

***O PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE E A PRODUÇÃO DO  
CUIDADO EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA EM NOVA IGUAÇU/RJ***

*Apresentada por*

*Marcela Silva da Cunha*

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em  
Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene de Castilho Sá

**RIO DE JANEIRO**

**Maio/2010**

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

C972 Cunha, Marcela Silva da  
O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em  
saúde: desafios para a estratégia de saúde da família em Nova  
Iguaçu/RJ. / Marcela Silva da Cunha. Rio de Janeiro: s.n., 2010.  
216 f.

Orientador: Sá, Marilene de Castilho  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Assistência à Saúde. 2. Equipe de Assistência ao Paciente. 3.  
Estratégias. 4. Saúde da Família. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098153

*Para todos os profissionais comprometidos com a produção  
de saúde e vida que, de distintos modos,  
ainda resistem.*

## AGRADECIMENTOS

*À Graça, exemplo de mãe, mulher e guerreira, pelo carinho, por sempre acreditar em mim e por ter me ensinado a lutar por aquilo que acredito e encarar desafios.*

*Ao Daniel, meu companheiro de vida, pelo incentivo, amor, cumplicidade, e principalmente, por suportar minhas ausências.*

*À Marilene Castilho Sá pela atenção, olhar cuidadoso, escuta das minhas dúvidas, ansiedades, idéias por vezes confusas, por me mostrar novas possibilidades e discutir outras perspectivas e pelo acompanhamento presente no percurso deste trabalho.*

*Ao Emerson pelas instigações teóricas, estranhamentos e importantes ofertas intercessoras.*

*À Tatiana Wargas pela doçura, disponibilidade e paciência com que me guiou nas atividades de pesquisa e ensino.*

*À Maria Helena Mendonça e Túlio Franco por aceitarem gentilmente participar da banca avaliadora.*

*Aos meus professores e mestres de vida e de trabalho.*

*À minha família, meus irmãos, os de perto e os de longe e tantos outros sempre tão carinhosos comigo e ao meu pai que em meio a tantos encontros e desencontros me ensinou muito sobre a vida.*

*Aos amigos, companheiros que proporcionaram inúmeros momentos de alegria e parceria. Obrigado pela torcida.*

*Aos colegas da Linha Micropolítica pelas discussões, leituras, convívio e criação coletiva. Agradeço, sobretudo, a oportunidade de compartilhar e conviver a felicidade desse encontro.*

*À equipe do Nupes/Ensp que me acolheu desde o início da minha trajetória de construção de conhecimento em Saúde da Família.*

*Aos parceiros de trabalho na Secretara Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, em especial Adriana Coser Gutierrez, Andris Tibúrcio, Carina Teixeira, Carla Pacheco, Carlos Uzeda, Flavia Mendes de Oliveira, Gilmara de Freitas e Tatiane Macedo, pela rica experiência que partilhamos e pelas preocupações comuns e sonhos com um SUS que cuida e acolhe os cidadãos com dignidade.*

*Especialmente às três equipes de saúde e usuários da unidade NO por terem me recebido de maneira gentil e generosa, pela disponibilidade em responder minhas indagações e por me deixarem acompanhar os seus passos durante o cotidiano de trabalho.*

*“Para apalpar as intimidades do mundo é preciso saber:  
Que o esplendor da manhã não se abre com faca  
O modo como as violetas preparam o dia para morrer  
Se o homem que toca de tarde sua existência num fagote tem salvação  
Que um rio que flui entre dois jacintos carrega mais ternura que um rio que flui entre  
dois lagartos  
Como pegar na voz de um peixe  
Qual o lado da noite que umedece primeiro  
Desaprender oito horas por dia os princípios  
Desinventar objetos. O pente, por exemplo. Dar ao pente funções de não pentear.  
Até que ele fique à disposição de uma begônia”.*

**Manoel de Barros**

## RESUMO

Cunha MS. *O processo de trabalho em equipe e a produção do cuidado em saúde: desafios para a Estratégia de Saúde da Família em Nova Iguaçu/RJ*. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola nacional de Saúde Pública, 2010.

Este estudo reflete a necessidade de voltar o olhar para o processo de trabalho das equipes de saúde de uma unidade de saúde da família, observando experiências concretas vividas nas situações de trabalho e suas implicações para a produção do cuidado. Trata-se de um estudo de caso realizado no município de Nova Iguaçu, situado na região da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Para pensarmos o trabalho em equipe na área da saúde, faz-se necessário o reconhecimento das singularidades e da micropolítica de trabalho nos serviços públicos de saúde e as possibilidades de cooperação no trabalho. Assim, este estudo tem como princípio observar os processos de trabalho e as formas de integração dos profissionais da equipe, bem como a gerência do cuidado em um contexto complexo, que lida com pessoas em situação de fragilidade, incerteza, sofrimento, e outras precariedades – além de buscar contribuir para a reflexão de novos modos de pensar e fazer o trabalho em equipe. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas individuais com profissionais das equipes de saúde da família, bem como observação participante das situações coletivas e individuais vivenciadas pelas equipes e usuários da unidade estudada. O campo teórico da Gestão em Saúde, da Análise Institucional e da Psicossociologia Francesa embasaram essa pesquisa. Os principais destaques apontados na organização do processo de trabalho das equipes dizem respeito ao imprevisto de saídas pelos profissionais frente à precariedade das condições de trabalho e os desafios que se impõem cotidianamente para a cooperação entre os profissionais das equipes e a construção coletiva do processo de cuidado. Tratando-se de temas complexos como o é a saúde das pessoas, pensar um conceito único e ideal de trabalho em equipe a ser recomendado não nos parece um bom caminho. Acreditamos, ainda, que o cuidado não é um conceito estático, se constrói no cotidiano dos serviços, só se atualiza e ganha sentido no movimento constante da sociedade e se altera conforme a transformação das práticas em saúde.

Palavras chave: Cuidado, Micropolítica, Processo de trabalho, cooperação, Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

Cunha M. The team work process and the care's production in health: challenges for the Primary Health Care Strategy's in Nova Iguaçu/RJ. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010.

This study reflects the need to turn to the work process of health teams of a primary health care institution, observing concrete experiences lived in work situations and its implications for the care production. This is a case study in the município de Nova Iguaçu, situated in the região da Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Considering the work team in health's area, makes necessary the singularities recognition and micropolitic of work in public health services and the possibilities for work's cooperation. Thus, this study has the principle to observe work's processes and ways of professionals' team integration, as well as the management of care in a complex context, that deals with people in fragile situation, uncertainty, suffering, and others lack of needs- beyond the search to contribute for new ways of think and do the team work reflection. Semi-structured interviews were made with primary health care professionals, as well as a participator observation of collective and individual situations experienced by the teams and users of the studied unit. The theoretical field of Health's Management, Institutional Analysis and French Psycho Sociology guided that research. The main points at the team work process organization concern to alternative ways founded by professionals facing the precarious conditions of work and the challenges that imposes daily for cooperation between professionals' team and the collective build of care's process. In the case of complex themes as people's health, think of a single and ideal concept of work team to be commended, doesn't seems to us a good way. We still believe, that care is not a static conception, it builds in everyday services, only updates and earn sense in constant movement of society and it changes as the practices transformation in health.

Keywords: Health Care, Micropolitic, Work's Process, Cooperation, Primary Health Care

## Sumário

Lista de ilustrações, tabelas, quadros e figuras.....	11
Lista de siglas e abreviaturas .....	12
Introdução.....	13
1. O trabalho na sociedade contemporânea e o trabalho em saúde .....	19
1.1 O trabalho na sociedade contemporânea: questões para o trabalho em saúde .....	19
1.2 O trabalho no Brasil e as transformações do trabalho em saúde.....	35
1.2.1 <i>Reestruturação produtiva e tecnológica: um conceito para o trabalho em saúde</i> .....	48
1.3 A gestão dos processos de trabalho em saúde no Brasil: o protagonismo dos sujeitos trabalhadores em saúde .....	53
2. O trabalho em equipe nos serviços de saúde no Brasil .....	68
3. A Estratégia Saúde da Família .....	80
4. “Os Cuidados” em saúde .....	86
5. Caminhos metodológicos .....	98
5.1 Desenho do Estudo .....	103
5.1.1 <i>A construção de uma escolha</i> .....	106
5.2 Análise das Implicações do Observador.....	107
6. O município e a rede de saúde.....	110
6.1 O Município.....	110
6.2 O sistema de saúde de Nova Iguaçu .....	111
6.3 A Gestão do Sistema de Saúde e a Gestão da Atenção Básica em Nova Iguaçu. ....	113
6.3.1 <i>Proposta do Modelo de Atenção da Rede Básica</i> .....	116
6.3.2 <i>Projeto Nova Saúde da Família – Nova Iguaçu</i> .....	122
6.4 A Unidade de Saúde da Família estudada .....	125
7. A Organização do Processo de Trabalho na Unidade: Implicações para a Qualidade do Cuidado.....	129

7.1 Acolhimento, marcação de consultas e exames: limites ao acesso e à integralidade do cuidado .....	133
7.2 Relação da equipe com a comunidade e o território.....	147
7.2.1 <i>Participação e Controle Social</i> .....	147
7.2.2 <i>As Visitas Domiciliares: desafios de se mover no território</i> .....	149
7.3 As fontes e as defesas contra o sofrimento produzidas pelas relações de trabalho .....	156
8. O cuidado possível em meio à precariedade das condições de trabalho: improvisando saídas e (ainda) produzindo sofrimento.....	163
8.1 O trabalho como caridade: que cuidado é esse?.....	159
9. A cooperação prescrita e a cooperação possível: destinos da solidariedade em uma equipe de saúde da família.....	173
9.1 Equipe Prescrita e Equipe Possível: diluição das fronteiras normativas entre as equipes .....	173
9.2 Divisão técnica do trabalho ou divisão social do trabalho?.....	178
10. Teoria e prática: distorções do Modelo SF.....	181
11. Baixa responsabilização e governabilidade: o término da cooperativa como analisador dos descaminhos da gestão municipal .....	188
12. Algumas considerações e aberturas para novos caminhos .....	193
13. Referências Bibliográficas.....	193
Anexos.....	185
Roteiro de entrevistas para ACS.....	210
Roteiro de entrevistas profissionais nível superior.....	211
Roteiro para as observações participantes .....	212
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde .....	213
Termo de Autorização da Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas .....	214
Organograma da SAABPE .....	216

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS, QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1</b> – Perfil das equipes, segundo sexo. Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2009. ....	107
<b>Quadro 2</b> – Tipologia de Unidades Básicas de Saúde, segundo base populacional. Nova Iguaçu (RJ), 2009. ....	118
<b>Quadro 3</b> – Metas mínimas mensais. Unidades Básicas Tradicionais. Nova Iguaçu (RJ), 2010. ....	120
<b>Quadro 4</b> – Metas mínimas mensais. Equipe de Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2010. ....	120
<b>Quadro 5</b> – Agenda das dos médicos e enfermeiros de acordo com as equipes de saúde da unidade estudada. Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2009.....	130
<b>Quadro 6</b> – Escala de Serviço do Enfermeiro para Gripe Suína, Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2009.....	139

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

GO – Ginecologista

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

N.O. – sigla que se refere ao nome fictício da unidade

PA – Pressão arterial

PSF – Programa Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

RH – Recursos Humanos

SAABPE – Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas

SB – Saúde Bucal

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu

SF – Saúde da Família

SM – Saúde Mental

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

URG – Unidade Regional de Governo

USF – Unidade de Saúde da Família

VD – Visita domiciliar

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é produto de um intenso interesse pessoal em estudar ao longo da minha formação questões relativas ao trabalho, à saúde e as interações entre sujeitos. Desde a graduação, fiz parte de uma pesquisa-intervenção que tinha como foco o trabalho dos profissionais de educação em uma escola pública do Estado do Rio de Janeiro. Já no final do curso, o encontro com a saúde mental certamente foi um estímulo para o interesse no trabalho em equipes, já que o cuidado na área é desenvolvido por diversos agentes com objetivo de dar suporte à experiência complexa do sofrimento psíquico. Mais tarde, já graduada, o contato com o campo da saúde coletiva, que assim como a saúde mental tem características interdisciplinares, me aproximou das políticas públicas em saúde e permitiu que continuasse acesa a questão do trabalho coletivo e das formas de interação entre as diferentes especialidades profissionais.

A Estratégia de Saúde da Família se transformou em área de interesse ao integrar o grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos Políticos e Sociais em Saúde (NUPES/ ENSP) para apoiar a pesquisa “*Desenvolvimento de estudos de linha de base nos municípios selecionados para o Programa de Consolidação e Expansão da Estratégia Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro*”<sup>1</sup>. Permaneci no NUPES como assistente de pesquisa durante três anos, me integrando à outras pesquisas e me aproximando de novas perspectivas teóricas. Este período foi fundamental para produção de conhecimento sobre o tema e para troca de experiências com outros municípios que conseguiram algum êxito na organização da Estratégia Saúde da Família em suas localidades.

Alguns pressupostos foram guiando o meu percurso, como por exemplo, a idéia de que as relações entre a equipe e seus processos de trabalho interferem na produção direta do cuidado e que o cuidado é uma atividade complexa que envolve não só as tecnologias duras, mas, sobretudo, as tecnologias leves e aspectos intersubjetivos (Merhy, 2007; Sá, 2005). Além disso, por acreditar que é no desenvolvimento das práticas cotidianas que os valores e princípios do SUS se atualizam e que as políticas de governo se concretizam, a escolha do tema foi tomando corpo.

