhecido sobre ele. Esse processo produz desejos e impulsiona para a busca de interlocução com autores e textos que abordam e ampliam nosso entendimento sobre o objeto.

Acredito que essa seja a potência da pesquisa como máquina de guerra, na perspectiva deleuziana, em um entendimento de uma pesquisa que produza novas problematizações e desejo de invenções e estudos. É necessário esse deslocamento dos modos habituais de pensar com resgate reflexivo.

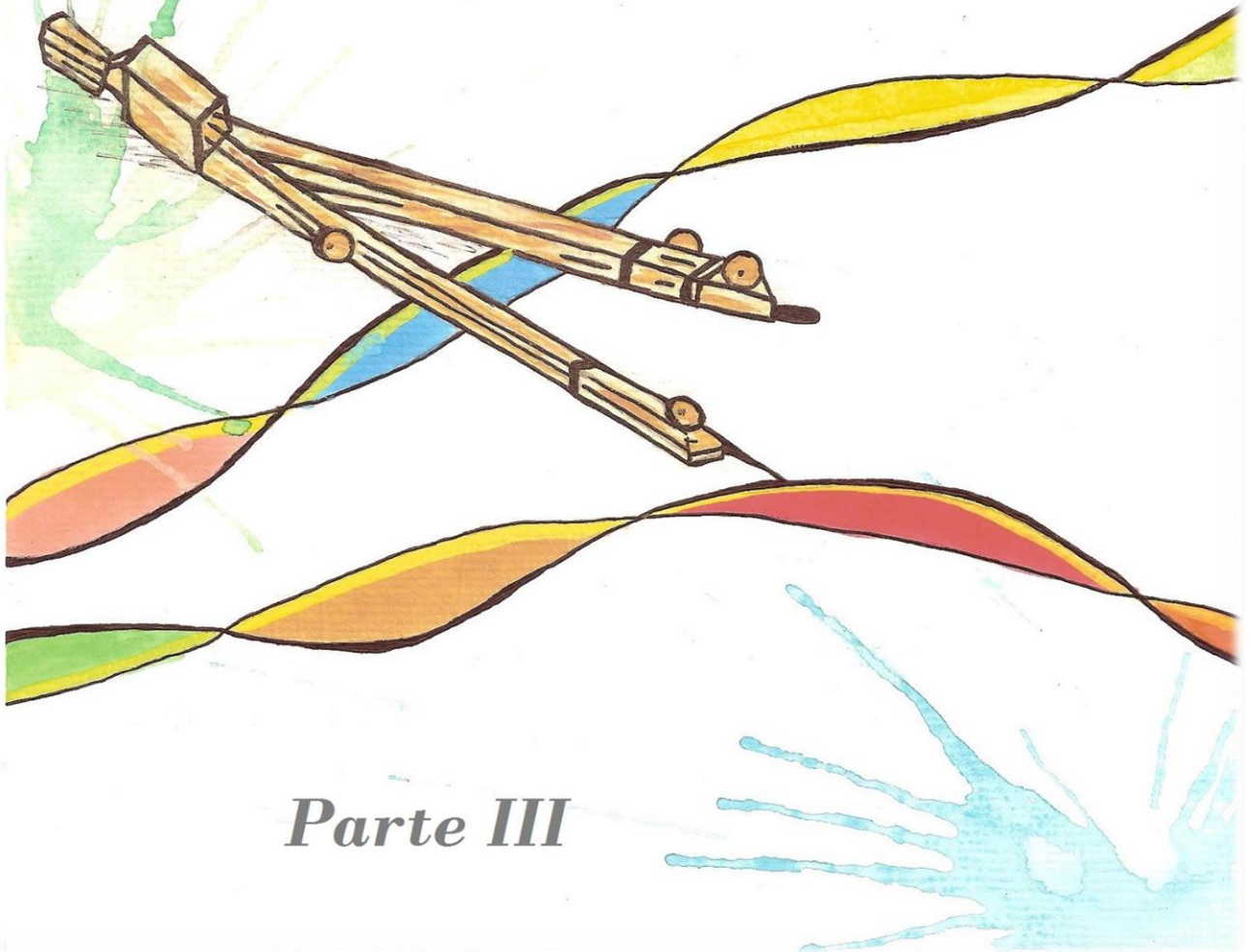
Retomando minhas análises sobre a potência do meu estágio no exterior, tive momentos de solidão também, invadidos por uma tristeza própria da crise que vivenciava ou do abandono de modos comodistas ou amortecidos em que me encontrava diante da vida, como de algumas formas de pensar, principalmente dentro da academia. Isso porque a preocupação com o rigor científico e com o que é correto e aceito academicamente são imperativos, o que muitas vezes "quebram nossas asas" impedindo-nos de voar e de sentir prazer nesse voo que é a construção do conhecimento por meio da pesquisa.

Em uma lógica diferente, as discussões e provocações do professor Jorge Ramos do Ó no grupo de pesquisa me colocaram como em frente a um espelho, mostravam-me minhas asas, lembrando Zaratustra (FRIEDRICH, 2002). A partir daí, não vivenciei somente os estranhamentos, mas algumas identificações, semelhanças, afetos com os participantes do grupo. Toda essa experiência ampliou minha forma de ver, de me afetar e influenciou minha forma de analisar meus dados de pesquisa e de escrever.

Nessa vivência que caracterizo como vibrátil, foi possível estranhar e me apropriar mais de meu objeto de estudo, reencontrá-lo e reconstruí-lo em diversos momentos. Novas ideias surgiram, e muito trabalho ainda está por ser feito após este trabalho.

Acredito que esse desafio foi possível por meio de novas unidades de referência não só cognitivas, de saberes, mas também estéticas. Essas novas unidades de referência ampliam a fluidez entre os diversos planos ou segmentos da realidade, favorecem a flexibilidade e o lidar com o hibridismo da realidade. Assim como são necessários encontros com pessoas em momentos semelhantes ao nosso, que favoreçam a sustentação de novas formas de ver o mundo, de se relacionar e de existir. Penso na importância desses dispositivos na UTIP para que os profissionais se apropriem dos fluxos desestabilizadores que transversalizam suas relações no trabalho para que ampliem a forma de lidar com os afetos emergentes.

*De uma América a outra consigo passar num segundo
Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo
Um menino caminha e caminhando chega no muro
E ali logo em frente a esperar pela gente o futuro está
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar
Não tem tempo nem piedade nem tem hora de chegar
Sem pedir licença muda nossa vida
Depois convida a rir ou chorar*



Parte III

PARTE III

10 MAPEANDO A UTIP EM ESTUDO...

Considerando o compromisso com uma nova forma de fazer pesquisa, que produza movimentos e agenciamentos, essa pesquisa utilizou-se da cartografia. Para tal, buscou-se o mapeamento das linhas de forças constitutivas do dispositivo UTIP. Entendendo dispositivo como um conjunto heterogêneo formado por estruturas arquitetônicas, equipamentos, regulamentos, normas, saberes, valores, crenças, pertencentes à realidade social local.

Nessa perspectiva, entende-se que o dispositivo UTIP é um território híbrido formado por um emaranhado de planos, como de organização, plano molar constituído por estratificações, normatizações; o plano de consistência, plano flexível constituído por incertezas, desconhecidos, todos esses planos são de imanência, de produção contínua dos relacionamentos e da vida.

O plano de organização no setor tem grande predomínio, formado pelas regulamentações, normas, compondo movimentos e relações caracterizadas por linhas duras, lineares, seguindo definições, saberes e regras instituídos, identidades e hierarquias profissionais. O plano da consistência é o da impessoalidade, compreendendo as indefinições, os acontecimentos, as incertezas, o inusitado que transversaliza o trabalho no setor, compondo relações permeáveis, flexíveis, solidárias de forte vínculo e afeto entre os sujeitos, tanto entre os profissionais quanto entre eles e as crianças, possibilitando a emergência de linhas de fuga agenciadoras de novas relações e invenções.

Nesse território, permanece uma zona de indescernibilidade acontecimental. Movimentos e acontecimentos provocam desterritorializações e dobras produtoras de agenciamentos solidários entre os sujeitos, mas em alguns também produtores de comportamentos perfeccionistas, desencadeando conflitos entre os profissionais e dificuldade em acolher os pais perante o sofrimento.

No primeiro dia de minha pesquisa na UTIP, estava com muito receio de não ser bem recebida pelos profissionais e também de incomodá-los, ansiosa. Além disso, preocupava-me com o que veria: crianças doentes e sofrendo. Analiso que esse receio se relaciona com minhas experiências anteriores como psicóloga hospitalar ao lidar com médicos, enfermeiros e também pela experiência em minha pesquisa de mestrado, quando, logo no primeiro dia, os profissionais da enfermagem se recusaram a conceder entrevistas. O receio de ver crianças sofrendo deve-se ao fato de não ter tido pouca experiência com crianças maiores em hospital. Nesse primeiro

momento me senti intimidada pelo tempo que fiquei aguardando a médica me receber, por orientação da recepcionista. A porta de entrada do setor abria e fechava incessantemente, muitos familiares aguardavam em um banco no corredor em frente à porta. Aquele local sem cor, somente com *bunner* informativo sobre a lei que assegura o direito das crianças e adolescentes terem o acompanhamento de seus pais e as regras internas do setor organizando tal direito. Além disso, um cartaz pregado na porta do setor com orientações para lavagem de mãos para prevenção de infecção hospitalar e outro cartaz com uma lei com informações sobre a punição aos usuários que agredirem os funcionários públicos no exercício profissional. Era uma recepção assustadora!

Alguns pais choravam do lado de fora: percebi que estavam com uma criança grave, por isso aquele corredor e a porta estavam tão tumultuados. Ao meu lado, a psicóloga atendia os pais; eu e outros pais que estavam com crianças internadas na UTIP escutávamos aquele atendimento. Os pais pareciam assustados como se temessem passar pelo que aquela família vivenciava naquele momento. Como percebi que perante aquela situação a médica não teria tempo para me receber, solicitei entrar e depois me apresentar a ela. Para a minha surpresa, a recepcionista concordou, percebi que estava afoita também naquele momento. Talvez tenha me autorizado a entrar para se ver livre de mais uma demanda para responder.

Logo que entrei, percebi o setor tenso — muitos profissionais estavam ao redor de uma criança —; senti-me invisível para aquelas pessoas, situação que intensificou minha inibição. Será que poderia incomodá-los com a minha presença? Quando observei que alguns profissionais me olhavam, apresentei-me e explicitiei meus objetivos ali, alguns disseram que tinha chegado em um bom dia para pesquisar. Procurei nesse dia não fazer perguntas, interessei-me em desconhecer naquele momento a identificação profissional de cada um. Não percebia diferenças na atuação, todos estavam juntos, integrados, com boa relação, pareciam da mesma profissão, com exceção dos médicos que rapidamente identifiquei tanto pelas roupas — alguns sem jaleco e com sandália com salto alto — como também pelas ordens que davam aos demais profissionais com relação aos procedimentos.

Ao longo das observações, percebi que a UTIP é um setor com atividades intensas de trabalho, muitos momentos marcados por rotinas compostas por barulhos contínuos dos alarmes dos aparelhos, frio constante do ar condicionado, setor fechado, com poucas janelas com vidros que permitiam a visualização de prédios, da luz ou escuridão de fora. Senti que a presença de tantos aparelhos ligados aos corpos de crianças, muitas imobilizadas, sedadas, organizados em semicírculo voltados para uma bancada central que ficava o posto de enfermagem me despertavam um sentimento de certa frieza, como se estivesse no interior de uma máquina viva.

Chamou-me a atenção as paredes brancas com diversos cartazes afixados nas salas da unidade com informações sobre regras, normas de funcionamento com os outros setores do hospital, de controle de infecção hospitalar e informações sobre feriados, comunicados do departamento de pessoal e sobre missão, visão e metas organizacionais; e também com normas da interação com outros setores, tanto para realização de exames, quanto para admissão de crianças do bloco cirúrgico. Essas informações se concentravam no posto de enfermagem e na sala de prontuários, local onde os médicos se reuniam e permaneciam durante o plantão.

Observava que os profissionais, principalmente os técnicos de enfermagem, registravam o tempo todo os procedimentos que realizavam, fato que despertou minha atenção pela intensa atividade de trabalho que parecia se dividir igualmente em procedimentos com a criança e com os aparelhos e os registros contínuos deles. Quando me disseram que devem registrar tudo, que isso os respaldava (fala deles) e que achavam até que registravam pouco, percebi que os controles eram acirrados e que havia sentimento de medo nas condutas que realizavam.

A estrutura física da UTIP é grande, com divisão de salas tanto para a parte assistencial quanto para a parte administrativa e de descanso dos profissionais. Ressalta-se divisões entre descanso de técnicos de enfermagem e dos profissionais de nível superior, como também a sala de prontuários e mesa de reuniões, local onde ficavam os médicos. Os postos de enfermagem ficavam na frente dos leitos organizados em semicírculo, no centro.

Além disso, o fluxo de profissionais externos é intenso, principalmente no horário diurno, com circulação de residentes, profissionais do laboratório, da farmácia, do setor de imagem, dos médicos especialistas, de professores e de visitas para as crianças. Tudo me pareceu muito intenso!

Nas mesas das salas, encontram-se diversas rotinas de trabalho, orientações para o controle de infecção hospitalar e protocolos dispostos nas mesas dos setores, da enfermagem e da sala de prontuários, assim como na intranet, nos computadores e muitos impressos para registros, encaminhamentos de pacientes, solicitação de exames, entre outros.

Os profissionais que trabalham na unidade são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos, além de estagiários de fonoaudiologia, nutrição e residentes de medicina. As normatizações do setor são regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do SUS (ANVISA). Tais regulamentações especificam exigências com relação ao número de funcionários, à formação profissional, à qualificação, às normas de segurança, ao gerenciamento de risco, à organização espacial do setor, aos equipamentos necessários, além de realizarem reavaliação regular para manutenção do funcionamento (BRASIL, 2010).

Os processos de trabalho são organizados e regulados por rotinas elaboradas para atender aos processos de normalização do setor com vistas à qualidade assistencial com reconhecimento de Organizações acreditadoras da qualidade. No hospital em estudo, as acreditadoras eram a ONA - Organização Nacional de Acreditação hospitalar (Brasileira), e *Joint Commission*, acreditadora internacional. Essas rotinas de trabalho, por sua vez, são fundamentadas em protocolos clínicos assistenciais, baseados em evidências científicas.

Na relação da UTIP com os outros setores do hospital, evidenciam-se demandas para o laboratório, o setor de imagem, de hemodiálise, entre outros. Na maioria das vezes, a relação entre os setores é também regulada por instrumentos com definição da interação entre eles, com acordos em relação ao horário para o envio de material para esterilização e para a solicitação de medicamentos, além de normas para as solicitações urgentes, entre outras.

Esse território normatizado é ao mesmo tempo rotineiro e dinâmico, uma vez que comporta regularidades, mas a qualquer momento surgem acontecimentos inusitados, provocando novas organizações dos profissionais entre si, com os pais e crianças e com a organização dos aparelhos. Alguns acontecimentos desestabilizadores são as novas admissões de crianças em situação grave, ou vindas do bloco cirúrgico, ou perante situações de instabilidades no quadro orgânico das crianças, ou de mães que resolvem sair do silêncio demandando atenção. Nos fins de semana e nos feriados, o setor tem um fluxo menor de pessoas externas, o que o torna mais vazio e calmo.

Essa UTIP recebe crianças de várias idades tanto de setores internos, como do Pronto Atendimento, da enfermaria ou do bloco cirúrgico do hospital, quanto pacientes externos, como os provenientes do acesso regulado pela Central de regulação de leitos do SUS. Nesse hospital, são realizadas cirurgias de alta complexidade, como transplantes, cirurgias cardíacas e neurocirurgias, em crianças com doenças muito graves, por exemplo, com câncer, patologias raras, doenças neurológicas, cardíacas, entre outras. Alguns profissionais relataram: "Esse CTI é muito diferente dos outros, aqui as crianças têm que lutar muito para viver, pois estão muito grave" (tec. enf.).

De fato, há uma luta para viver, tanto das crianças quanto dos profissionais que se dedicam intensamente ao trabalho com as crianças e consigo para lidar com sentimentos despertados que nem sempre são expressos no setor. Em alguns momentos, relatavam o sofrimento e dificuldades em vivenciarem o sofrimento das mães e das crianças entre si de modo informal e comigo durante as observações.

A respeito dos instrumentos de trabalho, em alguns momentos na UTIP escutei profissionais solicitarem sondas que estavam em falta no setor durante muitos dias e médicos

que se referiam, em suas reuniões, a medicamentos que também faltavam no hospital. A falta do material para o trabalho fazia com que os profissionais tivessem que improvisar recursos ou fazer trocas de materiais, utilizando alguns que não são ideais para a assistência, além de, novamente, o que provocava estresse nos profissionais.

Com relação ao fluxo de trabalho entre os profissionais no dia a dia, é notório que os médicos lidavam diretamente com a equipe de enfermagem, principalmente com as técnicas. Ressalta-se que a eficácia do trabalho deles depende da eficácia do trabalho delas, pois elas executam o que eles prescrevem.

A relação das fisioterapeutas com os demais profissionais era bem integrada. Elas transitavam pela sala dos médicos, mas, ao mesmo tempo, ficavam muito tempo junto dos leitos das crianças, próximas da equipe de enfermagem. Os médicos, em suas discussões, consideravam suas avaliações, bem como as da fonoaudióloga e da nutricionista para definirem suas condutas, apesar de tentar influenciá-las em suas avaliações quando discordavam.

Uma fisioterapeuta em especial tinha um ótimo relacionamento com todos os profissionais, essa profissional agenciava novos relacionamentos no setor. Em um dia, quando uma criança estava falecendo, as médicas a chamaram e compartilharam a decisão de colocar a criança nos braços da mãe para morrer. Percebi que essa profissional era referência para expressão de sentimentos dos profissionais com relação ao sofrimento das mães e crianças, mas também com relação aos conflitos entre os profissionais. Ela também compartilhava seus sentimentos com os demais.

A relação dos médicos com a terapia ocupacional e psicologia era menos intensa pelo fato de essas profissionais não permanecerem no setor. Segundo os profissionais, a reunião multiprofissional acontece todos os dias, às 7 horas da manhã, após a passagem de plantão dos médicos, na "corrida de leitos", que era uma reunião entre os profissionais perto dos leitos das crianças. Nesses momentos, contudo, os profissionais não médicos participavam pouco.

Essas reuniões eram para comunicação da programação de condutas clínicas a serem realizadas durante o dia. Nessas "corridas de leitos", os médicos estavam aproveitando para realizarem monitoramento do *check-list* de materiais que deveriam estar nos leitos das crianças. Uma enfermeira relatou que esse monitoramento era uma interferência dos médicos em seu trabalho, pois era de sua responsabilidade. Desse modo, ficou evidente a hierarquia nas relações entre os profissionais, com predomínio das decisões dos médicos sobre os demais. Esse fato pode ser entendido pelo predomínio da racionalidade e das práticas de trabalho se pautarem na clínica médica tradicional.

As reuniões dos médicos são surpreendentes! Discutiam detalhadamente os casos clínicos das crianças, referenciando-se o tempo todo em evidências científicas e novas pesquisas, além de analisarem diversos exames e calcularem medicações e suas interações medicamentosas.

O discurso desses profissionais era prioritariamente lógico, matemático, em raríssimos momentos relatavam algo sobre os relacionamentos com as mães e crianças. Tinham registros contínuos da passagem de plantão que eram os *passômetros*, com informações orgânicas, de exames e medicamentosas. Esses *passômetros* eram atualizados pelos residentes do setor, mas passados para todos os profissionais. Esse documento era enviado por e-mail para todos os profissionais do setor, que poderiam acompanhar o estado clínico das crianças quando estivessem fora do horário de plantão. Uma fisioterapeuta relatou a esse respeito que deixou de ler essas informações quando estava fora de seu plantão para poder se desligar do setor e cuidar de si mesma.

Ao longo das observações, os profissionais foram se familiarizando com minha presença e, a partir de então, relatavam a mim sobre o estado de saúde das crianças, suas histórias pessoais, etc. Em alguns momentos, comecei a sentir que pertencia ao setor, afinal todos já me conheciam e minha atividade de observadora parecia ter sido incorporada um pouco à rotina.

No setor, notavam-se crianças sedadas, ligadas a muitos aparelhos, a bombas de infusão de medicamentos, entubadas e com sondas. Algumas, mais instáveis do que outras, exigem contínua mudança na administração de medicamentos e uma técnica de enfermagem exclusiva para seu cuidado contínuo. Essas crianças inertes pelas sedações administradas pareciam sem vida. O que sinaliza suas vidas eram os aparelhos que apresentavam parâmetros de batimentos cardíacos, padrão de saturação de oxigenação, de pressão sanguínea, entre outros.

Na UTIP, não havia pinturas nas paredes, como bonecos, feitiçeiros, dançarinos; e é notável a escassez de brinquedos. Em muitos dias, havia somente uma pequena boneca em um leito, dois brinquedos em outro, além de algumas crianças com *notebooks* pequenos, que tocavam CDs com músicas e exibiam filmes infantis, não mais do que isso. Entretanto, quando perguntei a respeito dos brinquedos, logo me disseram que estavam guardados em uma pequena sala, na entrada do setor. Fui até lá e observei a existência de muitos brinquedos de plástico, embalados em um saco em uma estante, e em um armário livros infantis, empoeirados pelo tempo, segundo relato da enfermeira.

O sentimento que me provocou ao ver os brinquedos nessa sala, em meio a materiais guardados, foi de ausência de crianças, como se sua infância tivesse sido interrompida. A infância me remete a uma fase da vida repleta de curiosidades, descobertas e povoada pelo

imaginário, potencializada pela criança, pelo brincar e criar. Ao invés disso, as crianças encontravam-se passivas diante dos pequenos *notebooks*. Salienta-se que essa troca de brinquedos por computadores e pela internet é uma característica da modernidade, e nesse sentido agrada a essas crianças, mas com a presença desses aparelhos notamos mais silêncio e menos expressão das crianças, que ficam compenetradas assistindo a filmes.

Uma das enfermeiras da UTIP relatou que houve uma época, no momento em que os brinquedos foram adquiridos, que foi criada uma brinquedoteca por uma enfermeira que coordenava a enfermagem no setor. O projeto dessa brinquedoteca foi premiado. Logo, procurei essa enfermeira que trabalhava na diretoria de enfermagem, que relatou a mim que nessa época deixava alguns brinquedos em cima dos berços, mesmo se as crianças estivessem desacordadas, com intuito de recordar aos profissionais sobre a presença da criança, e da infância, com suas especificidades. Relatou, ainda, que mantinha músicas infantis no setor em tom baixo, para criar um clima mais afetivo e acolhedor.

Contudo, segundo essa enfermeira, atualmente os profissionais se esquecem de oferecer brinquedos para as crianças, os quais acabaram por perder a importância, fato que explica em função da mudança de perfil dos profissionais da gestão e da assistência aos pacientes. Dentre essas mudanças, foi destacada a presença dos médicos horizontais, diaristas no setor, que passaram a permanecer fixos nos turnos da manhã e da tarde, o que possibilitou a organização da equipe médica e o aumento do controle sobre os processos de trabalho do setor.

Em conversa com a enfermeira da UTIP, foi confirmado que os profissionais se esqueciam de oferecer os brinquedos às crianças, principalmente os livros de histórias infantis. O que são disponibilizados para o entretenimento das crianças são os *notebooks*, que foram comprados e doados pelos médicos da unidade. Segundo uma técnica de enfermagem, esses pequenos aparelhos ficam sob a guarda dos médicos; quando queriam oferecê-los às crianças, deveriam solicitar a eles, o que reforçava a pouca autonomia da enfermagem na assistência às crianças e sua subordinação às decisões dos médicos.

Em alguns momentos em que esses *notebooks* estavam tocando músicas infantis, pude observar técnicas de enfermagem cantarolando enquanto trabalhavam e senti que as músicas infantis alegravam o setor, como se colorissem o espaço. Conversei com algumas técnicas sobre as músicas, e disseram o mesmo: "Adoro essas músicas infantis!", relatou uma técnica de enfermagem.