O trabalho coletivo em saúde é fruto das transformações históricas e sociais que sofreu ao longo dos anos (hiper-especializações). Os serviços públicos de saúde, como

---

<sup>1</sup> Pesquisa sob coordenação da pesquisadora titular Maria Helena Magalhães de Mendonça (NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ)

hospitais, serviços especializados e a própria rede básica, deveriam ser espaços privilegiados de exercício das práticas coletivas dessas várias categorias profissionais. Porém, na maioria das vezes, não é isso que encontramos. Alguns autores, como Cecílio (1999), apontam para as práticas corporativas e as diferenças de poder e autonomia entre trabalhadores da saúde, principalmente médicos e enfermeiros nos hospitais brasileiros.

O trabalho em equipe, em todas as áreas, e particularmente na área da saúde, tem sido colocado como fundamental e até imprescindível para se alcançar melhores resultados e possibilitar a integralidade do cuidado de acordo com os princípios constitucionais e do SUS. No campo da saúde mental, tal prática vem sendo desenvolvida com muita ênfase. Nesta área, há o reconhecimento de que a complexidade da doença não pode ser enfrentada apenas por um único corpo de saberes e práticas ou por uma única categoria profissional e, portanto, as decisões deveriam ser mais coletivas, a prestação do cuidado mais integral e os diferentes profissionais da equipe deveriam trabalhar juntos na busca de soluções aos problemas cotidianos. Contudo, em muitas áreas da saúde, o exercício das profissões, como, por exemplo: medicina, psicologia, fisioterapia, enfermagem, nutrição e outras, vem se dando, na maioria das vezes, de forma isolada.

Diante de um contexto atual na sociedade em geral e no SUS, particularmente, desfavorável à solidariedade, às relações de cooperação e ao cuidado com a vida nos serviços de saúde (Sá, 2005), pensar o cotidiano de trabalho em equipe, impõe desafios.

O presente projeto de dissertação reflete a necessidade de voltar o olhar para o processo de trabalho das equipes de uma unidade da rede básica de saúde, observando as situações concretas vividas nas situações de trabalho e suas implicações para a produção do cuidado.

Assim, este estudo tem como princípio observar os processos de trabalho e as formas de integração dos profissionais da equipe, bem como a gerência do cuidado em um contexto complexo, que lida com pessoas em situação de fragilidade, incerteza, sofrimento e outras carências – além de buscar contribuir para a reflexão de novos modos de pensar e fazer o trabalho em equipe.

O trabalhador vive situações de impasse e imprevistos no desenvolvimento de sua prática cotidiana, às quais, muitas vezes, não há “receita” em nenhum manual. Depara-se com várias exigências provocadas pela realidade dos processos de trabalho que demandam ações não planejadas ou programadas. Tais acontecimentos mobilizam

sensações de ansiedade, desamparo, impotência, angústia, entre outros. Dessa maneira, o trabalhador cria estratégias defensivas individuais ou coletivas para lutar contra o sofrimento gerado por esse confronto, produzindo efeitos para o bem ou para o mal na produção do cuidado em saúde.

Para pensarmos o trabalho em equipe em saúde, faz-se necessário o reconhecimento das singularidades específicas do trabalho nos serviços públicos de saúde. Tratando-se de temas complexos como o é a saúde das pessoas, pensar um conceito único e ideal de trabalho em equipe não nos parece um bom caminho. Acreditando, ainda, que o cuidado em saúde não é um conceito estático, mas sim que se constrói no cotidiano dos serviços, só se atualiza e ganha sentido no movimento constante da sociedade e se altera conforme a transformação das práticas em saúde.

Nesse percurso de reflexão, algumas questões foram ganhando corpo e se tornando inquietações, entre as quais: É possível construir o trabalho coletivo em saúde, considerando a construção histórica e social da medicina e das profissões da saúde (relação entre a fragmentação das especializações e a complexidade do cuidado exigindo diferentes olhares integrados)? Como se organizam os processos de trabalho em saúde e sua gestão, e em que medida podem facilitar ou dificultar a produção do cuidado em saúde? Como as várias especialidades de saúde se articulam para atingir a integralidade das ações e do cuidado? De que maneira os profissionais se defendem do sofrimento produzido nas relações de trabalho? Que implicações as micropolíticas do trabalho em equipe trazem à produção do cuidado em saúde?

Talvez, por influência da minha experiência com pesquisa intervenção, durante quatro anos da graduação, não era suficiente um estudo teórico sem contato com o cotidiano dos trabalhadores. Acreditando que o contato com a realidade prática nos provoca novas questões àquelas que propúnhamos a estudar e enriquece a experiência, optei por realizar um estudo de campo com base qualitativa, idéia desde sempre acolhida pela orientadora. Torna-se, desse modo, fundamental para essa investigação analisar o contexto em que se organizam as práticas dos serviços de saúde e as lógicas que guiam seus agentes e interlocutores.

O principal objetivo deste estudo é compreender como se organiza e se desenvolve o processo de trabalho em equipe e sua gestão em uma Unidade de Saúde da Família da rede básica de atenção à saúde e suas implicações para a produção do cuidado.

Quanto aos objetivos específicos, este estudo procurou:

1. Analisar as formas de coordenação e cooperação presentes no trabalho em equipe na Unidade de Saúde da Família estudada;

2. Analisar as micropolíticas do trabalho em equipe da Unidade de Saúde da Família estudada;

3. Identificar os processos intersubjetivos/modos de subjetivação entre os profissionais da equipe e entre profissionais e usuários e suas conseqüências na produção direta do cuidado;

4. Problematizar as implicações que os modos de organização do trabalho em equipe na Unidade de Saúde da Família estudada apresentam para a qualidade do cuidado.

O local escolhido para a realização da pesquisa empírica foi uma unidade de saúde da família, no Município de Nova Iguaçu. Tal escolha se justifica em primeiro lugar pela facilidade de operacionalização do trabalho de campo, a partir do meu ingresso no município, por outro lado, pelo desafio de implementação dos princípios constitucionais do SUS, em função da precariedade das condições de trabalho e vínculo profissional na rede municipal de saúde. A unidade de saúde escolhida conta com três equipes de saúde completas, com boa estrutura física de trabalho e está localizada no centro do município.

O aporte teórico da Análise Institucional vem me servindo como referencial para análise das relações entre sujeitos, o processo de trabalho e a saúde ao longo do meu percurso acadêmico. Da mesma forma, as discussões da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 2008) são fundamentais para a construção desse trabalho. A interlocução com a Saúde Coletiva, principalmente no campo do Planejamento e Gestão em Saúde, trouxe outros referenciais como os trabalhos da Escola de Campinas e sua proposta de construção de um modelo técnico-assistencial “Em Defesa da Vida”, assim como a discussão desenvolvida por estes e outros autores deste campo sobre o trabalho em saúde (Merhy, 1992; 1995; 2007; Campos, 2007; 2003; Pires, 1998; Schraiber, 1993). Outra contribuição recente se refere à leitura da Psicossociologia Francesa (Sá, 2005; Azevedo, Braga Neto & Sá, 2002; Barrus-Michel, 2002; Enriquez, 1997) para a discussão dos processos intersubjetivos nas organizações.

O texto se divide em treze capítulos. O primeiro deles traça uma breve discussão sobre o trabalho na sociedade contemporânea e mais especificamente sobre trabalho nas organizações de saúde e sua singularidade, bem como a perspectiva da reestruturação

produtiva e tecnológica do trabalho em saúde, conceitos que são norteadores da nossa análise. Traz ainda um resgate sucinto de alguns teóricos do planejamento que contribuem para a discussão dos processos de gestão do trabalho em saúde, referências clássicas da saúde pública brasileira. No segundo capítulo aproximo de algumas idéias sobre trabalho em equipe, grupo e coletivos de trabalho. Alguns dos principais marcos teóricos da Estratégia Saúde da Família, sua consolidação enquanto Política Nacional de Saúde e dispositivo para reorganização e reorientação do sistema de saúde são abordados no terceiro capítulo. O quarto capítulo traz o debate sobre a noção de cuidado em saúde, a partir de referências distintas. Tal discussão é de fundamental importância para pensar a prática das equipes nos serviços de saúde, tema recorrente durante toda a dissertação.

O quinto capítulo descreve os percursos metodológicos, a construção e apresentação do trabalho de pesquisa e o delineamento do campo de observação participante. A análise do material empírico se desdobra em seis grandes temas de discussão: o sexto capítulo apresenta as características do município, a gestão, a rede municipal de saúde, a proposta de modelo de atenção para a rede básica e a unidade de saúde estudada. No sétimo capítulo, o destaque é dado à organização do processo de trabalho propriamente dito no interior das equipes de saúde estudadas, o modo como elas realizam o acolhimento aos usuários, o acesso a marcação de consultas e exames, a relação da equipe com a população que atende, controle social e os desafios de se mover no território. Fechando esse eixo, aponto para as muitas fontes de sofrimento vividas pelas equipes de saúde e as estratégias de defesa produzidas nas relações de trabalho que funcionam como defesas para as situações de impasse. O oitavo capítulo interroga os desafios da produção de cuidado frente às dificuldades enfrentadas e as implicações que o trabalho pensado como caridade trazem à construção de práticas mais cuidadoras. A cooperação e o trabalho em equipe são o tema do capítulo nove. Aqui procuro discutir as possibilidades de solidariedade entre os profissionais e a diluição das fronteiras normativas entre as três equipes de saúde que trabalham na unidade e as diferenças na organização do processo de trabalho entre as equipes de SF e as equipes de SB. O décimo capítulo descreve as incompatibilidades entre as nossas concepções de modelo e a realidade prática de trabalho cotidiano.

Por fim, o capítulo onze descreve o processo de ruptura e crise gerado pelo término da cooperativa que gerenciava os contratos de trabalho da maioria dos profissionais da rede de saúde municipal e os acontecimentos decorrentes desse

processo. Seguido pelas considerações finais que lançam novas questões de pesquisa e pelas referências bibliográficas que orientaram o desenvolvimento do texto.

## **1. O TRABALHO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E O TRABALHO EM SAÚDE**

Este capítulo apresenta alguns referenciais teóricos para pensar a categoria trabalho sem, contudo, ter a pretensão de realizar um estudo das teorias clássicas sobre trabalho. Da mesma forma, extrapola o nosso objetivo fazer uma análise exaustiva sobre o trabalho em saúde no Brasil, tais perspectivas servem apenas para introduzir o tema e localizar a nossa leitura inicial do objeto estudado.

### ***1.1 O trabalho na sociedade contemporânea: questões para o trabalho em saúde***

A construção histórica da concepção de trabalho foi se transformando ao longo do tempo. O trabalho até o século XVII era visto como algo que demandava muito esforço físico, em muitas culturas representava punição e estava ligado intensamente à idéia de maldito e profano. Derivado da palavra *tripalium* – que significava castigo – o *tripaliare* (trabalho) para os Romanos era algo só para escravos. Com o iluminismo e, em seguida, com a Revolução industrial, o trabalho passa a significar “*símbolo e fonte de toda propriedade e produtividade; de dignidade humana; de autonomia e liberdade; de progresso e desenvolvimento*” (Barreto, 2006:94) transformação que vem reforçar a consolidação de uma burguesia emergente e a conformação de mão de obra necessária ao processo crescente de industrialização. A partir de Calvino, o trabalho passa a ser valorizado também como salvação divina. Para uma vida digna, que honre a Deus, é preciso que o homem renuncie aos prazeres da carne e trabalhe sem esbanjar as riquezas provenientes de sua “vocação”. (Barreto, 2006). Na sociedade contemporânea o conceito de trabalho ganha outros contornos.

Muitos teóricos analisam o trabalho na sociedade capitalista e suas conseqüências para vida das pessoas. Para Richard Sennett, a flexibilidade introduzida pelo capitalismo está mudando o próprio significado do trabalho. Em lugar da estabilidade de uma “carreira”, originalmente concebida como uma trajetória reta e contínua no curso de vida dos trabalhadores, a flexibilidade desvia de repente os empregados de um tipo de trabalho para outro, gerando ansiedade pela incerteza e possíveis riscos dos novos caminhos. O autor nos alerta sobre a ilusão de acreditar que a flexibilidade dá às pessoas mais liberdade para moldar suas vidas, ao contrário, a nova ordem pressupõe novas formas de controle (Sennett, 2002).

Se antes do capitalismo o tempo do trabalhador era linear, previsível e até mesmo passível de cálculo, o tempo atual torna-se flexível, aberto às mudanças e ao correr riscos. As constantes mudanças de emprego transformam as relações sociais das pessoas no trabalho, mas também em comunidade. As pessoas tornam-se cada vez menos testemunhas da vida de seus vizinhos há longo prazo. As conseqüências se estendem ainda para as relações em família, uma vez que a mulher transforma-se em parceira de trabalho e desempenha igual ou importante papel na subsistência da família. A formação dos filhos, nesse processo, entra em conflito com as exigências do trabalho, já que as necessidades das crianças não podem ser programadas e o caráter duradouro dos valores e compromissos transmitidos na educação se choca com o lema do capital que acaba com o “longo prazo”. *“Transposto para área familiar, [o lema] ‘Não há longo prazo’ significa mudar, não se comprometer e não se sacrificar”* (Sennett, 2002:25).

Nesse contexto, há o crescimento do emprego temporário. O dinamismo do mercado não permite que as coisas sejam feitas do mesmo jeito e, até mesmo que seja feita a mesma coisa ano após ano. *“Em vez das organizações tipo pirâmide, a administração quer agora pensar nas organizações em redes”* (Sennett, 2002:23), podendo ser decompostas e redefinidas com maior facilidade. A estabilidade e a continuidade da experiência no trabalho estão cada vez mais disfuncionais.