Um dispositivo importante que funcionava e favorecia sentimentos de alegria no setor era a visita regular dos Doutores da Alegria, que se chamava grupo Ha, ha, ha! Observei que, quando chegavam, alegravam de fato muitas crianças e também os profissionais. Provocavam

um sentimento de cor no espaço, faziam uma desordem que parecia resgatar a vida, sonhos, imaginário, o afeto, a alegria. Esses profissionais assemelhavam-se às crianças, pois eram surpreendentes nas atuações, espontâneas e "leves", e rompiam a rotina dos funcionários do setor, conforme relato de uma fisioterapeuta.

A presença de palhaços no hospital é estimulada na perspectiva da humanização da assistência, para o resgate da dimensão subjetiva na assistência, perdida ou esquecida pela supervalorização das intervenções orgânicas. Outra ação de humanização reconhecida pelos profissionais do setor refere-se à presença de pais.

A esse respeito, o estatuto da criança e do adolescente regulamenta os direitos dos usuários do SUS e assegura às crianças e adolescentes até os 16 anos o direito do acompanhamento de seus pais ou representantes legais. Nesse sentido, os pais têm direito a acompanhar seus filhos, devendo seguir as normas da UTIP. De acordo com essas normas, era permitida somente a entrada de um acompanhante por vez, e esses só poderiam ser os pais das crianças. Os casos que necessitassem de exceções eram discutidos com a assistente social ou com a psicóloga que, por sua vez, procuravam os médicos do setor.

No entanto, evidenciei que os pais entravam e saíam se alternando para ver a criança e, frequentemente, entravam também outros parentes, como avós e tios, sem o impedimento dos profissionais. As secretárias do setor é que organizavam a entrada de visitantes, mas, de fato, para permanecer junto do leito, acompanhando a criança, só era permitido a um dos pais. Quando precisavam revezar com algum outro familiar, solicitavam autorização.

Observei que muitas mães ficavam corporalmente retraídas, encolhidas, acanhadas, talvez angustiadas. Em outros momentos, demonstravam ansiedade e tornavam-se queixosas. Contudo, ao se aproximarem dos seus filhos, enchiam-nos de afeto e de vida. Elas lembravam os profissionais, a todo o momento, sobre a vida que habitava os corpos daquelas crianças, pelas indagações que faziam, como por exemplo: “Será que ele está sentindo dor nessa posição?”; “Acho que ele está com medo.”; “Ele não gosta desse filme, tem outro filme para ele assistir?”. Ou, até mesmo intervindo em favor da subjetividade de seus filhos, o que se pôde constatar em um momento em que foi solicitado à mãe que se retirasse para que a enfermeira pegasse um acesso venoso em sua filha. Nesse momento, a mãe solicitou que não pegassem o acesso na mão que a menina chupava o dedo, pois isso a acalmava.

O sentimento que me despertou com a presença das mães é que se assemelhavam a um remédio para a alma das crianças e que, mesmo alguns profissionais mantendo certo distanciamento delas, reconheciam sua importância perto da criança. Muitas vezes, as técnicas de enfermagem relataram sofrer por se identificarem com as mães.

No momento de realização de procedimentos mais invasivos nas crianças e na passagem de plantão, as mães eram convidadas a se retirar. Pelo mesmo motivo, quando queriam entrar no setor, tinham que solicitar autorização da secretária da recepção que, primeiro, verificava se estava sendo realizado algum procedimento com a criança, para depois liberar a entrada. A presença da mãe nas situações de sofrimento da criança mobilizava sentimentos nos profissionais.

Com relação à presença das mães na UTIP, muitas ficavam hospedadas no hospital, pois têm direito a uma enfermagem para os pais, a fim de acompanharem regularmente seus filhos. No entanto, muitas mães não estavam presentes, talvez por dor, pelo cansaço ou pelo trabalho. Desse modo, muitas crianças recebiam poucas visitas.

Os afetos despertados no cotidiano da UTIP evidenciavam sofrimento nos profissionais, mas também movimentos desejantes em busca da construção de novas formas de conviver com o trabalho e com os outros.

11 ARTIGO 1:

Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde

Clinical protocol as analytical dispositive of power relations among health professionals

Tereza Cristina Peixoto¹, Maria José Menezes Brito²

¹ Centro Universitário (UNA) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
terezacpc@hotmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Enfermagem Aplicada – Belo Horizonte, Brasil.
mj.brito@globo.com

RESUMO Objetivou-se analisar as relações interprofissionais, tomando como referência o dispositivo protocolo clínico na terapia intensiva pediátrica. Estudo de caso qualitativo com coleta de dados feita por meio de observação, entrevistas com 14 profissionais e análise de discurso foucaultiana. Os protocolos clínicos regulam as relações, mas não asseguram a integração interprofissional. A clínica tradicional dificulta o lidar com a dimensão subjetiva implicada no sofrimento e morte, produzindo relações conflituosas, com busca pela perfeição e culpabilização por erros. Perante os conflitos, o protocolo multidisciplinar para cuidados paliativos pode favorecer a integração e ética da equipe.

PALAVRAS-CHAVE Relações interprofissionais; Unidade de Tratamento Intensivo pediátrico; Protocolos Assistenciais.

ABSTRACT *This paper aimed at the analysis of inter-professional relationships, using as reference the clinical protocol applied in pediatric intensive care units. The study used qualitative methods based on observation, fourteen professional interviews and foucaultian discourse analysis. Data showed that the clinical protocols were able to regulate professional relationships but did not ensure inter-professional integration. The results indicate that traditional clinical practice hampers the ability to face the subjective dimension of suffering and death, thus producing conflicts, perfectionism and blaming. Before conflicts, the multidisciplinary palliative care protocols could help the building an integrated and ethic team.*

KEYWORDS *Inter-professional relations; Pediatric Intensive Care Unit; Care protocols.*

Introdução

Após a segunda guerra mundial, as novas estratégias políticas criadas pelo Estado configuram a biopolítica, a qual consiste na articulação das tecnologias de governo com conhecimentos científicos com vistas a racionalizar e regular os fenômenos sociais. As novas

políticas instituídas pelo Estado reorganizaram o modelo de atenção à saúde com foco na prevenção de doenças e no direito à saúde da população (FOUCAULT, 2008b). Assim, os mecanismos de manipulação social passaram a ser mais sutis, conquistando o consentimento da população e não mais a docilização das pessoas (PASSOS, 2012).

No campo da saúde, nos séculos XIX e XX, os avanços científicos e tecnológicos acentuaram o desenvolvimento da medicina principalmente na cura e na prevenção de doenças. Nesse contexto, foram desenvolvidas intervenções tecnológicas sofisticadas, como, por exemplo, o Centro de Tratamento Intensivo, para pacientes em estado crítico. No Brasil, a partir dos anos 1970, tornam-se mais evidentes reivindicações sociais e políticas em prol da promoção da saúde, em defesa da vida e ampliação da cidadania, que se traduzem no movimento denominado como Reforma Sanitária.

Na atualidade, Ferreira Neto e Araújo (2014) mencionam a existência de distintos modelos de gestão e atenção e modos de relacionamento entre os sujeitos no trabalho em saúde. Trata-se do modelo que traduz a lógica da Reforma Sanitária e daquele que atende aos interesses econômicos neoliberais, com ênfase nas intervenções medicalizantes.

Cabe salientar que o modelo de gestão e atenção defendido pela Reforma Sanitária apresenta gestão democrática, com relações integradas no trabalho em equipe e em Rede. Ademais, a Clínica Ampliada privilegia a participação do usuário no tratamento e considera a singularidade dos sujeitos, tendo como foco das ações a promoção da saúde e a Clínica Ampliada (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011). Por outro lado, o modelo neoliberal, predominante nas práticas de saúde, dificulta os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista a centralização do saber médico, com ênfase na cura de doenças, a escassa participação do usuário, as ações fragmentadas e medicalizantes, caracterizando, pois, a clínica tradicional (FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2014). Para Bedrikow e Campos (2011), a clínica tradicional é eficaz para a cura de várias doenças, mas é frágil para lidar com demandas subjetivas.

Nesse cenário híbrido, as necessidades de aprimoramento na gestão e atenção na saúde pública se tornam mais complexas, em decorrência da exigência de qualidade com redução dos riscos assistenciais e controle financeiro. Além disso, para Bernardes *et al.* (2011), há a necessidade da criação de mecanismos para a transformação da cultura dos serviços em prol da integralidade assistencial e democratização da gestão. Nessa perspectiva, há que se chamar a atenção para o protocolo clínico como importante ferramenta de gestão voltada para o controle financeiro e redução dos riscos assistenciais. Sobre os protocolos voltados para a gestão da clínica, Mendes (2011) destaca a importância do envolvimento efetivo da equipe

multidisciplinar na sua elaboração com a finalidade de integrar a equipe de saúde (MENDES, 2011).

Apesar dos esforços voltados para a consolidação dos novos modelos de gestão e atenção e, ainda, do estímulo à elaboração de protocolos clínicos com a participação da equipe, observa-se a fragmentação das práticas assistenciais, com visíveis fragilidades no trabalho multidisciplinar. A esse respeito, Bernardes *et al.* (2011) afirmam que a implementação dos novos modelos ou ferramentas gerenciais não são suficientes para assegurar mudanças culturais nos serviços de saúde e, nem mesmo, a integração entre os profissionais, o que decorre da micropolítica das relações, caracterizada por conflitos e corporativismos profissionais.

A partir do contexto descrito, objetivou-se, por meio do presente estudo, analisar as relações interprofissionais, tomando como referência o dispositivo protocolo clínico em uma unidade de tratamento intensivo pediátrica.

Ressalta-se a existência de estudos no campo da Saúde Coletiva sobre a micropolítica e subjetividade no trabalho em função da importância de estratégias para a transformação da cultura no SUS e efetivação de seu modelo de atenção e gestão. Nessa direção, este estudo contribui para os demais, enfatizando a importância da atenção integral na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), mesmo sendo destinado a procedimentos intervencionistas. A Clínica Ampliada na UTIP contribui para a humanização da assistência e preparo dos profissionais no lidar com a dimensão subjetiva no envolvimento com as crianças e seus pais. Espera-se que este estudo contribua para a criação de estratégias para a produção de novas formas de relacionamento entre os sujeitos com foco na integralidade e na saúde dos profissionais.

Percurso metodológico

A concepção teórico-metodológica deste estudo é de natureza analítico-descritiva, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2007). A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso, por tratar-se de uma análise em profundidade de uma unidade em foco. Outro aspecto que caracteriza essa estratégia de pesquisa é a busca pela compreensão de ‘como’ e ‘por que’ ocorrem os fenômenos (DIONNE; LAVILLE, 1999).

O cenário de estudo foi uma UTIP de um hospital universitário. A referida unidade foi escolhida por sua complexidade, uma vez que possui alta tecnologia e intensa demanda por acolhimento emocional de crianças e seus pais. A coleta de dados foi realizada por meio de observações participantes, no período de junho a agosto de 2014, em diversos horários de

trabalho e em plantões de finais de semana, nos turnos da manhã, tarde e noite, perfazendo um total de 80 horas. As observações foram registradas em um diário de bordo e focalizaram as práticas e fluxos cotidianos do trabalho dos profissionais de saúde, as relações dos profissionais entre si, as relações desses com crianças e com familiares. Também foram utilizados como fonte de dados documentos e informações presentes no setor, sua organização arquitetônica e os acontecimentos diários. A pesquisadora estabeleceu uma relação próxima e afetiva com os sujeitos, profissionais, crianças e familiares.

Por meio das observações, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com um grupo heterogêneo de profissionais de saúde, escolhidos intencionalmente: 2 médicos, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, psicóloga e nutricionista, 1 coordenador médico e da enfermagem, totalizando 14 profissionais. As entrevistas foram concomitantes às observações.

As perguntas norteadoras das entrevistas foram: Como é para você trabalhar em uma UTIP? Como é lidar com crianças doentes em uma UTIP? Quais são os fatores que facilitam e dificultam o trabalho? Como são as relações interprofissionais? Como é o trabalho em equipe? Há reuniões de trabalho e como são? O que você pensa sobre os protocolos assistenciais? Por se tratar de um roteiro semiestruturado, outras perguntas foram elaboradas no decorrer das entrevistas, com vistas ao aprofundamento das questões sobre a temática em foco.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre seus riscos. O anonimato e o direito de interrupção das entrevistas foram assegurados e, no início das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Protocolo ETIC n.º 30316914.0.0000.51.49) e pelo Comitê de Ética do hospital. Na apresentação dos resultados, os participantes foram identificados pela letra inicial de sua profissão a fim de se preservar seu anonimato.

Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de discurso na perspectiva *foucaultiana*, identificando os enunciados, os quais consistem em acontecimentos que não estão dados, são produzidos por condições históricas, não são aparentes ou visíveis, mas também não estão ocultos nos atos de linguagem (PASSOS, 2012).

Na perspectiva analítica, assumem-se as práticas sociais e os saberes implicados nas relações de poder entre os indivíduos em um contexto sócio-histórico. Os resultados são apresentados com os seguintes subtítulos: Protocolo como regulador das relações de poder e Cuidado de si e dos outros na UTIP e cuidados paliativos.

Resultados e discussão

Na articulação entre relações de poder e saber, produzem-se as subjetividades, quer dizer, o modo como as pessoas se relacionam consigo mesmas e com os outros. Assumindo o dispositivo protocolo clínico, são analisados os regimes de verdade que sustentam as relações de poder entre profissionais de saúde, suas práticas discursivas e não discursivas. Considerou-se o dispositivo articulado aos três grandes eixos descritos por Foucault: o saber, o poder e a subjetividade.

O contexto sócio-histórico dos Centros de Tratamento Intensivo (CTIs) aponta que sua criação é produto do desenvolvimento da medicina intervencionista, com ênfase na patologia. O CTI surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos da América e na Europa, no contexto de uma epidemia de poliomielite, para concentrar doentes críticos, com necessidades de intervenções terapêuticas invasivas, com monitoramento contínuo.

A denominação CTI refere-se ao agrupamento em uma mesma área física de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A UTI, por sua vez, é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, com patologias ou faixa etária específicas. Esse setor é normatizado pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2010).

Nos CTIs em geral, os saberes tecnocientíficos, a regulação dos procedimentos e o uso de protocolos clínicos são imprescindíveis para a eficiência e eficácia no trabalho. Ademais, o fato de a UTIP, cenário da investigação, pertencer a um hospital universitário reforça a demarcação de um território com concentração de poder em torno do ensino e da ciência (CARMO *et al.*, 2007). Na UTIP em estudo, foram observadas disputas de saber entre pediatras intensivistas e outros especialistas.

Após a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, os hospitais universitários sofreram mudanças na gestão para se integrarem à Rede assistencial e atenderem aos compromissos pactuados com as Instâncias Gestoras do SUS, entre esses o uso de protocolos assistenciais (CARMO *et al.*, 2007). Os protocolos clínicos ou assistenciais são recomendações para as práticas assistenciais baseados em evidência científica, elaborados de forma sistemática, a partir de orientações concisas sobre diagnóstico e tratamento. São importantes ferramentas gerenciais e para atualização clínica, sendo utilizados para reduzir a variação das ações na prática clínica por meio de normatizações (WERNECK; FARIA, 2009).

Protocolo regulador das relações de poder

Especificamente em relação ao cenário da pesquisa, observa-se que se trata de um setor com forte regulamentação por leis, normas e protocolos. Na entrevista, o médico 3, ao ser indagado sobre a observância dos protocolos, relata: *“Quando eu falo dos protocolos, nossos protocolos são para nós mesmos seguirmos, né? Só os médicos. Então tem muita coisa assim para as outras clínicas. Tem poucos protocolos multidisciplinares”* (M.3). Essa enunciação explicita que os protocolos da UTIP são fundamentados em conhecimentos médicos, ou seja, pertencem aos médicos. Esse fato confere lugar de poder e verdade no setor. Além disso, a escassez de protocolos multidisciplinares expressa a falta de participação efetiva da equipe na elaboração dos protocolos e o predomínio do saber médico.

Apesar de os protocolos serem médicos, os profissionais atribuem valor a seu uso, como no relato a seguir: *“Eu sou suspeita, porque eu sou defensora máxima da padronização no UTIP, não da mecanização da padronização. Quando você atende, você tem um protocolo de atendimento, esse é o protocolo, mas foge da mecanização, você faz um acalento na criança, você vê como ela está”* (Fisio.2). Nesse relato, há uma defesa pela padronização como forma de organização do trabalho, mas sem mecanização dos procedimentos, trazendo à tona a polêmica sobre o uso dos protocolos e a objetivação relações, contrários às discussões de humanização. Alguns estudos em UTI, como os de Araújo (2005), evidenciam que o uso de protocolos, normas e o lidar com máquinas complexas pelos trabalhadores influenciam as relações, que se tornam objetivadas entre os profissionais e os pacientes.

Alguns profissionais resistem ao uso de protocolos, por acreditarem que são dispensáveis para o exercício em sua área de atuação, como no relato a seguir:

[...] na verdade, a Terapia Ocupacional especificamente, por não ter obrigatoriedade na equipe. A gente está construindo os protocolos aos poucos. [...] assim, sinceramente, eu acho que as normas são importantes, mas é [...] pra gente ter como consulta mesmo [...], mas eu acho que na questão da Terapia Ocupacional elas não sejam essenciais, imprescindíveis. (TO).

Esse relato defende a não obrigatoriedade da exclusividade dessa categoria profissional no setor, mas os profissionais da psicologia, nutrição e fonoaudiologia também não precisam ser exclusivos, são desejáveis na atenção aos pacientes, segundo as normatizações estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do SUS (Anvisa) para a autorização do funcionamento dos CTIs. Essa regulamentação fragiliza a integração desses profissionais na

equipe e a incorporação de outros campos de conhecimentos relacionados à atenção integral nas discussões da equipe.

Ressalta-se que o fato desses profissionais não serem exclusivos no setor fragiliza a sua integração com os demais membros da equipe. Além disso, esses profissionais não se sentem reconhecidos, conforme o relato: *“A gente fica assim [...] não é reservado não, mas eles não reparam muito a nossa presença. Então, na passagem de plantão, a gente não tem que estar sempre, de vez em quando a gente consegue acompanhar”* (TO).

Durante a observação, verificou-se que os profissionais da terapia ocupacional, da psicologia, da nutrição e da fonoaudiologia não participavam das reuniões na corrida de leitos. Esses profissionais não tinham seus protocolos concluídos e não os utilizavam na UTIP, o que, na cultura da UTIP, fragiliza ainda mais o reconhecimento de sua atuação, por ser um setor que valoriza práticas fundamentadas em evidência científica. A psicóloga relatou a esse respeito: *“Olha, é [...] com relação a protocolo, a gente está mesmo formalizando, mas na UTIP a gente não segue muito protocolo, é o trabalho mesmo de acompanhamento”* (P.1).

Nas observações, percebeu-se que as relações profissionais são reguladas pelas práticas cotidianas. Nesse sentido, a terapia ocupacional se relaciona prioritariamente com a psicologia, e a fisioterapia com a fonoaudiologia, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos em decorrência do trabalho conjunto. A respeito da dificuldade de integração com os profissionais não exclusivos no setor, a Fisio.2 relatou: *“É muito difícil, muito difícil, é por questões do número de profissionais, até da integração que esses outros profissionais têm aqui dentro, mas com a fonoaudiologia é mais tranquilo, a gente trabalha junto”* (Fisio.2).

A integração profissional, em função da afinidade na prática de trabalho, não é suficiente para uma Clínica Ampliada, pois esta requer também a integração de campos de conhecimentos distintos, produzindo uma visão ampliada de saúde. A Clínica Ampliada, como afirmam Bedrikow e Campos (2011), considera a ampliação do objeto de intervenção, incluindo não só a doença, mas também o sujeito e seu contexto, sua forma de viver. Para tal, é necessária a participação dos sujeitos no tratamento e o trabalho em equipe multidisciplinar.

Em contraposição à perspectiva da Clínica Ampliada, a falta de reuniões multidisciplinares com a participação efetiva dos profissionais dificulta a integração e a visão ampliada sobre a saúde. Evidenciou-se que as reuniões multiprofissionais ocorrem diariamente, na passagem de plantão no turno da manhã, mas têm pouca participação da equipe, uma vez que possuem a finalidade de discutir casos mediados pelo discurso médico, direcionados para orientações clínicas. A respeito da participação nas reuniões, a psicóloga relatou:

Olha, atualmente, a gente não tem conseguido participar, aquela reunião é extremamente técnica, ah, o nível de potássio é tanto, é uma reunião super-rápida, de

passagem de plantão, em que os profissionais estão querendo ir embora, outros estão chegando. Então, comecei a participar um tempo, e não estava funcionando (P.1).

Durante as observações, constatou-se que a fisioterapia participava mais das reuniões do que os demais profissionais. Essa proximidade é evidenciada na elaboração dos protocolos, uma vez que a fisioterapia elaborou alguns protocolos em parceria com os médicos, o que contribuiu para a integração de suas práticas, como no relato abaixo:

Aqui a gente tem alguns protocolos, já prontos, a fisioterapia e a equipe médica também têm muitos. No ano passado, eu até ajudei a montar dois desses protocolos. E a gente tenta colocar em prática, mas o trabalho todo ainda não está sistematizado. Eu acho que tinham que, de alguma forma, conscientizar as pessoas da importância disso, sabe? (F.2).

Destaca-se, nessa enunciação, as resistências dos profissionais com relação ao uso dos protocolos, que, nesse setor, são exigências dos médicos, deixando transparecer o conflito entre os profissionais.

No entanto, mesmo os protocolos da UTIP sendo fundamentados no discurso médico, observa-se a resistência de alguns profissionais médicos em sua utilização, como no seguinte relato: “Os protocolos são seguidos, mas a gente ainda tem a cultura de achar que, o eu acho, tem muito do eu acho [...], mas isso está mudando” (M.1). O eu acho refere-se ao conhecimento não fundamentado nos parâmetros científicos.

A resistência no seguimento de protocolos refere-se à resistência com a regulação das práticas clínicas (MENDES, 2011). No entanto, o seguimento dos protocolos confere valor perante conflitos interprofissionais e disputas de poder, como na relação entre médicos da UTIP e os cirurgiões, como explicitado:

Aí começou a aparecer outro ponto de conflito, que antes era menos que [...] quando não tinha um segmento da ação entre os médicos, o especialista entrava aqui e determinava e fazia e o que queria. A partir do momento que a equipe médica se organizou, é: você quer que faça isso com esse paciente, mas por quê? Cadê o protocolo disso? (M.3).

Percebe-se, por meio do discurso de M.3, que os protocolos legitimam as práticas e regulam as relações de poder. Na UTIP, os médicos entrevistados relataram conflitos na definição de procedimentos com os especialistas, principalmente com os da cirurgia. Mediante esses conflitos, os protocolos fortalecem os pediatras em suas decisões terapêuticas.

Em outras situações, foram identificadas divergências entre profissionais quanto a procedimentos, e os protocolos asseguraram a decisão de quem os conhecia, como no relato dessa técnica de enfermagem:

Eu acho essenciais as normatizações, porque, quando existe um protocolo [...] quando há um protocolo, né? E, se eu não estou seguindo o protocolo que está escrito, o erro é meu. Quando o médico me cobra fora daquilo, ele não tem como cobrar, então, na realidade, o protocolo me respalda, excelente! Eu acho que tudo tem que ter um protocolo. (Tec.2).

Essa enunciação demonstra a importância dos protocolos para o posicionamento dos profissionais no setor e perante os conflitos.

Em diferentes ocasiões, foram observados médicos questionando a organização do trabalho de outros profissionais, principalmente das técnicas de enfermagem, explicitando os modos de relacionamento entre os sujeitos, como no seguinte relato:

Então, a gente ficou com um grupo novo de médicos, homogêneo, mas ainda um pouco mais estressado, exigente e, principalmente, exigente. Amenizou embates e brigas por coisas bobas, mas começou a ter um tipo de cobrança [...], mais se eu tenho meus protocolos e tenho uma assistência organizada, na hora que eu vou lá, e a parte do outro falha, não se consegue manter o protocolo, isso gera briga na beira do leito. (M.3).

Salienta-se o valor atribuído aos protocolos para segurança das práticas e justifica os conflitos interprofissionais. Foi possível constatar, inclusive, a regulação do trabalho de enfermeiros por parte de médicos, como nessa afirmação de E.2:

Muitas vezes as pessoas não respeitam o que a gente fala, não briga com você por causa de [...], mas eu estudei também, né? Eu estudei para ser enfermeira, né? Isso é muito ruim aqui dentro, não é levado em consideração que teve a implantação do check list na corrida de leito, que estressou todo mundo. O check list feito pelos médicos e é da enfermagem.