De acordo com Sennett, o lema do capital, que nega a vida em longo prazo *“é um princípio que corrói a confiança, a lealdade e o compromisso mútuo”* (2002:24). Para o autor os laços sociais levam tempo para surgir, enraizando-se lentamente nas brechas das instituições e dependem da disposição das pessoas em estabelecer compromissos com outros. As redes institucionais modernas se caracterizam por laços passageiros e frouxos, mais úteis no novo modelo, e, os laços fortes, como a lealdade, vêm deixando de ser sedutores. O autor aponta ainda para uma característica importante do trabalho coletivo, que pode ser pensada em relação aos nossos serviços de saúde: *“esses laços fracos se concretizam no trabalho de equipe, em que a equipe passa de tarefa em tarefa e muda de pessoal no caminho (...)”* Mais adiante complementa, *“o distanciamento e a cooperação superficial são uma blindagem melhor para lidar com as atuais realidades que o comportamento baseado em valores de lealdade e serviço”* (Sennett, 2002:25).

A sociedade capitalista procura destruir o mal da rotina e criar instituições mais flexíveis. Ser flexível no sentido dado a capacidade humana em se adaptar a diferentes

circunstâncias, sem ser quebrada por elas. Coberto por uma roupagem que transmite a falsa idéia de abertura à mudança e ideal de liberdade, “*a repulsa à rotina burocrática e a busca da flexibilidade produziram novas estruturas de poder e controle, em vez de criarem as condições que nos libertam*” (Sennett, 2002:54).

O autor argumenta que os sistemas de poder camuflado nas formas flexíveis da modernidade estão assegurados em três elementos: a *reinvenção descontínua das instituições*; a *especialização flexível da produção* e a *concentração de poder sem centralização*. O primeiro elemento se refere ao desejo de mudança que tem como característica reinventar decisiva e irrevogavelmente as instituições de forma que o presente se torne descontínuo do passado. A administração hierárquica e burocrática dá lugar às redes flexíveis. A especialização flexível procura pôr produtos variados no mercado para responder, cada vez mais rápido à volatilidade da demanda do consumidor. Por fim a concentração sem centralização diz respeito à ilusão de que a organização do trabalho dá aos trabalhadores mais controle sobre as suas atividades. Os sistemas de informação e o controle exercido através das altas metas de produção estabelecidas, são exemplos de controle e de poder desigual arbitrados dentro das instituições. (Sennett, 2002).

Para o autor as três formas de poder flexível apontadas corroem o caráter dos trabalhadores, tornando-se autodestrutíveis, ao mesmo tempo em que o capitalismo do curto prazo é ácido para a vida das pessoas, principalmente em relação àquelas qualidades que ligam os sujeitos uns aos outros, tais como lealdade e compromisso. (Sennett, 2002).

A reflexão sobre a mudança nos processos de trabalho a partir do capitalismo é fundamental para pensarmos a organização atual do trabalho nos nossos serviços de saúde e tentar entender os agenciamentos que esse contexto produz na micropolítica do trabalho. As sociedades e as formas de organizar o trabalho têm historicidade, se modificam e variam no tempo, e as pessoas também. Daí a importância de pensar essas transformações inseridas no contexto histórico em que se manifestam.

Alguns autores vêm produzindo importantes contribuições para o debate acerca do trabalho na contemporaneidade, e a partir de uma forte influência neomarxista, analisam a reestruturação produtiva no contexto global, desenvolvendo a noção de “*trabalho imaterial*”. Trata-se de uma reflexão crítica sobre as transformações no

mundo do trabalho em um contexto de acumulação de capital, de exploração do trabalho vivo e da dimensão técnica do trabalho.

O trabalho contemporâneo em tempos de globalização, implica flexibilidade, criatividade, capacidade de escolher entre diversas alternativas, utilização cada vez maior da intelectualidade do trabalhador e responsabilização do mesmo pelas decisões tomadas. De acordo com Lazzarato & Negri, a exigência recai sobre a “*alma*” do operário. “*É sua personalidade, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade do trabalho são reorganizadas em torno da sua imaterialidade*” (2001:25).

Nessa perspectiva, não é o tempo despendido nem a quantidade de trabalho empregado que vai determinar a geração de riqueza e sua produção. A sua produtividade não é mais medida pelo tempo gasto com o trabalho e se torna cada vez mais difícil distinguir o tempo livre do tempo do trabalho. “*A Jornada de trabalho fica mais porosa, não no sentido de sua diminuição quantitativa, mas no sentido de que ‘os trabalhadores autônomos trabalham sempre’*” (Lazzarato & Negri, 2001:93). As instituições agem sob o tempo de vida das pessoas, o controle direto e contínuo dos tempos e dos ritmos do trabalho, é substituído pelo controle dos prazos, das encomendas e do produto. O trabalho assume o tempo de vida global. Esta nova forma de produção controla não apenas a força de trabalho do profissional, mas, sobretudo aprisiona o trabalhador em sua subjetividade.

Levando essa análise para o complexo arranjo das organizações públicas de saúde, se por um lado, há necessidade de um trabalhador criativo, que se flexione frente às adversidades e se vincule afetivamente ao trabalho a ponto de se responsabilizar-se pela saúde das pessoas e, assim, produz afetos de toda ordem e é afetado por eles, por outro lado, aponta para uma outra especificidade, já que se apresenta ainda imerso em uma cultura de baixa responsabilidade, com estratégias de controle social incipientes e a prestação de contas é ainda insignificante.

Para os autores, o trabalho imaterial tende a ficar hegemônico em nossa sociedade e, portanto, não diz respeito a uma característica exclusiva dos trabalhos mais qualificados, uma vez em que atua sob virtualidades e se ocupa da capacidade subjetiva do trabalhador como base da produção de consumo.

*“A categoria clássica de trabalho se demonstra absolutamente insuficiente para dar conta da atividade do trabalho imaterial*

*(...) Pode-se dizer que quando o trabalho se transforma em trabalho imaterial e o trabalho imaterial é reconhecido como base fundamental da produção, este processo não investe somente a produção, mas a forma inteira do ciclo 'reprodução-consumo': o trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução de subjetividade" (Lazzarato & Negri, 2001:30).*

A indústria moderna se transforma no sentido da singularização do produto. Amplia-se a comunicação entre produção e consumo, abre-se as portas às demandas do mercado e à ampliação das opções de produtos cada vez mais diversificados e personalizados. O consumidor participa ativamente na construção do produto. Dessa forma, se o produto está sobre a intervenção contínua do consumidor, e, portanto, em constante transformação, torna-se impossível o estabelecimento de normas objetivas e fixas para a produção e a definição de medidas de produtividade. Ainda que os serviços públicos de saúde não se reproduzam inteiramente nessa lógica, os profissionais e os usuários que os habitam estão atravessados por esses processos.

A produção de bens e serviços não resulta em um bem durável, e, desse modo, também apresenta imaterialidades. É o trabalho imaterial que anima a relação produção/consumo, produz novas ideologias, materializa desejos, imaginários e impulsos dos consumidores. (Lazzarato & Negri, 2001). *"O trabalho imaterial produz acima de tudo uma relação social (uma relação de inovação, de produção, de consumo) e somente na presença desta reprodução a sua atividade tem um valor econômico"* (2001:46).

A alimentação permanente do consumo conduz a indústria de produção a investir na produção de valores, pressupõe estilos de vida, formas de estar e viver em sociedade, a serem apropriados e consumidos subjetivamente. Na saúde, um exemplo dessa intromissão nas maneiras de levar a vida, está a indústria de medicamentos que a cada dia manipula e introduz novos produtos com promessas de alívio imediato, bem estar e saúde eterna. A publicidade, sempre mais interativa, passa a produzir um mercado robusto e ávido pela saciedade de seus desejos. Da mesma forma, vem se produzindo uma procura cada vez maior que chega aos serviços de saúde com a demanda ávida por consumo de consultas médicas, exames e medicamentos. (LUZ, 2004). Nesse contexto, falar em promoção e prevenção da saúde por uma equipe multidisciplinar de saúde torna-se um desafio.

Hardt (2003) desenvolve um debate acerca de uma outra dimensão do trabalho imaterial: o trabalho afetivo. O setor de serviços, aqui entendido como um amplo conjunto de atividade, tais como, assistência médica, educação, transporte, entretenimento, entre outras, é caracterizado essencialmente pelo papel estrutural desenvolvido pelo conhecimento, informação, comunicação e afeto.

Para o autor, o capital incorporou e valorizou o trabalho afetivo como uma importante maneira de produção de valor. Os serviços de saúde são, por excelência, lugares de trabalho afetivo, de interação, de prestações de cuidados e criação de afetos. *“Este trabalho é imaterial, mesmo sendo corporal e afetivo, no sentido de que seus produtos são intangíveis: um sentimento de tranqüilidade, de bem-estar, de satisfação, de paixão”* (Hardt, 2003:152). A prestação de cuidados é bastante concreta e corporal, contudo os afetos que produz são imateriais e passíveis de serem capturados, reproduzindo redes sociais de poder e manipulação, exploradas pelo capital. No entanto, Hardt chama atenção para a potência do trabalho afetivo, na medida em que produz novas subjetividades, cria vida, traz a dimensão do trabalho vivo, caminha no sentido da produção de autonomia, subverte a lógica de exploração e produz linhas de fuga<sup>2</sup> contra-hegemônicas aos grilhões da produção capitalista. Quando se trata de um trabalho com um componente central interativo e de produção de trabalho vivo em ato, como o é o trabalho em saúde, esta dimensão se destaca. Contudo cabe destacar que este componente afetivo, ainda que se caracterize como uma potente estratégia de liberdade pode ser facilmente capturado por projetos capitalísticos.

Os autores apontam ainda para o paradoxo desta forma de organização capitalista. O controle do processo de produção é exercido em cima do produto, já que a imaterialidade do trabalho diz respeito a um processo relativamente autônomo do trabalho vivo em ato, portanto não passível de controle. Daí o caráter criativo do trabalho e a sua centralidade como potencia revolucionária. No entanto, é justamente a imaterialidade do trabalho e seu caráter subjetivo que é passível de ser aprisionado pelo capital. (Negri & Cocco, 2002). Dito de outra forma: *“Se o capitalismo, em sua organização, por um lado constrói e destrói territórios de existência como a própria condição de seu funcionamento, cabe descobrir, no cotidiano de trabalho, possibilidades de criação de novos territórios”* (Grisci & Bessi, 2006).

---

<sup>2</sup> Para Deleuze, a linha de fuga é uma *“desterritorialização”*, algo que nos desorganiza, sair de determinada situação, mudar de vida, ligado ao imprevisível e a criação de novos agenciamentos. Trata-se de uma saída (Zourabichvili, 2004).

Outros autores se debruçam sobre as transformações nos processos de subjetivação da sociedade a partir da entrada do capital. Bauman (1995) é bastante caustico quanto à subjetividade contemporânea centrada no indivíduo, uma subjetividade “auto-referente”. O autor define a modernidade como a época ou o estilo de vida dependente do desmantelamento da ordem vigente e um começo permanente. A ordem do dia muda a todo instante. “*Nada parece seguro: a incerteza e desconfiança governam a época*” (Bauman,1995:20). As pessoas vivem em estado permanente de pressão, “*os ganhos e perdas mudaram de lugar: os homens e as mulheres pós-modernas trocaram um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade*” (Bauman,1995:10).

Partindo de referenciais distintos, Rolnik em “Toxicômanos de identidade” e “A vida na Berlinda” discute as produções subjetivas em tempos de globalização. No primeiro texto, a autora desenvolve a tese de que a subjetividade moderna, que acredita na estabilidade e na representação identitária agoniza, uma vez que a globalização intensifica as misturas, leva a uma profusão de territórios que pulveriza as identidades de acordo com a lógica do mercado. São mudanças que implicam adaptação flexível em função das transformações cartográficas do mundo global. “*As transformações das cartografias de forças esvaziam de sentido as figuras vigentes lançam as subjetividades no estranho e forçam-nas a reconfigurar-se*” (Rolnik, 1997:21).

Nessa perspectiva, as subjetividades modernas são tomadas pela sensação de fracasso e desassossego, em uma tentativa de proteger-se, “*breca-se o processo, anestesiando a vibratibilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus afetos. Um mercado variado de drogas sustenta e produz essa demanda de ilusão, promovendo uma espécie de toxicomania generalizada*” (Rolnik, 1997:21).

No segundo texto, a autora coloca na berlinda a potencia da vida como força de criação, esvaziada de sua vitalidade e sentido. Com o “capitalismo mundial integrado”<sup>3</sup>, há intensificação de estímulos e dos fluxos a que está exposta a multiplicidade e acelera o processo que engendra novas formas de vida a serem consumidas, tornando-se obsoletas mesmo antes de ter tempo de absorvê-las. Este processo gera um estado de tensão permanente que leva ao desespero. Ao mesmo tempo em que fomenta a força de invenção, nutre-se dela e do estado de tensão que a ativa. “*Força de invenção capturada e vida como processo, sobrecodificada, são o combustível de luxo de capitalismo*

---

3 Expressão utilizada por Guattari In: “Guattari F. Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo, SP: Editora Brasiliense, 1981”.

*mundial contemporâneo*” (Rolnik, 2002:21). Contudo, pegando de empréstimo as palavras de Cecílio (2007), ainda que estejamos atrelados as nossas “cadeias e espadas”, sempre há uma margem de liberdade e autonomia para a ação humana.

Dejours também é referência importante que nos auxilia a refletir acerca das transformações no mundo do trabalho e seus determinantes na atualidade. O desenvolvimento da psicodinâmica do trabalho – disciplina que resulta de intensos estudos realizados por um coletivo de pesquisadores entre eles o autor citado – lança um novo olhar sobre a problemática do trabalho, já que reconhece que a *“relação entre a organização do trabalho e o homem não é um bloco rígido, está em contínuo movimento (...) está assentada em um equilíbrio livre e aberto à evolução e às transformações, um equilíbrio dinâmico, em contínuo deslocamento.”* (2008:60). Nas palavras de Schwartz, o que é *“consustancial à natureza do trabalho humano: ele sempre se modifica”* (2007:25). Estes autores trazem a cena o debate com a Ergonomia da Atividade<sup>4</sup> através da afirmação da *“existência de um intervalo irredutível entre a tarefa prescrita e a atividade real do trabalho”* (Dejours, 2008:62).