O predomínio da clínica tradicional no setor relacionado à necessidade dos saberes e decisões médicas fragiliza o reconhecimento dos demais profissionais. Carapinheiro (1998), em sua pesquisa em um hospital, evidenciou que a regulação do trabalho dos demais profissionais de saúde por parte dos médicos é comum no cotidiano dos hospitais e caracteriza as relações de poder. Os médicos, no hospital, possuem um autogoverno sobre suas ações, ao mesmo tempo em que interferem na atuação dos demais profissionais.

Perante esses conflitos, observou-se que a equipe de técnicos de enfermagem registra continuamente seus procedimentos, para se protegerem. O registro é outro mecanismo de regulação das relações, assim como os protocolos clínicos. A esse respeito, uma profissional relatou: “*Nós registramos pouco até, deveríamos registrar mais, pois isso nos dá respaldo*” (Tec.2). O respaldo refere-se novamente à defesa desses profissionais diante de possíveis acusações ou processos legais.

O cuidado de si e dos outros na UTIP e cuidados paliativos

Entende-se que o saber médico, predominante na organização, subsidia e regula as práticas de trabalho, produzindo modos de relacionamento entre os profissionais. Nessa perspectiva, os profissionais na UTIP apresentam relato de autocuidado, na perspectiva da biopolítica: *“Eu faço exercício físico, não fumo, não bebo, mas gosto muito de sair”* (M.1). Identifica-se que os profissionais se referem aos cuidados com seus corpos orgânicos. A respeito do cuidado de si na atualidade, os estudos de Foucault (2004) sobre a produção de subjetividade desde a antiguidade apontam mudanças com relação ao modo como as pessoas entendem o cuidado de si ao longo da história. Na antiguidade, esse cuidado relacionava-se ao exercício reflexivo sobre si mesmo; no cristianismo, é associado a atitudes individualistas, valorizando os sacrifícios pessoais para a conquista da vida eterna. Com o apogeu da ciência, a ênfase do cuidado de si se torna a busca constante do conhecimento racional sobre si mesmo.

Ademais, os profissionais valorizam tanto os controles que seguem que parecem identificar-se com eles em seus relacionamentos, como neste relato: *“Eu tenho essa coisa de perfeccionismo, temos isso. Um rigor excessivo, o rigor não é ruim, mas, em contrapartida, ele traz um pouco de neurose”* (E.3). O perfeccionismo necessário na atividade de trabalho é incorporado às condutas do sujeito, mas representa um sofrimento mental. Segundo a médica: *“Às vezes, quinze minutos numa tomada de decisão, que você atrasa, faz a diferença; às vezes, numa parada cardíaca, segundos fazem a diferença. Então, eu acho que o próprio ambiente te cobra isso”* (M.2). Outra profissional analisa o perfil dos profissionais do setor: *“Aqui é muito tenso, né? Todos são muito perfeccionistas, porque eu também sou, eu tenho o meu, né? [...] eu tenho muita intolerância quando as meninas trabalham de qualquer jeito”* (E.2).

O ritmo intenso de trabalho, as exigências de controle e a fragilidade do trabalho em equipe multiprofissional intensificam as dificuldades no lidar com falhas, com erros, e principalmente com a morte de crianças. Ante essas dificuldades, as relações tornam-se tensas, com culpabilização pelos erros e se tornam propícias aos conflitos, como explicitado pelo M1:

A equipe é muito exigente, muito envolvida, mas assim se envolve muito emocionalmente, às vezes, com os casos, a ponto de ser assim, quase igual a um parente seu, aquele paciente que está ali. Então isso é [...], mas, assim, é doente a ponto de ter que se afastar para dar um tempo, mas eu sei que aqui o sofrimento é muito grande e que alguns trocam plantão para não ficar naquele período. Outros sofrem muito e reagem de uma forma sendo mais exigente, cada um tem uma reação. (M.1).

Esse relato refere-se ao intenso envolvimento afetivo dos médicos com as crianças, como se fossem um parente, mas sem referências para lidar com a dimensão subjetiva implicada

nos afetos mobilizados, o que produz sofrimento no trabalho ou comportamentos exigentes. Não só os médicos, mas também os demais profissionais se envolvem com as crianças e sofrem com algumas mortes que mobilizam a equipe. Outros estudos evidenciam esse envolvimento dos profissionais na UTIP com as crianças e com seus pais (PITTA, 1999).

O sofrimento despertado é projetado nas relações familiares e cotidianas dos profissionais, como mostra o próximo relato:

Eu sou uma pessoa que tem muito medo de morrer o tempo todo, e eu sou uma pessoa que, se minha filha tem um resfriado, eu choro. Porque a gente vê que uma infecção de garganta, às vezes, pode virar uma miocardite, você está me entendendo? A gente fica meio neurótico (Tec.2).

O médico 1, em resposta ao modo como os médicos se preparam para lidar com o sofrimento provocado no trabalho, afirma: “Ah! Não tem preparo não, a gente não. A gente faz reuniões na equipe médica, muito mais para discutir tratamento, mas para tratar da saúde mental não tem um tipo de abordagem, não tem discussão, não tem reunião com a psicologia” (M.1). Esse relato reflete a negação da subjetividade no discurso médico que, mesmo perante a constatação do sofrimento dos profissionais, não dispõe de estratégias para a expressão de sentimentos e reflexão sobre a morte. Pitta (1999), em seus estudos sobre o lidar com dor e morte como ofício, também evidencia essas dificuldades dos profissionais em lidar com a morte de crianças.

A dificuldade em lidar com a morte e a fragilidade do trabalho em equipe multiprofissional são evidenciadas no seguinte discurso, em justificativa à falta de protocolo para os cuidados paliativos no setor:

Eu acho que não vai ter, não tem como você escrever um protocolo de cuidados paliativos aqui, tem como você ter uma linha de raciocínio. Na pediatria não tem essa discussão, você acha que o menino pode, e para a família também e para a mãe tem que investir, como em casos neurológicos, por exemplo (M.3).

Essa enunciação traz à tona a discussão de temas da bioética sobre investimento na recuperação da saúde diante de quadros clínicos com acentuados comprometimentos, como, por exemplo, nos casos neurológicos, nos quais a criança pode ficar dependente eternamente de respiradores artificiais. Rego *et al.* (2008) afirmam que a bioética tem sido amplamente discutida a partir do crescimento de pesquisas e de práticas científicas que intervêm na vida dos sujeitos, muitas vezes desconsiderando seus valores, direitos e escolhas.

Outro profissional relatou sua indignação com a situação do não reconhecimento dos limites terapêuticos. “[...] tem hora que tem saber a hora de parar, né? Até quando investir em uma situação que não é nada de eutanásia, não é nada de distanásia, não é nada disso, é tentar entender que tem um limite, né?” (F.2). O planejamento dos cuidados paliativos é fundamental em todos os níveis de atenção

à saúde. Deve ser iniciado desde o diagnóstico de uma doença crônica fora de possibilidades terapêuticas até a fase terminal. A discussão em torno da bioética contribui para a formação ética dos profissionais de saúde, uma vez que participa da constituição da reflexividade e construção identitária dos profissionais (RAMOS; DO Ó, 2009).

Para ampliar a discussão da bioética, é importante uma política que articule esses cuidados em todos os níveis de atenção, incluindo as UTIPs. Os cuidados paliativos são ações que proporcionam conforto e apoio aos pacientes e familiares no processo de doença até a fase final da vida, contemplando os aspectos psicossociais e espirituais, relacionados aos princípios do SUS. Não são ações para apressar ou adiar a morte. Salienta-se que os profissionais de saúde necessitam ser capacitados para esses cuidados (MENDES; VASCONCELLOS, 2014). As discussões a respeito dos cuidados paliativos podem estimular expressões de sentimentos e novas reflexões para a integralidade assistencial e para a saúde dos profissionais.

Entende-se, de acordo com Foucault (2008a), que o poder da ciência, estimulado pelo discurso biopolítico de intervir sobre a vida, prolongando-a, distancia cada vez mais os profissionais da saúde e a população de conceberem a morte como parte inerente à vida. Assim, a morte passa a ser mais proibida de ser dita do que a sexualidade na atualidade. Em função dessa negação, muitas vezes, intervenções médicas prolongam vidas sem analisarem as possibilidades de vida humana digna.

Pereira (2006) descreve que o surgimento da especialidade da pediatria foi impulsionado pela biopolítica, atendendo às intervenções em prol da redução da taxa de mortalidade infantil, que representam qualidade de vida da população em geral. Em pesquisa sobre a história da pediatria no Brasil, Pereira (2006, p. 2) defende que “No limite, a pediatria na história não fala da morte infantil, porque excluiu de seu campo de formação e de prática o enfrentamento reflexivo e a simbologia dos limites de seu saber”.

A dificuldade em lidar com limites nas práticas e com a morte exacerba o sofrimento no trabalho dos profissionais e os conflitos em função de culpabilização pelos erros. O médico 1, em resposta a como se sente após uma morte inesperada na UTIP, argumenta: “[...] *eu fico assim, com aquele sentimento de culpa, será que eu fiz tudo pelo meu paciente. Não, agora, assim eu estudo, fiz tudo que era para ter feito, fico assim com esse sentimento*”. Esse relato traz à tona o sentimento de responsabilidade pela morte da criança, como se o profissional tivesse o controle sobre a vida. O lidar em um setor com recursos sofisticados para intervenção e prolongamento da vida parece produzir um imaginário controle sobre a vida por parte dos profissionais, principalmente dos médicos. As dificuldades vivenciadas nesse contexto são

projetadas nas relações entre os profissionais, principalmente na relação entre os médicos e a enfermagem.

Salienta-se que o grupo de profissionais da enfermagem se encontra mais vulnerável, tanto pelo processo de trabalho, que envolve um lidar contínuo com crianças instáveis, como também por se tratar de um grupo numeroso e heterogêneo de profissionais com diferentes níveis de formação. Além disso, na ocasião da pesquisa, o hospital tinha realizado um concurso público para regularizar os contratos precários de trabalho, pois havia diferentes vinculações.

Conclusão

A UTIP em estudo é uma unidade que se caracteriza pelo saber especializado, médico centrado, altamente tecnologicado, regulado por normas, leis e protocolos. A organização do serviço reproduz a fragmentação da assistência, pela dificuldade do convívio com os profissionais da psicologia e da terapia ocupacional. Evidenciou-se que, a despeito de os protocolos clínicos regularem as relações entre os profissionais e se traduzirem em qualidade assistencial para os profissionais, estes não asseguram a integração da equipe.

Na micropolítica das relações, identifica-se a produção de subjetividades por meio dos saberes biomédicos, caracterizadas como perfeccionistas, com dificuldades em lidar com a falta de controle, com o afeto despertado pelas crianças e seus pais e com a morte. Parte-se do entendimento de que a clínica tradicional não oferece saberes e práticas para lidar com a dimensão subjetiva, reduzindo-a a noção de sujeito estritamente racional. A noção de sujeito da Clínica Ampliada é de sujeito habitado pelo não saber, constituído sócio-historicamente, e em permanente construção, sendo importante a reflexividade sobre si mesmo para o cuidado de si e a busca de transformação. Esse é um trabalho ético defendido por Foucault (2004).

Salienta-se, por meio dos estudos sobre a bioética, a potência dos protocolos multidisciplinares para os cuidados paliativos para integração da equipe e formação ética dos profissionais, uma vez que abre espaço para a expressão de sentimentos e reflexões sobre a morte e sobre o papel de cada profissional na assistência. Ressalta-se que o presente estudo se restringiu a uma unidade de internação pediátrica, sendo necessárias novas pesquisas sobre a micropolítica em outros hospitais e setores.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo investimento na formação em doutorado sanduíche na Universidade de Lisboa.

Referências

ARAÚJO, L. F. S. *Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar: a Unidade de Terapia Intensiva*. 2005. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, p. 610-613, 2011.

BERNARDES, A. *et al.* Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.4, p.1003-10, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_20.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.

BRASIL. *Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARMO, M.; ANDRADE, I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 11, n.4, jan./mar., 2007, p. 387-94.