O conceito de trabalho prescrito (tarefa) se refere àquilo que é esperado em determinado processo de trabalho. *“O ‘trabalho prescrito’ é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho”* (Brito, 2006a: 284). Contudo, a observação das situações de trabalho e sua dinâmica mostram que a categoria trabalho é muito mais do que simplesmente o prescrito, evidenciando, assim, o caráter ativo do trabalhador, uma vez que mesmo a tarefa, por mais passível de padronização não se constitui em algo automático ou “feito sem pensar”, caberá sempre ao trabalhador fazer ajustes. *“O ‘trabalho real’ está vinculado ao pressuposto de que as prescrições são recursos incompletos, isto é, que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar”* (Brito, 2006b: 290). Refere-se àquilo que é posto em jogo pelos trabalhadores para realizar o trabalho prescrito, resposta às imposições apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador.

---

<sup>4</sup> A Ergonomia da Atividade considera que essa defasagem entre real e prescrito se dá principalmente pela existência de variabilidades humanas e organizacionais nas situações de trabalho e nunca será possível tornar as condições de produção perfeitamente estáveis.

A atividade de trabalho é, por isso mesmo, sempre singular, dado que é realizada por sujeitos singulares e que se modificam constantemente. A definição de trabalho prescrito esteve muito atrelada à concepção taylorista de organização do trabalho e sua tentativa de predição e controle sem limites do processo de trabalho, portanto, uma visão negativa. No entanto, cabe ressaltar, que o trabalho prescrito tem um papel importante no desenvolvimento das atividades, na medida em que a não definição clara dos objetivos, das instruções e de determinados instrumentos de trabalho, compromete o desenvolvimento das atividades e a própria saúde do trabalhador. O prescrito e o real são, dessa forma, duas faces do processo de trabalho nas instituições e não se apresentam de maneira oposta ou concorrente, mas, sobretudo, são inerentes a atividade do trabalho.

Essa distância entre real e prescrito é percebida em qualquer situação de trabalho, pois é impossível, mesmo nas atividades mais simples, prever e ter controle de todas as situações do trabalho. A organização dos processos de trabalho tenta decodificar as atividades em normas, protocolos, prescrições que nunca vão dar conta dos imprevistos e inesperados da situação real do trabalho. As atividades de trabalho são permeadas por acontecimentos impensados, incidentes e funcionamentos não previstos tanto em relação às ferramentas e materiais utilizados na atividade quanto nos comportamentos dos trabalhadores. Como afirma o autor, “*trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real*” (Dejours, 2004:28) e, dessa forma, o excesso de prescrições pode levar, às vezes, à desorganização. “*A elaboração da organização do trabalho real implica, assim, o afastamento das prescrições para dar início à atividade de ‘interpretação’*” (Dejours, 2008:65). Dessa forma, para o desenvolvimento do trabalho real é imprescindível um processo de interpretação da situação de trabalho e de um artifício de criação do trabalhador para que a partir daí consiga contribuir para atingir os objetivos que lhe são atribuídos. Ao apontar para os conflitos entre as diferentes interpretações dos agentes envolvidos, Dejours (2008), introduz a organização real do trabalho no jogo social e, portanto, também como produto de relações sociais historicamente construídas.

A psicodinâmica do trabalho propõe uma nova definição de trabalho pensando-o como uma “*atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho*”. (Dejours, 2008:67). Esta perspectiva recusa a divisão tradicional entre trabalho de concepção e de trabalho execução. Para o

autor, “*todo trabalho é sempre trabalho de concepção*” e este complementa ainda que o “*trabalho é por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente*” (Dejours, 2008:67).

Partilhamos da reflexão do autor quando ele afirma que a concepção de trabalho necessariamente implica “*o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar*” (2004:28). Dito de outra forma, nas situações de trabalho, há algo que o sujeito insere de si, da sua subjetividade.

Dejours (2008) e Schwartz (2007), apesar de escolas teóricas diferentes, são autores que se dedicam aos estudos acerca dos processos e relações de trabalho e vêm afirmando o protagonismo da dimensão subjetiva nas relações do homem e sua atividade.

*“A psicodinâmica do trabalho defende a hipótese segundo a qual o trabalho não é redutível a uma atividade de produção no mundo objetivo. O trabalho sempre coloca à prova a subjetividade, da qual esta última sai acrescentada, enaltecida, ou ao contrário, diminuída, mortificada. Trabalhar constitui, para a subjetividade, uma provação que a transforma. Trabalhar não é somente produzir; é também, transformar a si mesmo”* (Dejours, 2004:31).

A Ergologia<sup>5</sup> compartilha do reconhecimento da defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real, desenvolvendo e problematizando alguns conceitos, tais como a noção de atividade<sup>6</sup>. Entre os pesquisadores que deram origem a Ergologia está Yves Schwartz, de acordo com ele, o trabalho real se faz no “*vazio de normas*”, onde as normas se mostram insuficientes. “*Cada pessoa vai tentar ‘lidar com’ as lacunas ou as deficiências a seu modo (...) ela o faz com sua própria história, seus próprios valores*” (Schwartz, 2007:192). À medida que age no trabalho ressingulariza-o. Daí, a idéia de

---

<sup>5</sup> Em 1983, um grupo de professores e pesquisadores franceses de diferentes especialidades constituiu um coletivo de formação, pesquisa e intervenção sobre as situações de trabalho denominado “Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho” (APST), um empreendimento que deu base à construção da Ergologia (Schwartz, 2007). Trata-se de uma perspectiva de produção de conhecimento que busca intervir no mundo do trabalho a partir dos conhecimentos produzidos no interior das atividades de trabalho.

<sup>6</sup> “*A atividade de trabalho é sempre tentativa, mais ou menos individual, mais ou menos coletiva, de reinventar maneiras de fazer, maneiras de viver as contradições, as restrições, os recursos do presente.*” (Schwartz, 2007).

que trabalhar é um risco, ou como diz Schwartz, é uma “*dramática de uso de si*”. “*Antecipamos soluções possíveis sabendo que efetivamente há o risco de falhar, de criar dificuldades novas, de desagradar (...) e em seguida de ter que assumir as conseqüências de suas escolhas*” (Schwartz, 2007:193).

Entretanto, o autor aponta uma dualidade em sua análise das situações de trabalho, para ele, toda atividade é um uso de si “*por si*” e “*pelos outros*” e é por essa polaridade que o trabalho constitui um drama. Ele explica: “*o uso de si pelos outros, de certa maneira, é o fato de que todo universo de atividade, de atividade de trabalho, é um universo em que reinam normas de todo o tipo*” (Schwartz, 2007:193). Para Schwartz, há algo no trabalho dado pela singularidade do trabalhador e algo que é dado pelos outros, pela cultura, por uma produção histórica e social. Schwartz e Dejours apontam para a mesma idéia central: o abismo entre o real e o prescrito.

Visto que o trabalho não é entendido como mera aplicação de normas e protocolos, não é pura “*execução*”, como já dito, outra contribuição de Dejours está na concepção do trabalho como uma atividade criativa, ou seja, toda experiência singular do trabalho admite novas interpretações, criação do novo, das engenhosidades. “*Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum classifica como engenhosidade*”. (Dejours, 2008:68).

Continuando nessa perspectiva, o real do trabalho se apresenta ao sujeito a partir de uma resistência ao prescrito, como uma deficiência dos procedimentos, uma “falha” da técnica. O real se apresenta ao trabalhador como uma surpresa desagradável. Soma-se a isso, o fato de muitas vezes, a prática cotidiana exige que o trabalhador quebre algumas regras, vá contra alguns procedimentos, e isso não se dá sem sofrimento. Contudo, o autor mostra que o sofrimento também faz parte da vida dita “normal”, a vida no trabalho – como também fora dele – é uma luta cotidiana entre as exigências laborais, sociais e as expectativas e experiências pessoais. “*A normalidade não supõe, portanto, ausência de sofrimento. Ao contrário, é preciso manter um conceito de normalidade ‘com sofrimento’*” (Dejours, 1999:19).

Canguilhem, autor fundamental para a discussão das questões entre saúde, normalidade e doença, contribui para o debate, ao afirmar uma nova concepção de saúde, ao afirmar a vida em sua forma normativa. Canguilhem problematiza os conceitos de saúde/doença e critica a suposta definição que entende o equilíbrio como

característica fundamental de uma vida saudável, de acordo com a clássica definição difundida pela OMS<sup>7</sup>. Nessa perspectiva, saúde e doença não se encontram em pólos opostos, ambas são características da vida humana normal. Tanto o corpo saudável apresenta “inutilidades”, “defeitos”, como o corpo adoecido busca novas maneiras de existência. A saúde completa, portanto, jamais será atingida. Frente à infidelidade do meio, é necessária adaptação constante e o abandono de normas que não são mais eficazes, para a construção de novos códigos de vida. Para Canguilhem, não existe vida sem norma. A própria condição de doença traz em si um sentido positivo, na medida em que a pessoa que adoece ainda está lutando pela vida, é sinal de que há vida, de que há busca de condições melhores de existência. Desse modo, saudável é aquele que cria normas de vida úteis sempre provisórias e que aposta nessa luta permanente em prol da existência.

*A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferente (Canguilhem, 1995, p. 146).*

Dejours também pensa a saúde como um equilíbrio sempre precário. A saúde jamais será um estado ideal e sim um estado aceitável. Segundo o autor, saúde e normalidade não são estados passivos. A saúde é uma luta. “*A normalidade é uma conquista difícil, nunca totalmente alcançada. Ela deve ser sempre reconstruída*”. (Dejours, 1999:16). O sofrimento só se manifesta quando as lutas ou defesas se enfraquecem.

De acordo com Dejours, o trabalho implica um confronto com o real e esse confronto é gerador de sofrimento. “*Toda organização é, de antemão, desestabilizadora da saúde. (...) Não podemos conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, mas organizações do trabalho mais favoráveis à negociação da superação desse*

---

<sup>7</sup> Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é o “*estado de completo bem estar físico, psíquico e social*” (WHO, 1946: 2). A definição consta no preâmbulo da Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York (19/22 de junho de 1946) e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados, com vigor a partir de abril de 1948, não emendada desde então. (Encontrar no sítio <http://www.who.int/home-page/index.es.shtml>) Acessado em nov/2008.

*sofrimento*” (Dejours, 2008:352). Contudo, o trabalhador cria estratégias defensivas individuais ou coletivas para lutar contra o sofrimento e as exigências do trabalho real, do real do mundo do trabalho, e assim, preservar sua saúde e produzir sentido no seu fazer. “*Sempre há sofrimento, a única possibilidade, pra nós, é transformar esse sofrimento: não podemos eliminá-lo.*” (Dejours, 1999:16).

Na psicodinâmica do trabalho, o sofrimento é uma experiência que implica um movimento reflexivo do sujeito e seu estar no mundo (Dejours, 1999:19). Desse modo, o sofrimento é um “*ponto de partida*”, que impulsiona o sujeito para a tomada de decisão, tanto em direção à transformação da sua situação e a criação de modos mais criativos de trabalhar como à imobilidade e intensificação do sofrimento. “*O sofrimento também é expectativa. De certa forma, ele direciona o sujeito para o mundo, na esperança de encontrar, no mundo, alívio e quietude. Dizemos que o sofrimento é expectativa com relação à auto-realização*” (Dejours, 1999:20).

Outro importante aspecto das situações de trabalho que é ressaltado por Dejours é que o tempo de trabalho extrapola aquele vivido no local de trabalho. “*O trabalho não é, como se acredita frequentemente, limitado ao tempo físico efetivamente passado na oficina ou no escritório. O trabalho ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho; ele mobiliza a personalidade por completo*” (Dejours, 2004:30). Por esse motivo, “*o trabalho não pode ser avaliado (...) o que se avalia, corresponde somente àquilo que é visível*” uma vez que “*parte importante do trabalho efetivo permanece na sombra*” (Dejours, 2004:30).

Mais uma vez aparece a afirmação da não objetividade do trabalho e, principalmente do caráter afetivo com que são vivenciadas as experiências de trabalho. Daí, a necessidade de um esforço para construir uma interpretação comum da realidade de trabalho e chegar a um sentido compartilhado, um compromisso. Dessa forma, o autor nos guia para outra importante categoria de análise: a cooperação. Para que as “*engenhosidades*” dos trabalhadores e suas “*inteligências*” sirvam aos objetivos da organização, sem, contudo, chocar-se com seus desejos pessoais, anseios, modos singulares de trabalhar etc, a cooperação é fundamental. Um processo de negociação e diálogo coletivo a fim de reajustar a norma e as diferentes maneiras de trabalhar, “*que seja uma confrontação de argumentos tanto técnicos quanto éticos*” (Dejours, 2004:32).

Daí a necessidade de pensar os trabalhadores como peça chave para conhecer os processos de trabalho e reconhecer que somente o próprio trabalhador é o especialista

do seu trabalho, pode tomar as decisões necessárias para mudar o curso dos acontecimentos e é o protagonista da mudança no seu trabalho. *“Os trabalhadores são as pessoas mais indicadas para encontrar as soluções e oferecer sugestões para transformar a organização do trabalho”* (Dejours, 1999:169). Dito de outra forma, *“Para compreender o trabalho, os saberes disciplinares são necessários, mas é com aqueles que trabalham que se validará conjuntamente o que podemos dizer da situação que eles vivem”* (Schwartz, 2007:36).

A cooperação diz respeito à capacidade das pessoas em trabalhar coletivamente na busca de superar as contradições que surgem no real do trabalho. Para o autor, a cooperação reflete a liberdade dos sujeitos e a formação de uma vontade coletiva, portanto, trata de um conteúdo que escapa a descrições prévias e, por isso, é impossível ser prescrita. Ainda afirma que a ausência de cooperação no trabalho corresponde a um bloqueio na produção (Dejours, 2008:69). É por meio da cooperação que se criam os laços entre trabalhadores, o reconhecimento e o sentido do trabalho.