DIONNE, J.; LAVILLE, C. *A Construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

FERREIRA NETO, J. L.; ARAÚJO, G. J. N. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 675-684, 2014.

FOUCAULT, M. *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, Rio de Janeiro, 2014.

MENDES, V. E. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007.

PASSOS, I. C. F. A noção de discurso em Michel Foucault. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. PET-Ciências Sociais (Org.). *O poder em perspectiva*. Belo Horizonte: Sografe, 2012. p. 79-88.

PEREIRA, J. S. *História da Pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX*. 2006. 2011f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1999.

RAMOS, F. R. S.; DO Ó, J. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. *Interface*, Botucatu, v.13, n. 29, p. 259-70, abr./jun. 2009.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

Recebido para publicação em abril de 2015

Versão final em setembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

12 O ARTIGO 2 e o ARTIGO 3 não constam nessa versão on line, pois estão sendo avaliados por revistas para posterior publicação.

*Nessa estrada não nos cabe conhecer ou ver o que virá
O fim dela ninguém sabe bem ao certo onde vai dar
Vamos todos numa linda passarela
De uma aquarela que um dia enfim
Descolorirá*



Considerações finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A subjetividade implicada nas relações interprofissionais no contexto de trabalho da UTIP é produzida no entrelaçamento de regimes de verdade da ciência médica, que sustentam práticas, diversos mecanismos disciplinares do processo de trabalho, como também pelo convívio e relação afetiva com as crianças e seus pais e por outros saberes que transversalizam o trabalho no setor, como os jurídicos e valores provenientes do Cristianismo. Ademais, há um intenso convívio com os aparelhos tecnológicos, necessários para a recuperação da saúde de crianças, produtores de subjetividade, configurando em muitos momentos novas formas identitárias dos profissionais, como o devir profissional-criança-máquina.

Ressalta-se que os diversos mecanismos disciplinares e normatizadores são muito valorizados pelos profissionais no setor, entre eles, os protocolos clínicos que regulam não só as práticas, mas também as relações entre os profissionais. No entanto, não asseguram a integração da equipe. Os protocolos existentes na UTIP, em estudo, são fundamentados pelos saberes provenientes da ciência médica, fortalecendo a hierarquia médica no setor.

Na micropolítica das relações na UTIP, observa-se que o lidar com a espontaneidade de crianças, com afetos, com a morte e com acontecimentos inesperados desestabilizam e desterritorializam as vivências dos profissionais na unidade, provocando diversos comportamentos, como saídas dos profissionais a partir de referenciais normativas, acirrando comportamentos controladores e perfeccionistas no trabalho, intensificando a dificuldade em lidar com a morte e produzindo relações culpabilizantes e conflituosas entre os profissionais, com produção de sentimentos de medo e culpa. Outros agenciamentos dos profissionais referem-se a comportamentos criativos, às vezes com transgressão de normas para maior dedicação às crianças ou buscas de novas vivências além do trabalho, como profissionais que buscam a dança, a música e outras atividades externas.

As relações de culpabilização entre os profissionais são produzidas por diversos saberes e práticas que transversalizam a UTIP, como os provenientes da justiça, com práticas de controle e vigilância contínua, com busca por erros, responsáveis, com foco em punição; bem como pelos saberes biomédicos, com rechaço pela dimensão subjetiva e dificuldades em lidar com os limites do saber e com a morte. Outro discurso coexistente no setor produtor de culpabilização é proveniente do Cristianismo, com critérios de valor de abdicção de si mesmo em prol do outro e de sentimentos de piedade. Salienta-se que os profissionais entendem que não podem errar nesse setor, o que aponta para exigências de profissionais não humanos, semelhantes às máquinas da UTIP. A tensão com relação à responsabilidade no trabalho

relaciona-se também com o aumento do número de processos judiciais contra os erros médicos e dos demais profissionais.

Nesse território, sofrimento e prazer caminham lado a lado: muitos profissionais relataram sentir muito prazer em trabalhar na UTIP, principalmente pelo fato de lidarem com crianças espontâneas, demonstrando gratidão por pequenos atos de cuidado. O prazer no trabalho se refere também à satisfação pela recuperação da saúde de crianças em estado crítico.

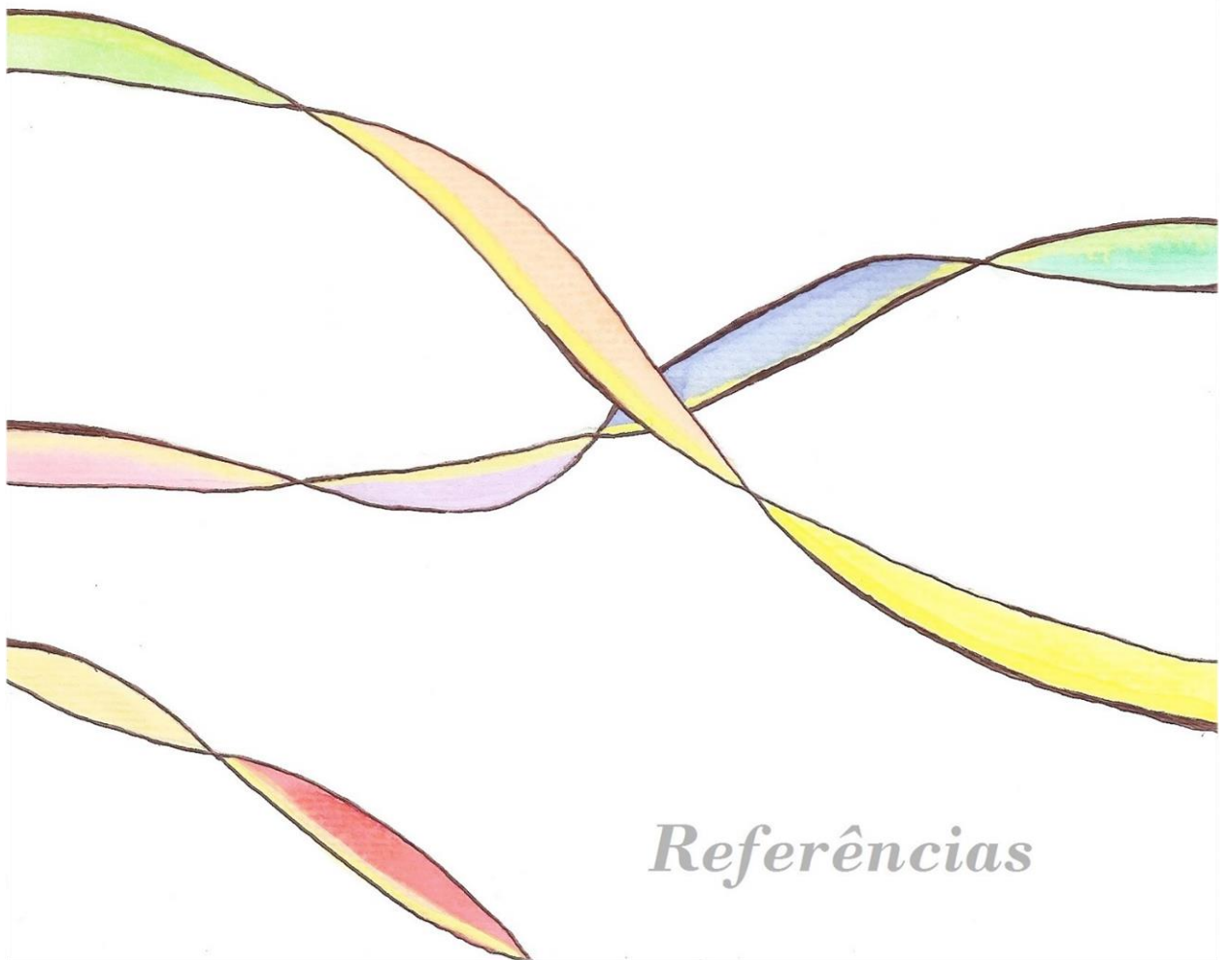
A partir da pesquisa, pode-se analisar que os modos como os profissionais cuidam de si mesmos se alinham ao discurso biopolítico, de cuidados com o corpo e com ideais ascéticos modernos, com valorização da racionalidade e perfeição, difundidos pela ciência.

Entende-se que a criação de si mesmo é um exercício ético-estético, é uma arte que tem na vivência do caos, do desconhecido, a possibilidade da construção de algo novo, de uma nova identidade, com ampliação das formas de se reconhecer e de se relacionar com os outros e consigo. Evidencia-se que a UTIP é um território potencializador de enriquecimento subjetivo para os profissionais, pelos acontecimentos e afetos emergentes no lidar com as crianças, mas necessita de espaço contingente para expressão de sentimentos e de dispositivos que favoreçam reflexões críticas sobre tais situações desestabilizadoras, assim como de novas referências de saber e práticas de trabalho para o lidar com a dimensão subjetiva, sendo importante a integração da equipe para o fortalecimento dos profissionais e qualidade assistencial.

O enveredar pelo devir-criança que nos habita é perseguir o sentido da vida, de criação e inventividade, é alegria! Nessa estética da existência, a morte não apavora, é inerente ao movimento e à dinâmica da vida, que desestabiliza, desconstrói territórios, identidades, e a partir daí inventamos novos modos de viver, de nos ver, de encontrar o outro, de pensar. A partir dessa perspectiva, amplia-se um horizonte de alteridade e de generosidade, em que o afeto não provoca dor, mas nos acaricia. A morte não é negada, é inerente à vida, sua existência nos convoca à intensidade da vida, e não à sua reificação.

Este estudo se refere à unidade em observação, podendo potencializar novas pesquisas, como, por exemplo, sobre dispositivos que estimulem análises coletivas sobre o envolvimento e a responsabilidade dos profissionais no trabalho no setor.

*Numa folha qualquer eu desenho um sol amarelo
Que descolorirá
E com cinco ou seis retas é fácil fazer um castelo
Que descolorirá
Giro um simples compasso e num círculo eu faço o mundo
Que descolorirá*



Referências

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **O poder soberano e a vida nua**. Homo Sacer, 1998.

ALVES, M.V.M.F.F.; CUDELER, D.N.; LUPPI, C.H.B.; NITSCHKE, M.J.T.; TOSO, L.A.R. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.3, p. 543-548, jul-set.,2012.

ARAÚJO, L.F.S. **Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar: a Unidade de Terapia Intensiva**. 2005. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ARIÈS, P. **A história da morte no ocidente**. Rio Janeiro: Francisco Alves, 1977.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BACKES, J.C. “**Paradoxos do Trabalho em Equipe em um CTI-Pediátrico: Entre Procedimentos, Sofrimento e o Cuidado**”. 2012. 171 fs. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BAREMBLITT, G. **Introdução à Esquizoanálise**. Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama. 3. ed. Revisada, Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2010.

BARROS, M.E.B.; BARROS, R.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PNHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p.75-84.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, p. 610-613, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A Humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v 10, n.3, p. 561-571, jul.-set., 2005.

BERNARDES, A. *et al.* Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.4, p.1003-1010, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_20.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.

BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.27, n.3, p.462-475, 2007.

BETTINELLI, L.A.; ERDMANN, A.L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances em Enfermería**, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009

BRASIL. **Resolução nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada**. Cartilha do HumanizaSus, 4 ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A.A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência &Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.849-859, 2007.

CANDIOTTO, C. Subjetividade e Verdade no último Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v.31, n.1, p.87-103, 2008.

CANDIOTTO, C. Ética e Política em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, Marília, v.33, n.2, p.157-176, 2010.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARDOSO, C.G.; HENNINGTON, E A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança **Trab. Educ. Saúde** (Online), Rio de Janeiro, n.9 supl.1, 2011.

CARMO, M.; ANDRADE, I.G.; MOTA, J.A.C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n.4, p. 387-394, jan./mar., 2007.

CARVALHO, B.R. et al. Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v.15, n.6, nov-dez, 2006.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** - Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Müller Xavier; revisão técnica Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saude, Educação**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CECCIM, R.B.; PALOMBINI, A.L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia & Sociedade**, v.21, n. 3, p.301-312, 2009.

CHERER, E.Q.; QUINTANA, A.M.; PINHEIRO, U.M.S. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. **Estudos psicologia, Campinas**, v.32, n.4, p.685-694, out-dez., 2015.

CORREA, I.; GUEDELHA B.D. Utilización de la música en busca de la asistencia humanizada en el hospital. **Investimento educação enfermagem**, Medellín, v. 27, n. 1, mar., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 jan. 2016.

CUNHA, P.J.; ZAGONEL, I.P.S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. **Acta Paulista enfermagem**, v.21, n.3, p. 412-419, 2008. ISSN 0103-2100

CUSTER J.W.; WHITE E.; FACKLER J.C.; XIAO Y.; TIEN A.; LEHMANN H.; NICHOLS D.G. A qualitative study of expert and team cognition on complex patients in the pediatric intensive care unit. **Pediatric Critical Care Med**, v.13, n.3, p. 278-284, mai, 2012.

D'AGINCOURT-CANNING L.G.; KISSOON N.; SINGAL M.; PITFIELD A.F. Culture, communication and safety: lessons from the airline industry. **Indian Journal Pediatric**, v.78, n.6, p.703-708, jun, 2011.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, G. O que as crianças dizem. In **Crítica e clínica**. São Paulo: Ed. 34, 2011.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. v. 3. Trad. Aurélio Guerra Neto, Ana Lúcia de Oliveira, Lúcia Cláudia Leão e Suely Rolnik. Rio de Janeiro: Ed 34, 1996.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v.I. Trad. Aurélio Guerra Neto, Célio Pinto Costa. Rio de Janeiro, Ed. 34. 1995.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, ago. 2006.

DIONNE, J.; LAVILLE, C. **A Construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

DOORENBOS A.; LINDHORST T.; STARKS H.; AISENBERG E.; CURTIS JR; HAYS R. Palliative care in the pediatric ICU: challenges and opportunities for family-centered practice. **Journal Society Work End Life Palliative Care**. v.8, n.4, p. 297-315, 2012.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia Serviços Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez., 2012. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2011. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>.

DUARTE, M.C.S.; MOREIRA, M.C.N. Autonomy and care in pediatric intensive care: the paradoxes of practice. **Interface - Comunicação, Saude, Educação**, 2011.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.4, out./dez., 2008.

FERREIRA NETO, J.L. Pesquisa e Metodologia em Michel Foucault. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.31, n.3., p. 411-420, Jul-Set, 2015.

FERREIRA NETO, J.L.; ARAÚJO, G.J.N. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 675-684, 2014.

FERREIRA NETO, J.L. et al. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27 n.5, mai, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500002>. Acesso em: 5 dez. 2015.

FOGACA, M.C. et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, set., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 aug. 2014 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300009>.

FOUCAULT, M. A crise da medicina. **verve**, n. 18, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, M. Nascimento da Biopolítica. Org. e Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. Segurança, Território, População. Curso dado no Collège de France (1977-1978), São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M., **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008c.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. Ditos e escritos. Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade. Org. Manoel Barros da Motta, Trad. Abner Chiquieri. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

FOUCAULT, M. Ditos e escritos. Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina. Org. Manoel Barros da Motta Roberto, Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dez. de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 1999.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade 2. O uso dos prazeres. Trad. De Maria Thereza da Costa Albuquerque. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. Michel Foucault - **Tecnologias Del Yo e otros textos afines**. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. I.CE. de la Universidad Autónoma de Barcelona Barcelona - Buenos Aires - México, 1981.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Org. e Trad. Roberto Machado. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRIEDERICH, N. **Assim falava Zaratustra**. Tradução José Mendes de Souza. Versão para e-books. ebooks.com. Fonte Digital, 2002. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/zara.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FRIEDERICH, N. **Genealogia da Moral: uma polêmica**. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

GARRAFA, V. Bioética de princípios a uma Bioética interventiva – crítica e socialmente comprometida. ANVISA, Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/bio_prin_bio_int.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, abr. 1995.

GONÇALVES, J.G.; MERHY, E.E.; LAND, M.G.P.; CUNHA, A.J.L.A. Cuidados Paliativos: A Atenção para a Armadilha da Repetição. **Revista de saúde coletiva e bioética, DIVERSITATES International Journal**, Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, v. 06, n.1, jul., 2014.

GONÇALVES, J.R. **O profissional de saúde em enfermagem de crianças gravemente enfermas e as implicações do cotidiano do trabalho na sua saúde**. 2007. 188 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2007.

GONÇALVES, et al. Cuidados Paliativos: A Atenção para a Armadilha da Repetição. **DIVERSITATES International Journal**: v. 06, n.01, p. 1-20, jul., 2014.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KOVÁCS, M. J., et al. Cuidado do Cuidador em UTIs pediátricas e Neonatal. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n.1, p.24-30, jan-mar, 2008.

LATOURET, J.M. et al. Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices. **Pediatric Critical Care Medicine**, v.12, n. 5, p.211-215, set., 2011.

MACHADO, R. **Deleuze, a Arte e a Filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

ATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, set-out, 2004.

MEDEIROS, A.C.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras, **Revista brasileira de enfermagem**, v.63, n.1, p. 38-42, jan-fev., 2010.

MENDES, E.C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, 2014.

MENDES, V.E. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENEZES, R.A. Dífceis Decisões: uma abordagem antropológica da Prática Médica em CTI. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.27-49, 2000.

MENEZES, R.A.; BARBOSA, P.C. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2653-2662, 2013.

MERHY E.E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MICHELSON K.N.; EMANUEL L.; CARTER A.; BRINKMAN P.; CLAYMAN M.L.; FRADER J. Pediatric intensive care unit family conferences: one mode of communication for discussing end-of-life care decisions. **Pediatric Critical Care Medic**, v.12, n.6, p.336-343, nov., 2011.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. IN THIOLENT, MJM., **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. São Paulo: Polis, 5 ed., p. 192-211, 1987.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTANHOLI, L.L., MERIGHI, M.A.B., JESUS, M.C.P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.2. mar-abr ,2011,[08 telas].

NASCIMENTO, C.A.D. et al. A Significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 7, n.1, p. 52-60, jan-abr., 2006.

Ó, J.R. **O governo de si mesmo** - modernidade pedagógica e encenações disciplinares do aluno Licbal (último quartel do século XIX - meados do século XX). Educa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Alameda da Universidade. Lisboa, Portugal, 2003, p. 700 p.

OLIVEIRA, F. **Bioética, uma face da cidadania**. 8ª impressão. 2ª ed. reformulada, São Paulo: Moderna, 2004.

OLIVEIRA, D.U. **A responsabilidade civil por erro médico**. Âmbito jurídico.com.br O seu portal jurídico na internet. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3580>. Acesso em: 8 out. 2015.

PASSOS, I.C.F. (Org.) **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

PASSOS, I.C.F. A noção de discurso em Michel Foucault. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. PET-Ciências Sociais (Org.). **O poder em perspectiva**. Belo Horizonte: Sografe, 2012, p. 79-88.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** [on line], v.6, n.1, jan-abr., p. 071-079, 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e Biopolítica na experiência do contemporâneo. IN PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)**, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, v.17, n.3, p. 18-25, set-dez., 2005.

PEDRO, E.N.R.; FUNGHETO, S.S. Concepções de Cuidado para os cuidadores: um estudo com a criança hospitalizada com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.26, n.2, p.210-219, ago, Porto Alegre, 2005.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: Conceito e Tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEIXOTO, T.C; BRITO, M.J. Protocolos clínicos como dispositivo analítico das relações de poder em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Saúde em Debate**, v.39, n.107, p.1053-1064, 2015.

PEIXOTO, T.C.; BRITO, M.J.M.; SANTANA, L.C. Gestão de Pessoas em uma unidade pediátrica na perspectiva do diagnóstico ONA e de profissionais. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v.14, n.4, p. 893-902, out-dez., 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a18.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2015.

PELLOSO, R.G.; FERRAZ, M.G.C.F. Ética e Moral como modos de produção de subjetividade. **Transf./Form./Ação**, v.28, n. 2, p.117-128, São Paulo, 2005.

PEREIRA, J.S. **História da Pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX**. 2006. 211f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PESSALACIA, J.D.R.; SILVA, L.M.; JESUS, L.F.; SILVEIRA, R.C.P.; OTONI, A. Atuação da equipe de enfermagem em uti pediátrica: um enfoque na humanização. **Revista de enfermagem Centro Oeste Mineiro**, v. 2, n.3, p. 410-418, 2012.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLES, K.; MICHELLE, F.B.; REGINA, S.B. Morte na unidade de terapia intensiva pediátrica: experiência de médicos e enfermeiras. **Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro**, v.3, n.3, p.761-769, set-dez., 2013.

PONTES, E.P.; COUTO, D.L.; LARA, H.M.S.; SANTANA, J.C.B. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar **REME Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.1, p.152-157, jan-mar, 2014.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais**, n.4, p. 27-57, abr., 2006.

RAMOS, F.R.S. O Discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Trabalho de educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 51-78, June, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000100003>.

RAMOS, F.R.S.; DO Ó, J. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface, Botucatu**, v.13, n. 29, p. 259-70, abr./jun., 2009.

REGO, S.; GOMES, A.P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

REIS, L.S.; SILVA, E.F.; WATERKEMPER, R.; LORENZINI, E. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaucha Enfermagem**, v.34, n.2, p.118-124, jun. 2013.

RIOS, I.C. **Subjetividade Contemporânea na Educação Médica**. A formação humanística em medicina. 2010. 317 fs. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, S. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma¹ Conferência proferida nos simpósios: Corpo, Arte e Clínica (UFRGS, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional - Mestrado. Porto Alegre, em 14 de abr., 2003.

ROMAGNOLI, R.C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n.1, p. 44-52, 2014.

ROMAGNOLLI, R.C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

ROMAGNOLI, R.C. A invenção como resistência: por uma clínica menor. **Vivência**, Belo Horizonte, n.32, p.97-107 2007.

ROSE, N. Como se dever fazer a História do eu? **Educação & Realidade**, v. 26, n.1, jan-jul, p. 33-57, 2001.

SCHERER, M.D.A. et al. Rupturas e resoluções no modelo de atenção á saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface – Comunicação e Saúde, Educação**, Brasília, v.9, n.16, p.53-66, 2005.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: a exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1, 1997.

SCHRAIBER, L.B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. v. 12, p.45-50, 1996.

SERNA, L.B. OSPINA, G.D.C.; MOLINA, L.M.R. Posición afectiva que asume el personal de la salud de las Unidades de Cuidados Intensivos pediátricas de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2010. **Medicina U.P.B.**, v.31, n.2, p.151-159, jul-dez., 2012.

SILVA, R.C.L.; PORTO, I.S.; FIGUEIREDO, N.M.A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de Humanização em Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, n.12, v.1, p.156-159, mar, 2008.

SILVA, E.P.; SUDIGURSKY, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.3, p. 504-508, 2008.

SOUSA, L.S.; ROMAGNOLI, R.C. Considerações acerca da articulação clínica, rizoma e transdisciplinaridade. **Mnemosine**, v.8, n1, p. 72-89, 2012.

TOQUINHO; MORAES, V. AQUARELA. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/toquinho-e-vinicius/aquarela.html> Acesso em 12 dez. 2015.

VALERIO, R.G. Sobre a biopolítica de Giorgio Agamben: entre Foucault e Arendt. **Griot - Revista de Filosofia**, v.8, n.2, dez, 2013.

VARGAS, M.A.O.; RAMOS, F.R.S. Responsabilidade no Cuidar: no tempo que nos toca viver com enfermeiros (as) intensivistas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.**, v.45, n.4, p. 876-883, 2011.

VASCONCELOS, C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. **Revista de Bioética (impresso)** v. 20, n.3, p.389-396, 2012.

VELOSO, C. Força Estranha. Música. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/caetano-veloso/44727/> Acesso em 10 jan. 2016.

VEIGA-NETO, A. Teoria e Método em Michel Foucault (im) possibilidades. **Cadernos de Educação/FAE/PPGE/UFPel**. v.34, p.83-94, set.- dez., Pelotas, 2009.