Cooperar, desse modo, é trabalhar coletivamente na construção de propostas potentes em direção à “constituição do comum” no sentido dado por Negri. O comum para Negri está fundamentalmente articulado ao movimento da singularidade. Sempre construído pelo reconhecimento do outro e se desenvolve nesta relação com o outro. Para o autor, o homem se define na relação com o outro, sem a qual não existe em si. As categorias de singularidade e cooperação tornam-se fundamentais para a construção da “multidão”, ou seja, da produção que coordena múltiplas singularidades em busca de um objetivo comum. (Hardt e Negri, 2005).

Novamente Dejours inclui a organização do trabalho no campo das relações sociais, na medida em que trata a cooperação como um compromisso entre pessoas que *“vivem juntas”* e supõe um acordo técnico e social. Escolher entre uma ou outra modalidade de ação, de certa maneira determina formas de agir com o outro. Para que existam relações cooperativas no trabalho é preciso haver confiança entre os colegas e entre os dirigentes e dirigidos. De acordo com Dejours, a confiança falta com frequência ou permanece frágil e *“reafirmar que a confiança é uma dimensão irredutível do trabalho, da qualidade, da segurança e da seguridade pode parecer mais um sonho utópico (...) A confiança é, em verdade, uma luta”* (2008:70). O que o autor aponta aqui é que a confiança não se inscreve na ordem do psicoafetivo, não é apenas um

sentimento e sim está situada na ordem do deontológico, ou seja, a organização do trabalho precisa facilitar a construção de acordos e regras para a elaboração do mesmo.

*“O ajuste da organização do trabalho passa pela realização de condições éticas: dimensões irredutíveis do trabalho que introduzem – na gestão ordinária da organização do trabalho – uma parte que não diz propriamente respeito à técnica. O trabalho não se distingue pela techné, ou pela poièsis: distingue-se pela práxis”* (Dejours, 2008:70-71).

De acordo com o autor, os problemas e conflitos que surgem nas relações de trabalho são complexos e só podem ser resolvidos a partir de uma *“deliberação coletiva”*, de um processo de negociação. *“O ajustamento entre a organização prescrita e a organização real baseia-se em uma dinâmica que depende da democracia”* (Dejours, 1999:75).

Outro fator imprescindível à cooperação é a contribuição insubstituível dos trabalhadores na concepção, nos ajustes e na organização do trabalho. Da mesma forma, essa contribuição não é passível de prescrições e depende da dinâmica entre contribuição e retribuição. *“Qualquer trabalho implica grande quantidade de ajustes, angústias, sofrimentos e injustiças freqüentes, porém invisíveis. A mobilização de qualidades e da inteligência, mesmo que seja para fazer bem alguma coisa, implica uma transgressão”* (Dejours, 1999:27). Para o autor, o trabalhador espera que suas atividades não sejam consideradas mera execução e que suas iniciativas e vontades não sejam frustradas. A ausência de reconhecimento tende a desmobilizar o trabalhador. Aqui o autor nos apresenta outro nó presente nas relações de trabalho: ao mesmo tempo em que o trabalhador busca o reconhecimento, este, também pode ser atribuído à ação singular do trabalhador necessária para atingir os objetivos do seu trabalho, ou seja, à uma violação das regras prescritas, e que, portanto, guarda relação imediata com o segredo, com a invisibilidade e com o real do trabalho. Trata-se do reconhecimento do zelo<sup>8</sup>.

O reconhecimento *“é fundamentalmente de natureza simbólica”*. (Dejours, 2008:73). Refere-se à constatação da contribuição individual do trabalhador para a

---

<sup>8</sup> *“O zelo é, precisamente, tudo o que os operadores adicionam a organização prescrita, para torná-la eficaz. Tudo o que empregam, individual e coletivamente, e que não depende da execução”* (Dejours, 1999:26).

organização do trabalho. Dejours aponta a existência de importantes resistências hierárquicas como obstáculo ao reconhecimento do trabalhador. Uma vez que o reconhecimento do trabalhador implica sempre desvendar as falhas organizacionais, a insuficiência da técnica e imperfeições inerentes à elaboração das prescrições. A ausência de reconhecimento é fonte importante de sofrimento no trabalho. *“Se a dinâmica do reconhecimento está paralisada, o sofrimento não pode mais ser transformado em prazer, não pode mais encontrar sentido”* (Dejours, 2008:79).

Muito foi dito sobre a necessidade de ajustamento entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real. Vale insistir nesse tema e trazer um outro ponto de análise: a tomada de decisão. Todo ajustamento implica decisão. *“Não há rotinização possível desse ajustamento. É preciso reinventá-lo a cada vez, por que no trabalho sempre há imprevistos. Quando se fala em decisão, a referência é essa dimensão do imprevisto, do inesperado, do que ainda não é conhecido”* (Dejours, 1999:99). Na medida em que a prescrição deixa uma lacuna e ser preenchida pelo trabalhador, este se vê obrigado a deliberar, a escolher, a tomar uma posição a fim de sair do impasse em que se encontra.

*“Tradicionalmente, desde Aristóteles, o trabalho sempre foi oposto à ação. O trabalho é o que é humilde, simples, é o que justamente não exige nenhuma decisão e que se baseia somente na aplicação das regras já conhecidas. (...) Ação, por outro lado, é a parte nobre da atividade humana; é nela que é preciso deliberar discutir, tomar decisões. A referência à psicodinâmica do trabalho e à ergonomia conduz à conclusão de que o trabalho não pode ser oposto, dessa forma, à ação”* (Dejours, 1999:99).

Se a exigência imposta pela nova organização do trabalho é de uma flexibilidade sem precedentes, como será que esta exigência se coloca no cotidiano do trabalho nos serviços públicos de saúde? Como fica a questão do vínculo, do acompanhamento das condições de saúde das pessoas ao longo do tempo, da relação afetiva equipe-paciente proposta pela Estratégia SF? É importante reconhecer que a lógica da organização capitalista é uma das determinações dos processos de trabalho nas organizações públicas de saúde, mas não a única. Certamente no bojo da problemática do processo de trabalho em saúde está a pouca valorização e reconhecimento do capital produtivo do trabalho no campo da saúde, principalmente nos serviços da rede pública, a precarização

do trabalho e das condições de exercício do mesmo, o aumento da economia informal, do desemprego e a baixa tolerância com o outro e com seu sofrimento, assim como o alargamento da cultura do individualismo na sociedade contemporânea.

### ***1.2 O trabalho no Brasil e as transformações do trabalho em saúde***

Vários autores têm como foco de interesse e de estudo o trabalho em saúde e defendem a sua especificidade em relação aos outros tipos de trabalho (Pires 1998; Schraiber 1993; Merhy 2007; Sá 2005; Campos 2007).

Pires (1998), analisa o processo de industrialização brasileira e o crescimento de sua produção se dão entre 1968 e 1974, sob o autoritarismo do regime militar, com baixa liberdade de expressão, participação social e com os sindicatos amordaçados. O estado brasileiro desenvolve ações fragmentadas na área social e as políticas de proteção só se consolidam nos anos 70, com um sistema de financiamento específico para o setor. Após a ampliação do espaço democrático, os trabalhadores brasileiros conseguem alguns direitos sociais. Contudo a autora nos alerta que o país não alcançou o padrão de desenvolvimento dos países do chamado primeiro mundo, amargando, nos anos 80, um esgotamento do dinamismo da economia industrial brasileira, com alta inflação e crescimento econômico quase inexistente (Pires, 1998).

Amplia-se a organização sindical dos trabalhadores, conquistando espaços de negociação com maior reconhecimento social. No fim da década de 80, a inflação alcança índices elevados, aumentando a crise política, econômica e institucional no Brasil. Mesmo em meio à crise, o país não sofre uma desaceleração industrial, como ocorre em outros países da América Latina, ao contrário, chega aos anos 90 com o maior parque industrial do terceiro mundo, ainda que com elevadas taxas de desemprego, desigualdades, pobreza, diminuição do poder de compra salarial e crescimento do trabalho informal (Pires, 1998). Tais circunstâncias configuram um cenário de precarização do trabalho, o que conduz à insegurança do trabalhador em seu trabalho.

Em 1988 com a Constituição Federal Brasileira, a jornada de trabalho semanal passou de 48 para 44 horas, sem que isso resultasse aumento de vagas de emprego no setor empresarial. As empresas optaram por investir na produtividade por hora trabalhada. Os anos 90 marcam o crescimento do desemprego, da violência urbana e agravamento da crise econômico-social. Os níveis de escolaridade, renda, expectativa

de vida pioram e refletem a situação brasileira da época (Pires, 1998). Pires destaca nesse cenário, “*o crescimento significativo do setor de serviços, ou setor terciário da economia (...) atividades fundamentais para a vida em sociedade*” (Pires, 1998:61).

Pires (1998) realiza ainda uma síntese de alguns estudos sobre a história das práticas de saúde no Brasil e resgata a trajetória da assistência à saúde dos indivíduos como um trabalho sempre diferenciado, desenvolvido por pessoas com conhecimentos especiais e que eram reconhecidos por seu grupo social. De acordo com a autora, na Antiguidade e nas sociedades ditas primitivas, não havia divisão do trabalho, uma única pessoa fazia o diagnóstico, determinava o tratamento, cuidava das misturas medicamentosas e aplicava o tratamento. Com a Idade Média e, posteriormente, com a emergência do capitalismo, o trabalho em saúde se difere profundamente e marca seu modo de organização até hoje.

Tratava-se de um trabalho artesanal, realizado por leigos – práticos/homens de ofício – e religiosos com diversas especializações. Os profissionais tinham o controle sobre o seu processo de trabalho e sobre o produto final. O conhecimento era passado entre gerações via tradição oral. A autora mostra ainda a cisão histórica entre os trabalhos manuais e os intelectuais. “*A medicina tinha esse caráter de trabalho intelectual, articulado e formado segundo o pensamento dominante, sendo considerado socialmente superior ao trabalho desenvolvido pelos cirurgiões-barbeiros, boticários, dentistas e outros*” (Pires, 1998:83). As faculdades médicas passam a assumir o papel de formação desses profissionais, o controle sobre as práticas e a determinar as regras para o exercício da profissão. A partir de então, cada especialidade responde pelo seu campo de saber, contudo, “*no processo de delegação das atividades, os físicos passam a determinar as regras para o exercício dos ofícios da saúde (...) os ofícios independentes passam a ser subordinados às regras estabelecidas pelas corporações dos clínicos*” (Pires, 1998:84).

Como observa a autora, até o século XVIII, os hospitais eram para os pobres e tinham um caráter essencialmente religioso. O local privilegiado para o tratamento dos doentes era o próprio domicílio. Com a multiplicação de especialidades, as atividades assistenciais se transformam em trabalho coletivo sob o controle do médico, e os atendimentos começam a ser realizados nos hospitais, que passam a ser um espaço de cunho terapêutico e de formação médica.

Da mesma forma, Foucault já afirmava que o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção recente, tendo início no século XVIII. Antes de ter a função de curar, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, lugar de separação e exclusão. “*A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista*” (Foucault, 1979:102). O hospital era visto como espaço de caridade, e a prática médica não fazia parte dele. A preocupação de que o hospital espalhasse as doenças de que se ocupava, procurou-se normatizar o hospital. Ainda não com o intuito de curar e sim com o propósito de impedir que o hospital se transformasse em foco de desordem econômica ou médica. Daí, instalou-se a disciplina no interior dos hospitais, uma tecnologia conhecida, mas que existia em estado isolado/fragmentado, no hospital ela foi aperfeiçoada como uma nova técnica de gestão dos homens. A disciplina implica um registro contínuo e através do exame se consegue a “*vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utiliza-los ao máximo*” (Foucault, 1979:107).

*“É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas”* (Foucault, 1979:107).

O saber médico vai se produzindo sob o rigor do discurso científico tornando os médicos detentores de um conhecimento dito “verdadeiro”. Trata-se do ingresso da medicina na ordem técnico-científica moderna. Os demais profissionais da saúde desempenham seu trabalho “*com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico, e internamente às profissões de saúde, verifica-se, mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas*” (Pires, 1998:87).

Com Foucault (1977), vimos ainda que a descoberta da anatomia patológica, o aparecimento de novos métodos de análise e dos exames clínicos repercutiu na reorganização das escolas médicas e dos hospitais a partir dos primeiros princípios de

cientificidade. A partir do momento em que o olhar médico se voltou para análise dos tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano, provoca uma ruptura com a medicina dos séculos XVII e XVIII que consistia na classificação das doenças baseada apenas na observação dos doentes à distância, era o “*olhar de superfície*”. Tal episódio marca o ingresso da medicina na ordem cientificista, pois se baseia em fenômenos reais e visíveis, tratados com objetivos e métodos de análise e, portanto, adquirindo atributos de verdade. “*Em vez de dissipar o velho projeto nosológico, a anatomia patológica, que o superaria alguns anos depois, lhe dá novo vigor, na medida em que parece trazer-lhe sólido fundamento: a análise real por superfícies perceptíveis*” (Foucault, 1977:150).

O autor ainda aponta uma diferença entre anatomia patológica e anatomo-clínica. A primeira é uma ciência que se propõe conhecer as alterações visíveis que a doença provoca no corpo humano. A segunda, mais elaborada, pretende articular as alterações visíveis nos órgãos ao seu respectivo sintoma. A clínica vista dessa forma, implica em decifrar a lesão em sintoma.

*“A doença não é mais um feixe de características disseminadas pela superfície do corpo e ligadas entre si por concomitâncias e sucessões estatísticas observáveis; é um conjunto de formas e deformações, figuras acidentais, elementos deslocados, destruídos ou modificados que se encadeiam uns com os outros, segundo uma geografia que se pode seguir passo a passo. Não é mais uma espécie patológica inserindo-se no corpo, onde é possível; é o próprio corpo tornando-se doente”* (Foucault, 1977:155).

A ausência do contato físico entre médico e paciente vai dando lugar, no fim do século XVIII, ao contato, apalpamento, auscultação. O médico percebeu que havia algo mais do que a superfície visível do corpo, que deveria se apoderar e praticar outro método e assim se qualifica como “*sujeito de um conhecimento legítimo*”. Contudo, ressalta o autor que não é “*a simples superfície de contato entre o cognoscente e o objeto conhecido; é a disposição mais geral do saber, que determina as posições recíprocas e o jogo mútuo daquele que deve conhecer e daquilo que é cognoscível*” (Foucault, 1977:157).

Foucault (1979) mostra, em outro estudo, a idéia de que o advento do capitalismo não favoreceu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina

privada. Para o autor, o que aconteceu foi justamente o oposto. O capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX, *“socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa pelo corpo”* (1979:80). De acordo com Foucault, a própria medicina torna-se uma estratégia bio-política, um biopoder, e somente em último lugar se colocou o problema do corpo e da saúde do nível da força produtiva dos indivíduos. Para comprovar tal afirmação, ele reconstituiu três etapas da formação da medicina social. Na Alemanha, no início do século XVII, com a medicina de estado. Para assegurar o funcionamento do Estado era preciso uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população e torná-la ativa, corpo do estado – “polícia médica”. Na França, a medicina urbana, necessária para conter o medo da população, a situação de caos gerada pelas epidemias e promover a higiene pública nas cidades. *“Trata-se do modelo médico e político da quarentena”* (1979:87). Por fim, a medicina dos pobres, na Inglaterra do século XIX. Diferente dos outros modelos citados aparece, *“uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”* (Foucault, 1979:97). Via-se a organização de uma medicina que permitia a existência de um esquadramento médico bastante completo a partir daí.

Schraiber (1993) vai analisar os arranjos históricos, as características técnicas, organizacionais e mercantis que vão determinando a transição da medicina liberal e artesanal predominante no Brasil até os anos 60, para a medicina tecnológica e especializada que se configura a partir daí, sob a perspectiva do médico e de suas práticas.

Toda a discussão da prática médica feita por Schraiber passa por uma articulação com a vida social. Para a autora a prática cotidiana dos médicos – como qualquer outra – produz e reproduz os padrões de sociabilidade característicos da sociedade em que se insere. *“O modo de vida em sociedade circunscreve a prática médica, produzindo sua configuração geral, e, portanto, há uma estruturação da prática dependente da estrutura social, porque é parte dela”* (Schraiber 2008:36). Aqui, a autora aponta para um determinismo que entende o singular apenas como parte de um todo estruturado, uma visão que contribuiu para o debate, mas é marcada ainda por uma percepção sobre o mundo como representação.

A autora conta que até as últimas décadas do século XIX, o país conviveu com uma “*quantidade muito reduzida de médicos, valendo-se a população do exercício de técnicas terapêuticas desenvolvidas a partir dos ‘práticos’ locais ou no máximo de cirurgiões-barbeiros e boticários*” (Schraiber 1993:136). De acordo com Schraiber, o reconhecimento social da profissão e seu prestígio e status junto à elite brasileira vem dessa época, momento em que os médicos passam a ocupar cargos entre governantes e literatos locais.

As transformações na sociedade com a imersão do país no processo de industrialização – urbanização das cidades, necessidade de pessoas aptas e saudáveis para o trabalho, a constituição de um potencial mercado consumidor etc – bem como a intervenção do estado e a ampliação do acesso à saúde que vão alterando as bases da medicina artesanal e contribuindo para a sua conformação tecnológica. Claro que medicina artesanal não some por completo, ela continua até hoje como uma prática corrente, mas sob forte hegemonia da medicina tecnológica.

Até 1920, a assistência médica estava ancorada na prática liberal, na medicina filantrópica e nas eventuais formas de sociedade de auxílio mútuo e tinha como característica dominante o trabalho artesanal. A partir daí, com a industrialização e o modelo de desenvolvimento social e urbano brasileiro, a medicina começa a se estruturar por outras bases, com incorporação intensiva de tecnologia e fragmentando-se o trabalho em diversas especialidades médicas, o que a autora denomina de *medicina tecnológica*.

Na década de 20, há um impulso na profissão médica e um salto no número de escolas de medicina no país. Com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) em 1923, “*torna-se obrigatória nas empresas a presença de Serviços de Assistência Social ao trabalhador urbano, entre os quais se incluem os serviços médicos para o trabalhador e para seus familiares*” (Schraiber 1993:137). Para a autora, mesmo que as CAPs não tenham representado uma contraposição a medicina liberal, uma vez que permitia a compra de serviços médicos, foram as formas precursoras de um *mercado de trabalho assalariado* para os médicos.

Este período, de acordo com a autora, se caracteriza pelo “*desenvolvimento desigual e combinado*”, em que se acirram as disparidades sociais e regionais no país, “*com um perverso contraste nas situações de vida social; o crescimento da produção econômica com a concentração brutal de renda; e a convivência de tipos polares de*

*organização da produção (do empresarial-capitalista ao artesanal)” (Schraiber 1993:139 – grifos do autor).*

O estudo de Braga e Paula (1981) investigou a relação entre o processo econômico-social do Estado capitalista e o desenho das políticas públicas de saúde no Brasil, desenvolvendo um histórico da saúde pública enquanto política. “*A saúde emerge como questão social no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira (...) reflete o avanço da divisão do trabalho (...) e a emergência do trabalho assalariado; do ponto de vista público, assume forma, ainda que embrionária de política social*” (Braga & Paula, 1981:41). Os autores ressaltam a importância de se pensar o papel do estado na época para entender os reflexos de suas ações na saúde. O Estado, apesar de pretender se tornar nacional, apresentava bases sociais e econômicas muito limitadas, o que restringia a sua capacidade de responder adequadamente aos problemas sociais.

Momentos de crise no padrão exportador capitalista e de crise do estado, na década de 20, fazendo com que a saúde pública e o capitalismo vão ganhando contornos mais nítidos. Acelera-se a urbanização e a industrialização dão pistas para o fim da república velha. As políticas de saúde pública passam a ampliar suas ações, como uma tentativa de se estender por todo país, não mais como um socorro em casos de calamidade. “*A nível do discurso do poder, a atenção à saúde ganha uma nova dimensão: se bem que enquanto questão social continua a ser vista como ‘caso de polícia’ já passa a ser considerada – no discurso – como uma das atribuições do Estado Nacional*” (Braga & Paula, 1981:45). Daí o discurso político começa a apontar para a transformação da saúde em questão nacional. Via-se que a questão de saúde estava intimamente ligada à conformação de uma mão-de-obra a virar força de trabalho apta as necessidades do mercado.

A formação de uma política nacional de saúde se faz presente a partir da década de 30, ainda que em caráter restrito, já que possuía cobertura populacional, capacidade técnica e financeira limitados. Esta começa a se organizar centralmente a partir de dois pólos: o da saúde Pública e o da medicina previdenciária, sendo primeiro predominante até meados dos anos 60 e o segundo passa a se fortalecer em termos de política estatal de saúde a partir do final da década de 50 e assume lugar dominante no final dos anos 60. (Braga & Paula, 1981).

A partir de 1945, com o crescimento dos custos da assistência médica – principalmente devido a inclusão de novas tecnologias na medicina – o Estado cria os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), ampliando a cobertura de serviços aos trabalhadores urbanos, aumentando sua rede própria de serviços – mais restrita a esfera ambulatorial – e comprando serviços de terceiros. O Estado se transforma no “*único comprador de dimensões consideráveis no mercado*” (Schraiber 1993:139) e marca o início da produção em escala de bens e serviços médicos.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), nas décadas seguintes, ampliam-se as articulações entre o Estado e os interesses do capital a intervenção estatal na área da saúde prioriza a contratação de serviços privados em prejuízo dos serviços próprios da previdência social e propicia a criação de um complexo-médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação das empresas internacionais e do capital privado. A prática médica torna-se uma atividade altamente lucrativa.

*“O Estado promove um processo de esvaziamento da autonomia do produtor isolado da medicina liberal, ao mesmo tempo em que promove e sustenta o caráter privado da produção de serviços (...) É a partir de 1960 que se supera definitivamente o modelo da medicina liberal, ao reorganizar-se o produtor privado de serviços em moldes tipicamente empresariais”* (Schraiber 1993:141).

A implantação desse novo modelo de prática médica se dá “*sob determinada forma de produção social dos serviços, sobretudo no que se refere ao estabelecimento da ‘medicina lucrativa’ das empresas tipicamente capitalistas do setor, as ‘medicinas de grupo’*” (Schraiber 1993:133). Tais transformações implicaram um progressivo assalariamento do médico e o recrudescimento da prática liberal: aquele que ainda continuasse exercendo uma prática de consultório experimentava como efeito mais negativo a “*perda de seu controle sobre importantes constituintes da produção: seus instrumentos, a clientela e o preço da remuneração do trabalho*” (Schraiber 1993:132). A autora ainda ressalta que apesar dos novos arranjos tecnológicos resultarem em “*grandes perdas mercantis e produtivas da autonomia médica liberal, preservando, contudo, sua **autonomia técnica** – a do julgamento clínico e da decisão terapêutica*” (Schraiber 2008:20 – *grifos do autor*). Cabe dizer ainda que a autora não afirma a extinção da medicina liberal, e sim, o seu esvaziamento, ou seja, aspectos da prática liberal ainda coexistem com a técnica moderna.

Ainda com Schraiber (1993) vemos que a medicina se torna profissão na transição entre esses dois tempos, representando a valorização de aspectos técnico-científicos e éticos. A profissão médica demanda qualificações específicas dos seus agentes, e acaba por se confundir com a capacidade médica de se comportar de modo *moralmente adequado*, o que a autora chama de *técnica moral-dependente*. (Schraiber 1993:152). Daí o ideário comum de que é preciso uma vocação para ser médico, algo da ordem de uma “*disposição social para servir*”. O ato médico passa a ter duas características fundamentais: *disposição e responsabilidade*. O trabalho médico, enquanto relação interpessoal, portanto, passa a se diferenciar de outros trabalhos, pois extrapola a mera aplicação técnica de conhecimentos científicos e a pura prestação de serviços, “*esta relação é antes um cuidado, uma assistência, em que a intervenção se caracteriza pela manipulação direta e também, principalmente, pela orientação e pelo conselho*” (Schraiber 1993:157).

A autora reflete acerca do trabalho médico e a sua ética. Destacando o aspecto relacional da prática em saúde, Schraiber diz que se trata de um “*trabalho de intervenção de um homem sobre outro (...) se está diante de uma ‘invasão’, ainda que permitida, do outro: interferência sobre as vidas, as privacidades e as paixões das pessoas*” (1993:150).

Em outro estudo, Schraiber et al (1999) chamam a atenção para o trabalho enquanto um processo produtivo e interativo, com relações intersubjetivas e partilhas de decisões. Segundo os autores, há “*recriação de todo saber no ato do trabalho (...) não se esgotam as mudanças que qualquer agente introduz em sua ação, ainda mais se considerarmos o caráter reflexivo de certos trabalhos tal qual o trabalho em saúde*” (1999:228).

Complementando as análises do estudo anterior acerca do médico e a forma como percebe o seu trabalho, em um novo texto, Schraiber (2008) afirma que se no século XX os médicos estavam tencionados, principalmente, pelo assalariamento e perda relativa de autonomia. Agora, no século XXI, o nó sobre o qual a autora se debruça está na crise dos vínculos de confiança entre as relações do médico e seus pares e do médico e seu paciente:

*“a questão da época está na esfera relacional do trabalho dos médicos – em suas interações. Suas relações com o paciente e*

*com o saber – construídas no interior da medicina liberal – sofreram transformações tão intensas na medicina tecnológica que geraram rupturas interativas, que se estenderam também a suas relações com os colegas e com os demais profissionais de saúde” (Schraiber 2008:20 – grifos do autor).*

A autora aponta ainda para o médico em situações de trabalho, analisando o uso mecânico da tecnologia, a multiplicação das especializações que um complexo raciocínio clínico sintetizador, o problema do “*excesso de informações e dados nos processos diagnósticos trazendo as questões dos limites da tecnologia, a descontinuidade dos cuidados, com efeitos problemáticos na assistência, o consultório-empresa, a multiplicidade de empregos*” (Schraiber 2008:205). Tal configuração vai dando consistência a uma crise nas relações interativas dos médicos e a conseqüente perda de seu sentido e da confiança na relação, “*postas hoje como um face a face entre ‘solitários’, e não como ‘encontros’ – revelaram a perda da relação de cumplicidade e cooperação antes vigente*” (2008:206).

A transição da medicina liberal para a tecnológica produziu mudanças significativas nas características de intervenção e de interação entre os médicos, trazendo implicações para a construção do trabalho em equipe e para a produção de um projeto comum de cuidado em saúde.

Neste contexto, duas tensões ganham forma na prática médica. A universalização da assistência – que exige a produção do cuidado em larga escala –, contraposta com a consulta particular e individualizada necessária à compreensão eficaz de cada caso. “*A forma massificada de consumo cria tensões de procedimento técnico e de valor, pois tanto é desqualificada como cuidado e assistência adequados quanto rotiniza a apreensão dos casos*” (Schraiber 2008:43). E ainda, a contradição entre as diversas especializações e modos mais coletivos de organização. Por um lado, “*a ultra-especialização agravaria o isolamento técnico e produtivo do médico, e, de outro, as formas institucionais em que progressivamente trabalhavam os conduziam para a formação de associações, tencionando esse isolamento*” (Schraiber 2008:25).