VIVIAN L.; MARAIS A.; MCLAUGHLIN S.; FALKENSTEIN S.; ARGENT A.
Relationships, trust, decision-making and quality of care in a paediatric intensive care unit.
Intensive Care Medic, v.35, n.9, p.1593-1598, sep., 2009.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista**Roteiro semiestruturado de entrevista com os profissionais da saúde:**

Categoria Profissional _____ Sexo: () Masc () Fem

Idade _____ Tempo de instituição _____

Vínculo de Trabalho _____

1. Como é para você trabalhar nesta unidade?
2. Quais aspectos facilitam a realização do seu trabalho?
3. Quais aspectos dificultam a realização do seu trabalho no dia a dia?
4. Fale sobre os relacionamentos entre os profissionais em sua unidade.
5. Como é o trabalho em equipe interprofissional em sua unidade?
6. Quais conhecimentos são importantes para a realização de seu trabalho nessa unidade?
7. Como são seguidas as normas no trabalho?
8. Descreva a influência do trabalho no CTIP em sua vida pessoal?
9. Quais são seus sonhos profissionais?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Processos de subjetivação nas relações entre os profissionais de saúde em uma unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.” Neste estudo pretendemos analisar como são produzidas as relações entre os profissionais de saúde consigo mesmos e com os outros profissionais.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você estará livre para participar ou recusar-se. O risco em participar é de constrangimento no momento das entrevistas e ou observações, mas você poderá retirar seu consentimento (autorização) ou interromper a sua participação a qualquer momento que desejar. Poderá também buscar novas informações, depois de ter participado ou solicitar anular sua participação. Sua recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) na unidade.

O pesquisador irá tratá-lo profissionalmente e com sigilo, garantindo o seu anonimato. Dessa forma, você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados provenientes desse estudo serão utilizados apenas para fins de pesquisa, ficarão arquivados com o pesquisador responsável, logo depois serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Nome da pesquisadora: Tereza Cristina Peixoto -Tel: (31) 91131344

Orientadora: Prof.^aDr^a Maria José Menezes Brito. Tel: (31) 3409-9849

Coorientadora: Prof.^aDr^a Izabel Christina Friche Passos. Tel: (31) 71798111

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627, Unidade Administrativa I I, 2° andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 34094592.

ANEXO A - Aprovação do Departamento de Enfermagem

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Departamento de Enfermagem Aplicada

Parecer n° 06/2014

Projeto de Pesquisa: Processo de subjetivação nas relações interprofissionais em uma unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Interessada: Tereza Cristina Peixoto/ Profa. Maria Jose Menezes Brito

Parecerista: Profa. Marília Alves

Histórico

Recebi para parecer em 24/02/2014 o projeto de doutorado de Tereza Cristina Peixoto, orientada pela professora Maria Jose Menezes Brito.

Mérito

O projeto é relevante e a autora, a partir de sua atuação em hospitais e na implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, questiona o modelo assistencial biomédico que situa o hospital como o lugar prioritário para o tratamento de doenças e contribui para a fragmentação do trabalho dos profissionais.

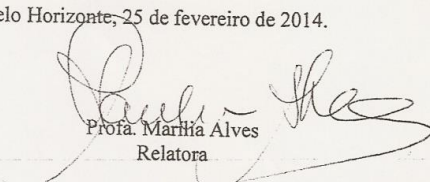
Nesse contexto, propõe analisar a produção de subjetivação em uma UTI pediátrica, tendo em vista que a organização das práticas de atenção e saberes nessas unidades, reproduzindo modos de subjetivação e de relações interprofissionais, desconsiderando a subjetividade dos sujeitos. No projeto parte-se do pressuposto de que a organização das práticas, mecanismos disciplinares, saberes que predominam no dia a dia do trabalho reproduzem uma atenção à saúde de tipo intervencionista, apesar do discurso das práticas de gestão e capacitação sejam de integralidade, humanização e acolhimento.

O projeto tem como objetivo analisar a dimensão dos processos de subjetivação implicados nas relações entre os profissionais de saúde em uma UTI pediátrica de um hospital universitário, considerando a mesma como um espaço singular na produção de subjetividades. Utiliza como abordagem metodológica a abordagem foucaultiana como possibilidade de analisar as relações de poder nas práticas sociais e constitutivas do sujeito, tendo em vista que a concepção foucaultiana concebe as estruturas sócio-culturais na constituição da autoconsciência e dos sujeitos.

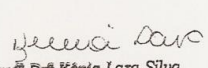
Voto

Considerando a relevância do projeto, o fato de estar bem estruturado de ponto de vista teórico metodológico, sou SMJ pela aprovação do projeto de pesquisa "Processo de subjetivação nas relações interprofissionais em uma unidade de Terapia Intensiva Pediátrica".

Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2014.


Prof.ª Marília Alves
Relatora

Aprovado em ad-referendum
em 26/02/2014.


Prof.ª Dr.ª Kênia Lara Silva
Subchefe do Dept.º de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem UFMG

ANEXO B - Aprovação do COEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

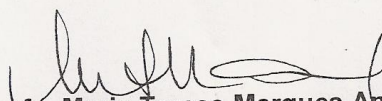
Projeto: CAAE - 30316914.0.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Maria José Menezes Brito**
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de maio de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Processo de subjetivação nas relações interprofissionais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C: Confirmação - Publicação do artigo 1

[ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - ISSN 0103-1104](#)



Prezado(a) colega Tereza Cristina Peixoto,

seu artigo *Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde*, enviado para o site da Revista Saúde em Debate, já foi avaliado.

Situação do artigo: [Publicado](#)

Atenciosamente,
Revista Saúde em Debate

Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES - ISSN 0103-1104

Av. Brasil, 4036 - Sala 802 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Fones: |21| 3882-9140 e |21| 3882-9141 - FAX.: |21| 2260-3782 -

ANEXO D: RESUMO DAS INSTRUÇÕES AOS AUTORES

REVISTA SAÚDE EM DEBATE

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho ad hoc que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o abstract.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

- Editorial
- Apresentação
- Artigos de Debate
- Artigos Temáticos
- Artigos de Tema Livre
- Artigos Internacionais
- Resenhas
- Depoimentos
- Documentos

Apresentação do texto

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações

profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (abstract) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres com espaço (aproximadamente 120 palavras), no qual fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos, ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (keywords), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>.

Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos.

ANEXO E: RESUMO DAS INSTRUÇÕES AOS AUTORES

PSICOLOGIA & SOCIEDADE (ON LINE)

Diretrizes gerais

O processo editorial **só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às orientações estabelecidas neste documento**. Caso contrário, será devolvido para adequação às diretrizes da revista.

1) A revista Psicologia & Sociedade adota, com algumas adaptações, as **normas de publicação da APA**: "Publication Manual of the American Psychological Association (6a edição, 2010)". A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA. Como alternativa à consulta ao original desse manual, sugerimos o Tutorial de referências bibliográficas estilo APA 6a.ed. (<http://issuu.com/bibliotecasua/docs/manualestiloapa6ed>).

2) Os documentos para submissão deverão estar em formato **rtf** e **não** exceder o número máximo de páginas indicado para cada categoria, conforme descrito a seguir (incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto):

Relatos de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas de literatura (15-25 páginas): relatos de alta qualidade de pesquisas originais, baseadas em investigações sistemáticas e completas, devem propor a análise de conceitos, levando ao questionamento de modelos existentes à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Também serão aceitos artigos teóricos ou de revisão com análise crítica e oportuna de um corpo abrangente de investigação, relativa a assuntos de interesse para o desenvolvimento da Psicologia Social.

Resenhas de livros (3-10 páginas): revisão crítica de obras nacionais (publicadas há até dois anos) ou estrangeiras (publicadas há até cinco anos), orientando o leitor quanto a suas características, usos potenciais e contribuições para o campo da Psicologia Social.

Entrevistas (15-25 páginas): entrevistas realizadas com autores, autoridades reconhecidas no campo acadêmico e outras personalidades que contribuam para o debate da psicologia social. As entrevistas devem conter o(s) nome(s) do(s) entrevistado(s) e entrevistador(es) e uma apresentação de no máximo uma página. Pedese também que seja enviada a autorização digitalizada do(s) entrevistado(s), concordando com a publicação do material.

Traduções (15-25 páginas): traduções de artigos, ensaios e entrevistas relevantes e indisponíveis em língua portuguesa. As colaborações enviadas devem apresentar título, nome(s) do(s) autor(es) e do(s) tradutor(es). E devem ainda ser acompanhadas de cópia digitalizada do original utilizado na tradução, bem como da autorização digitalizada (do editor e/ou do autor) para publicação.

Relatos de experiência profissional (10-15 páginas): descrição de procedimentos e estratégias, ou estudos de caso que apresentem real contribuição acadêmica.

Notas técnicas (até 10 páginas): descrição de novos métodos, instrumentos, softwares ou técnicas.

3) É fundamental que o material **não contenha qualquer forma de identificação da autoria**, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), menção a instituições a que estejam vinculados, detalhes de método que possibilitem a identificação/localização da origem, bem como informações contidas nos campos das propriedades do documento (para retirar informações do autor das propriedades do documento, procure em "Arquivo" -> "Propriedades" - para versões anteriores ao *Microsoft Office* 2007, e "Arquivo" -> "Preparar" -> "Propriedades" para *Microsoft Office* 2007).

Os autores que tiverem suas submissões aceitas para publicação terão oportunidade, durante a revisão final, de incluir dados necessários.

4) Os metadados da submissão devem ser preenchidos de forma correta e completa

5) Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do autor no sítio da revista (www.scielo.br/psoc).

Preparação dos manuscritos

1) Diretrizes de formatação

A. O manuscrito, sendo um artigo, ao todo não deve passar de 25 páginas, desde o Resumo até as Referências, incluindo as Tabelas, Figuras e Anexos, em formato A4, devendo ser paginado desde o Resumo, que receberá número de página 1.

B. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas, tabelas, etc.

C. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

D. Espaçamento: espaço **duplo** ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

E. Alinhamento: esquerda

F. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

G. Numeração das páginas: no canto superior direito.

H. Endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos e levar diretamente ao documento citado.

2) elementos do manuscrito

Os elementos do manuscrito devem ser apresentados na seguinte ordem: Folha de rosto com título e sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Notas, Referências, Anexos, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

A. Folha de rosto sem identificação: Título original (máximo 10 palavras) e título compatível em inglês. Sem identificação de autoria.

B. Resumos em português, espanhol e inglês: Parágrafos com no máximo 150 palavras com o título Resumo escrito na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula). O resumo em inglês (Abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Psicologia & Sociedade tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Esse é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O Abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave). Sugere-se utilizar palavras-chave derivadas da terminologia em Psicologia da BVSPsi ou Thesaurus do Psycinfo. No caso de submissão de resenhas de livros, entrevistas e notas técnicas, o resumo não é necessário.

C. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter somente a primeira letra maiúscula (por exemplo, , Método e discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: *Participantes*, ou *Análise dos dados*). Títulos e subtítulos não devem ser acompanhados de ponto final. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos.

As palavras **Figura**, **Tabela**, **Anexo** que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, pois no processo de diagramação a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem as denominações Quadros ou Gráficos.

Sublinhados, Itálicos e **Negritos**: Use *itálico* para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como *self*, *locus*, etc. esublinhado para outras palavras que deseje grifar.

Reserve negritos para os títulos.

Dê sempre crédito aos autores. Todos os nomes de autores/instituições cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências ou em Notas, se não foram publicados.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as

possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição) para verificar as normas para outras referências.

E. Referências: Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras mencionadas no texto devem aparecer nesta seção.

Não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA e formatação indicada nos exemplos abaixo. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2010, 6ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Trabalhos apresentados em congresso, mas não publicados não devem constar nas Referências, apenas como Notas.

F. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

G. Tabelas: Devem ser elaboradas em Rich text format (.rtf) ou Excel. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

H. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma nova página. Não devem exceder 15 cm de largura por 20cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final. Apenas a primeira letra do título e nomes próprios devem estar em maiúsculas.

Direitos autorais

A aprovação dos textos implica a cessão imediata e sem ônus dos direitos de publicação na revista **Psicologia & Sociedade**, que terá a exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará, não obstante, a deter os direitos autorais para publicações posteriores. No caso de republicação dos artigos em outros veículos, recomenda-se a menção à primeira publicação em Psicologia & Sociedade.

ANEXO F: INSTRUÇÕES AOS AUTORES

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - Seção temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de

consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- o [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- o [ClinicalTrials.gov](#)
- o [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- o [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- o [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- o [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do **ICMJE**, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem

sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema **SAGAS**. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão **online** é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e

instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - Agradecimentos. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no

texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.