Canguilhem, em 1904 dizia: “*O médico terapeuta que exercia nas diversas partes da medicina, atualmente chamado ‘clínico geral’, viu declinar seu prestígio e sua autoridade em benefício dos médicos especialistas, engenheiros de um organismo tal como uma maquinaria*” (2005:28).

Enquanto o imaginário dominante da medicina liberal era simbolizado pela figura do médico, na medicina moderna se instalavam mediadores tecnológicos. Na relação entre médico e paciente ou entre os profissionais, se inserem as tecnologias, mas também as empresas, os seguros de saúde e até o Estado, como constata Schraiber (2008). Sá comenta o trabalho de Schraiber e faz uma síntese das considerações da autora, *“tais mediadores cindem essa relação, opondo o plano do indivíduo ao plano da interação, quer na produção quer no consumo de serviços médicos”* (Sá, 2005:57). Nas palavras de Schraiber (2008:204),

*“não é mais o médico que se relaciona com o doente, levando para essa relação os conhecimentos e técnicas que permitem sua ação; ele agora é um ‘meio’, um recurso para a relação dos pacientes com a tecnologia da medicina. Do mesmo modo, os pacientes se tornaram meios para os médicos em sua relação com o conhecimento – a ciência e as descobertas – e meios também para a relação do médico com as engrenagens empresariais para o exercício da profissão”* (Schraiber 2008:204).

O efeito dessas mudanças na prática médica torna, segundo a autora, o ato em saúde um trabalho reflexivo muito mais difícil e complexo: *“há que se reconquistar a possibilidade de se produzir o cuidado efetivo, julgar o caso com adequado discernimento, decidir com alguma clareza e precisão e atuar com a cumplicidade parceira do paciente”* (Schraiber 2008:208).

Merhy (2007) é também um dos principais autores brasileiros a contribuir para a compreensão das transformações e da especificidade do trabalho em saúde, lançando mão de conceitos fundamentais para pensar a singularidade da atividade em saúde, que são os de *“trabalho morto”* e *“trabalho vivo em ato”*. Para melhor explicá-los, usa o exemplo do ato produtivo do sapateiro-artesão, ou melhor, o encontro entre o trabalho em si do artesão-sapateiro com as matérias-primas e as ferramentas utilizadas na produção do sapato. As matérias-primas assim como as ferramentas são produtos que representam o *“trabalho morto”*, uma vez que são frutos de trabalhos humanos anteriores e que agora não possuem mais dimensão viva, são resultado de um trabalho vivo anterior que as produziu. Para o artesão produzir, precisa articular matéria-prima, ferramentas e o saber técnico que lhe permita a realização da ação concreta e a organização do processo de trabalho (*“o como fazer”*): organização das etapas, a escolha

do couro mais apropriado, etc). Essas dimensões – da organização e do saber tecnológico – são destacadas pelo autor por sua importância. Aqui, a história do trabalhador, suas habilidades, sua capacidade de criar e compor saberes influenciam no real do trabalho concreto determinando um modo singular de produção, e dessa forma, representa o trabalho vivo em ato. (Merhy, 2007).

Existem tipos de trabalhos onde o que predomina são as relações com o trabalho morto e outros em que o trabalho vivo prevalece. Para o autor, os atos de cuidar em saúde são trabalhos vivos centrados. O trabalho vivo, portanto, opera demarcando territórios, interesses e constrói um certo mundo para si, porta intencionalidades e expressa determinadas relações sociais. Nas palavras de Merhy,

*“o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanente (...) atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modo de produção (...) operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção”*  
(2007:48)

Autor chama ainda a atenção para os processos de captura do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto. Dessa forma, levanta a problemática da gestão e a tensão entre a autonomia do profissional da saúde versus o controle exercido pelas práticas gerenciais. Contudo, a dimensão relacional – o real do trabalho – sempre escapa às estratégias de controle gerencial. O trabalho vivo em ato é apenas parcialmente capturável pelo trabalho morto.

Sá analisa a concepção alargada de tecnologia empreendida por Merhy e contribui para o debate ao afirmar que se trata de uma *“tecnologia ímpar, porque não passível de reprodução, porque o acesso a ela não está igualmente distribuído para os diferentes sujeitos e, finalmente, porque a qualidade e efetividade de tal ‘tecnologia leve’ é indissociável do sujeito que a aplica”* (Sá, 2005:60). A autora alerta, dessa forma, para os riscos de pensar tal conceito do modo como tradicionalmente são pensadas as tecnologias nas estratégias de gerenciamento, administração e intervenção nas organizações.

Para Sá, a especificidade do trabalho em saúde “*é sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre outro, em suas experiências vivenciadas, portanto singulares, de vida prazer, dor, sofrimento e morte*” (2005:48). Daí os desafios colocados na relação entre trabalho em saúde e a produção de cuidado/descuido. O trabalho em saúde é altamente exigente de relações intersessoras, trazendo conseqüências para a produção do cuidado.

De acordo com a autora, os sujeitos se ligam ao trabalho e às organizações de saúde não apenas por vínculos materiais, mas sobretudo por vínculos afetivos e imaginários. “*A natureza e a qualidade desses vínculos e das interações entre profissionais e usuários dos serviços definirão os limites e possibilidades de solidariedade, cooperação e cuidado*” (Sá, 2008:1334-1335).

A autora ainda ressalta que a coletivização histórica do trabalho em saúde já apontada acima, não implicou necessariamente uma maior cooperação e interação entre as diferentes especialidades, ou seja, compartimentalizados, os profissionais continuam a trabalhar com o seu “pedaço”, com aquilo que acreditam fazer parte da “sua técnica” e não buscam a aproximação de outros profissionais na direção de um cuidado mais adequado e integral ao paciente atendido.

*“A centralidade do trabalho do médico na assistência a saúde, que caracteriza o modelo assistencial hegemônico, obviamente reforça a posição hierarquicamente superior deste profissional com relação aos demais e provavelmente é um dos fatores que dificultam o estabelecimento de uma relação cooperativa entre os profissionais, mas não será, no entanto, o único fator obstaculizador”* (Sá, 2005:61).

Campos (1997) também analisa a organização parcelar que o trabalho em saúde foi configurando e levanta questões importantes acerca da responsabilização do profissional de saúde com o resultado da sua intervenção e do esvaziamento de sentido causado sobretudo pelo desconhecimento e descontinuidade do seu processo de trabalho. Para o autor, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória assistencial do qual insere seu trabalho, perderá contato com potentes estimuladores de sua criatividade e tenderá a não se responsabilizar pelo seu ato de saúde, produzindo alienação e descomprometimento.

As análises desenvolvidas acima reforçam as questões que procuro refletir neste trabalho. Entendendo que as transformações simbólicas na concepção de trabalho estão diretamente associadas às formas de identificação e reconhecimento que ligam as pessoas ao seu fazer. Do mesmo, o processo histórico que vai conformando determinadas práticas em saúde, atravessa o cotidiano dos serviços e daqueles que o procuram. O modelo médico centrado, a descrença da sociedade no setor público de serviços em saúde e a demanda quase exclusiva por procedimentos tecnológicos, tais como exames e medicamentos são exemplos disso. O processo de trabalho em saúde é sucessivamente resultante dessas disputas e, conseqüentemente, é sempre produto da correlação de forças que se estabelece em um processo aberto ao domínio das tecnologias leves, leve-duras e duras e de processos intercessores.

Diante da complexidade das necessidades em saúde, quanto maior o conjunto de saberes e técnicas que se dispõe para a ação em saúde e que são utilizadas para se pensar a produção do cuidado pelos trabalhadores de saúde, maior será a possibilidade de se compreender, entender o problema e enfrentá-lo de modo mais adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria organização dos processos de trabalho. Para tanto, faz-se necessário, problematizar os fatores que podem potencializar o desenvolvimento de práticas mais cooperativas e integrais entre os profissionais de saúde, como, por exemplo, a criação de espaços de planejamento coletivo, a formação de equipes multiprofissionais para a realização de procedimentos mais complexos, a formação de grupos de estudos transdisciplinares, a divisão de responsabilidades e tomadas de decisão – entre equipes e não focadas unicamente no médico (ou outro especialista) –, a implantação de um registro contínuo no prontuário que seja acessível a todos os profissionais e que contenha as informações sobre o percurso do paciente, entre outras práticas e os limites destas táticas para a construção de um cuidado mais integral e trabalho mais solidário e cooperativo. Daí a proposta de se pensar a equipe de saúde como estratégia de gestão do trabalho e melhoria do cuidado.

### *1.2.1 Reestruturação produtiva e tecnológica: um conceito ampliado para o trabalho em saúde*

Façamos um corte para aprofundar o que queremos dizer quando mencionamos o conceito de tecnologia. A obra de Gonçalves (1994) nos oferta um primeiro debate em

torno das tecnologias de trabalho em saúde. O autor critica a noção restrita de tecnologia e a toma sempre como referência a temática do trabalho, mas em um trabalho cuja ação intencional é demarcada pela busca da produção de bens e serviços que portam valor de uso e valor de troca. Define como “tecnologias materiais” as máquinas e instrumentos e as “tecnologias não materiais” o conhecimento técnico e o saber enquanto tecnologia. Ainda discute a representação da medicina como uma técnica fundamentalmente científica, como um aspecto essencial da suas determinações. Para o autor, uma das características fundamentais contida na prática médica é a sua normatividade, que define o que é normal ou patológico, e, portanto, determina os comportamentos coletivos desejáveis ou não.

A partir da contribuição de Canguilhem e Donnangelo<sup>9</sup>, Gonçalves critica a prática médica enquanto cientificamente verdadeira e objetiva e, afirma que como toda técnica, as definições de normal e patológico referenciadas pela medicina são também subjetivas e variam de acordo com os diferentes padrões culturais e históricos. Gonçalves defende, ainda, que certos padrões de normatividade da prática médica correspondem a características gerais do modo de produção capitalista. À medida que a medicina ganha estatuto de cientificidade, passa a compreender seu objeto de trabalho apreendido no exercício de trabalho, como o único e legítimo, daí a desqualificação de outras práticas e saberes, que passam a ser vistos como charlatãs. É dado ao médico – revestido de uma roupagem científica – o poder de legislar e julgar acerca da saúde e da doença. (Gonçalves, 1994)

*“O objeto não se impõe em nenhum caso naturalmente, mas corresponde já a um olhar enviesado que nele discrimina a potencialidade do produto. Como esses produtos, enquanto expressões de necessidades, são demarcados por características concretas de historicidades e, nesse sentido, variam, devem também variar, e correspondentemente, os ‘vieses’ dos procedimentos que ao apreenderem o objeto executam projeções do produto” (Gonçalves, 1994:62).*

O autor analisa a dimensão tecnológica do saber médico que se expressa tanto nos instrumentos quanto na sua estrutura de trabalho e na materialidade de seu discurso. Técnicas materiais e não materiais que encontram no saber médico o seu fio condutor.

---

<sup>9</sup> Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. In: Donnangelo MCF e Pereira L. São Paulo: Livraria duas cidades, 1976.

A partir do século XIX há a criação de uma nova tecnologia de poder, a medicina que passa a intervir em tudo, capaz de controlar os sujeitos e ditar modos de vida para a população em geral: a medicina social que se caracteriza pela polícia sanitária, a higiene e o controle de doenças e epidemias.

Ao analisar o sistema de saúde de São Paulo, Gonçalves (1994) desenvolve uma tipologia de modelos tecnológicos, interessante também para pensar a organização do sistema de saúde do Rio de Janeiro e de outras capitais brasileiras. O primeiro modelo tecnológico é o baseado na epidemiologia enquanto saber que permite um modo de apreensão do objeto de trabalho, e, por conseguinte, instrumentos de trabalho destinados à intervenção em saúde propriamente dita. A teoria dos miasmas era uma das principais bases da saúde pública até então. A epidemiologia, a partir de Pasteur e a “era da bacteriologia”, na medida em que passa a identificar os agentes microbianos causadores de doenças, traduz seus efeitos e dá orientações para seu tratamento. A redução das doenças estava ligada à idéia de “higiene” das camadas pobres da sociedade. Com isso, esse período foi caracterizado por um estilo autoritário das campanhas sanitárias e da polícia médica. (Gonçalves, 1994).

A criação do serviço sanitário no estado de São Paulo, em 1925, marca o segundo modelo tecnológico, que apresenta a Educação Sanitária como instrumento privilegiado. Este modelo não significa a descontinuidade do modelo precedente, contudo, os instrumentos anteriormente em foco perderam o seu significado original, ainda que o alvo da Educação Sanitária continuasse a ser a camada da população que se supunha incapaz de adquirir hábitos saudáveis por iniciativa própria. Foi retomada a relação entre saúde, doença e sociedade, e se afirmava a possibilidade de reduzir os determinantes sociais, seus efeitos sobre a saúde das pessoas e a mudança de comportamento como estratégia para obter controle sobre as doenças. A prevenção e a promoção da saúde estavam presentes, ainda que em uma concepção restrita, que previa a realização de exames periódicos e orientações educativas como forma de detecção precoce das doenças. Durante todo o período que se inicia em 1920, o estado de São Paulo assiste a uma queda progressiva da Saúde Pública enquanto instrumento de política de Estado. (Gonçalves, 1994).

Finalmente, o terceiro e último modelo tecnológico, diz respeito à reforma administrativa do estado em 1967, após a revolução de 64, que deu passagem a um amplo processo de modernização do sistema de saúde. A diretriz de integração dos

serviços, que previa a correspondência entre a saúde pública e seu executor, com comando único dos centros de saúde polivalentes; a centralização normativa com descentralização executiva, criando meios de avaliação de resultados, comparação de dados de produção e supervisão técnica e supervisão técnica; o sistema de informação com definição de fluxos e de base epidemiológica foram características fundamentais promovidas pela reforma, ainda que não implicassem mudanças significativas nas concepções de objeto de trabalho. Este continuava a ser organizado a partir de programas verticais de controle de doenças infecciosas. A assistência médica individual agora é introduzida em escala ampla e diversificada.

Outro autor importante que contribui para compreensão das tecnologias de trabalho e as discussões entre trabalho e saúde, Merhy (2007, 1997) inclui no hall das tecnologias uma diferenciação entre os conceitos de tecnologias “*duras*”, tecnologias “*leves*” e tecnologias “*leve-duras*” ampliando esta definição e proclamando a valorização da dimensão relacional dos atos de saúde, ou seja, aquilo que é da ordem do humano e, portanto, do singular. As tecnologias duras são os equipamentos, máquinas e normas necessárias ao trabalho da saúde, as leves são aquelas que permitem operar os processos relacionais do encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário (acolhimento, vínculo, gestão como uma forma de governar processos de trabalho) e as leve-duras são os saberes estruturados que operam os processos de trabalho em saúde (em particular a clínica e a epidemiologia). (Merhy 2007:29)

*“A noção de tecnologia aqui utilizada tem definição mais ampla da que pela qual corriqueiramente é traduzida, pois não a confundo de maneira específica com equipamento e máquinas, já que incluo como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos”*  
(Merhy, 2007:44-45).

Desse modo, para abordar a temática do trabalho é fundamental tomar como referência o conceito de tecnologia como um conjunto de saberes e ações aplicadas à produção de algo que o trabalhador utilize para dar conta do ato complexo de cuidar. O modo tecnológico de produção da saúde pode passar por diversos dispositivos de mudança no jeito de fazer saúde, sem, entretanto, mudar seu núcleo tecnológico, ou seja, a transformação precisa ser profunda a ponto de alterar a lógica da produção. Dito

de outra forma, para que se modifique a lógica “procedimento centrada” ou “médico centrada”, é preciso alterar a hegemonia do trabalho morto, para uma nova concepção, baseada no trabalho vivo em ato e nas necessidades dos usuários. (Merhy, 2005; 2007).

Merhy (2005) cita o Programa Saúde da Família como exemplo de que embora consiga promover mudanças na forma de produzir saúde a partir dos núcleos familiares e da referência no território, o núcleo tecnológico onde se processam os modos de trabalho medicocêntricos, estruturados a partir dos atos prescritivos centrados no trabalho morto, continuam, em geral, operando nuclearmente um modelo produtor de procedimentos. Assim, ocorrem mudanças no processo de trabalho e na produção de cuidado, sem, contudo, ser potentes o suficiente para provocar transformações na lógica produtiva e se tornar de fato um outro modo de cuidar.

Dessa forma, a idéia de reestruturação produtiva se insere no bojo desse debate, justamente como a resultante de mudanças no modo de produzir o cuidado, geradas a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os “produtos” da saúde e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais. (Merhy & Franco, 2005).

Podem existir, portanto diversas formas de reestruturação produtiva. Referem-se, especialmente, a mudanças nos processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado que conseguem de fato alterar o núcleo tecnológico do cuidado, passando a operar fundamentalmente entre as tecnologias leves e no trabalho vivo, com protagonismo dos sujeitos, trabalhador e usuário como atores sociais, isto pode configurar um modo de produção radicalmente novo, ao qual os autores denominam “transição tecnológica”<sup>10</sup> (Merhy, 2002; Franco, 2003).

*“A transição tecnológica traz em si a idéia de que há mudanças de sentido na produção do cuidado, há de fato uma nova forma de conceber o próprio objeto e a finalidade do cuidado”* (Merhy & Franco, 2005:05). Alterando de modo significativo a lógica de produção do cuidado, tornando-o, sobretudo, relacional. Promovendo mudanças no núcleo tecnológico a partir de dispositivos que provocam a reestruturação produtiva e que redefinem um modo de agir no mundo no trabalho em saúde, distinto qualitativamente do anterior.

---

<sup>10</sup> Referência importante para aprofundar o tema: “Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde. [Tese de Doutorado] Campinas: Unicamp, 2003”.

### ***1.3 A gestão dos processos de trabalho em saúde no Brasil: o protagonismo dos sujeitos trabalhadores em saúde***

A gestão e o planejamento em saúde podem assumir diversas configurações a depender dos referenciais teóricos, dos seus instrumentos de intervenção e dos diferentes interesses em disputa. Das muitas contribuições que foram produzidas sobre o tema, destino aqui uma breve discussão de alguns dos principais marcos teóricos que têm orientado as experiências de planejamento e gestão nos serviços públicos de saúde no Brasil, inflexões importantes na construção de um pensamento que se volta para as implicações sobre a gestão dos processos de trabalho em saúde.

Merhy (1995) afirma que o planejamento deve ser um recurso para fortalecer a intervenção do homem no mundo e não um instrumento que prioriza os métodos em relação aos sujeitos. Nesse estudo, o autor faz um exercício de criar uma tipologia dos modos de ser do planejamento como tecnologia de gestão/ação. Para o autor, o planejamento, em geral, *“tem a pretensão de se tornar um método de operar a realidade na busca de efeitos previamente colocados; o que permite tratá-lo como meio tecnológico (...) busca operar finalisticamente sobre práticas sociais, visando provocar resultados previamente dados”* (Merhy, 1995:119). Nessa perspectiva, o planejamento não deve ser transformado em uma receita, uma vez que é produto do meio social, de seu percurso histórico e produzido por sujeitos com interesses bem definidos. São três as situações de planejamento alvo do debate do autor ao pensar os processos de vida do homem e sua intervenção na sociedade.

O primeiro se refere ao planejamento como instrumento de gestão das organizações que opera nas relações de trabalho. Apresenta-se, em geral, como parte da tecnologia de controle da ação organizacional, com uso eficaz nas práticas reguladoras para atingir determinadas metas de produtividade e qualificação do trabalho. Apontam para certo compromisso com poder institucional, estabelecendo uma lógica normativa e anulando outras, bem como os processos instituintes do trabalho vivo. O autor ressalta que há uma reflexão crítica que deve ser feita dirigida a uma contaminação da ação instrumental pelo mundo da vida. Uma perspectiva que amplia essa racionalidade, ainda que não completamente, é a teoria habermasiana da ação comunicativa, uma vez que pressupõe um déficit histórico de ações no plano da comunicação/ação que se mostram limitadas por não transpor certos processos de produção de sujeitos vinculados a lógica

capitalista. Há ainda a perspectiva de planejamento matusiano que se propõe a ser um método transformador que procura colocar os sujeitos em situação, instrumentalizando-os politicamente. (Merhy, 1995).

O segundo trata da gestão enquanto prática social inovadora, alternativa à lógica de regulação do mercado, *“tem se apresentado como tecnologia de gestão de sociedades, de construção de novas relações sociais e, como tal, tem sido tema da construção de sociedades socialistas (...) tem se colocado como práxis revolucionária, como o método de ação dos sujeitos sociais transformadores”* (Merhy, 1995: 123). A crítica do autor, nesse caso, é que esta perspectiva reduz o homem a mero produto de representações, passível de ser previsível e prescritível, *“tem-se a prepotência de invadir o devir histórico com uma intervenção instrumental”* (Merhy, 1995: 124).

Matus (1991) a partir de uma crítica corrosiva ao planejamento normativo e ao aprisionamento da epidemiologia, defende o Planejamento Estratégico Situacional (PES), que trata todos os atores, estejam em situação de governo, ou não, como sujeitos sociais em disputa, com intencionalidade e capacidade para interferir no ato de governar. Com isso, aponta para a incerteza do social e a sua transformação permanente, e, assim, define o plano de governo como uma aposta que precisa de revisão e reformulação constante das suas estratégias. (Matus, 1991).

O clássico Triângulo de governo matusiano sintetiza bem alguns conceitos desenvolvidos pelo autor na tentativa de criar viabilidade máxima a implantação de projetos de governo. No ápice do triângulo está o projeto, todo projeto dimensiona os interesses do programa de governo e expressa seu plano de ação. Um ator social em situação de governo se faz em relação a outros atores, que tem seus próprios projetos, com algum grau de governabilidade do sistema – outra ponta do triângulo que permite a análise do controle dos recursos necessários ao ato de governar. A capacidade de governo é o último vértice aí está incluída a capacidade de explicar a realidade, gerando ações mais eficazes. Ampliar a Capacidade de Governo diz respeito não só ao aumento da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação, mas, também, ao aumento da Governabilidade do Sistema, ou seja, condução e articulação política essenciais ao alcance dos objetivos do Projeto de Governo. (Matus, 1993). Ainda que tenha fornecido importantes contribuições para o planejamento em saúde, Matus transita apenas na órbita do poder político macropolítico, sem se aprofundar nas relações que se passam entre os trabalhadores e usuários no cotidiano de trabalho.

De acordo com Merhy (1995), a tentativa de Matus em criar um método para esquadrihar as mudanças ocorridas no social, aprisiona a realidade ao próprio método e acaba por instrumentalizar a ação política centrada no cálculo estratégico. Uma forma de complementação desse método se mostra a partir da perspectiva do planejamento estratégico comunicativo, acrescentando a idéia de que combinando a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas<sup>11</sup>, potencializaria a construção de um consenso a partir do debate entre os diferentes pontos de vista.

Por fim, Merhy, 1995 apresenta a idéia de planejamento como método de ação governamental para produção de políticas. *“Nessa dimensão, procura-se explorar o processo de gestão de meios dentro de um universo setorial de políticas (...) aproximando-se de questões colocadas pela gestão organizacional”* (Merhy, 1995:129).

O sanitarista Mário Testa (1989) também bastante crítico em relação aos pressupostos e características do planejamento normativo, desenvolveu a abordagem do Pensamento Estratégico em Saúde. Consiste em uma proposta de planejamento voltada para a construção de mudanças buscando contemplar de maneira adequada a produção das políticas nas sociedades e que apresentasse uma visão ampla da conformação do sistema político. *“Critica a possibilidade de se poder realizar um diagnóstico de uma realidade, do ponto de vista sanitário, sem se estar fincado em algum tipo de interesse (...) sem assumir que este é um campo do social”* (Merhy, 1995:136). Testa afirma que a saúde não é um campo neutro e analisa as diferentes formas que o poder adquire nas organizações de saúde, como um espaço de disputas entre diferentes sujeitos sociais individuais ou coletivos. Para o autor, a construção ideológica do sujeito é fruto da relação de seus trabalhos abstratos e conseqüência das condições em que se desenvolve seu processo de trabalho (relações sociais de produção). *“El proceso de trabajo aparece como um elemento fundamental – uma determinación – em la constitución de los actores”* (Testa, 1989:38/39). Nessa abordagem, ganha destaque o planejamento atrelado à problemática dos processos de trabalho em saúde.

Para Testa (1989) a possibilidade de mudança nas relações de poder estabelecidas no interior das organizações está na realização de um diagnóstico

---

<sup>11</sup> Sobre o assunto ver HABERMAS J. Teoria de la acción comunicativa I - Racionalidad de la acción y racionalización social. Madri: Taurus, 1987. e Teoria de la acción comunicativa II – Crítica de la razón funcionalista. Madri: Taurus, 1987.

ideológico, isto é, na identificação dos grupos com desigualdades de acesso a algum tipo de poder e intervir sobre essas situações. “*El Pensamiento Estratégico é um pensamento sobre El poder*” (Testa, 1989:23). Testa entende poder como um ato violento que exerce coerção e impõe certo comportamento sobre outro. Faz uma crítica ao sistema capitalista que prega a igualdade de todos perante às leis de mercado. São três os tipos de poder discutidos pelo autor: o poder administrativo – atividade que maneja o uso de recursos (materiais e humanos); poder técnico – se define a partir dos conhecimentos que utiliza e é a forma de poder mais importante nas instituições de saúde; e o poder político, que funciona para defesa dos interesses dos diferentes grupos. Dessa forma, o poder tem um papel de viabilizar mudanças caso seja mobilizado para tal, e se caracteriza pela capacidade de manejo de recursos, informação e/ou interesse, sob domínio de um indivíduo, grupo social ou instituição.

Testa analisa três formas de organização articuladas aos tipos de poder relacionados acima. São elas: burocráticas, criativas e mistas. As organizações burocráticas apresentam maior poder administrativo, médio poder técnico e pouco político; as criativas possuem muito poder técnico e político e pouco administrativo; já as mistas apresentam os três poderes de forma mais ou menos equilibrada. É claro que essa discussão é apenas uma forma didática de apresentação e não é analisada de maneira rígida, podendo uma instituição ou serviço de saúde apontar para diversas composições de poderes e organizações em seu interior. (Testa, 1989).

Em outro trabalho, Testa (1992) afirma a necessidade de articular diversos elementos para atingir a mudança na saúde. Ao discutir os conceitos de significado, sentido, constituição e determinação, conclui que “*os componentes mais ligados com a mudança estão – relativamente – mais no âmbito da vida cotidiana que da ciência, sendo em parte históricos e em parte correspondendo aos sentimentos; ao contrário dos componentes mais conservadores*” (Testa, 1992:113). Pensamento do qual se aproximam vários outros atores aqui abordados, que inserem o planejamento no âmbito da micropolítica e da valorização do cotidiano, como Campos, Merhy, Cecílio.

Para Merhy (1995), o Pensamento Estratégico de Testa, como “*tecnologia de gestão de políticas, toma o planejamento e a realidade como coladas à dinâmica real do jogo de interesses dos diferentes atores sociais e da forma como institucionalmente isso se consolida histórico-economicamente, nos diferentes lugares*” (Merhy, 1995:139).

Merhy ainda apresenta a gestão estratégica e planejamento em saúde como um dos caminhos para o planejamento no Brasil. Tem com eixo principal a idéia de que a arena da saúde e dos processos de trabalho está imersa em uma dinâmica institucional complexa, que inclui a relação entre a sociedade, o estado, as políticas sociais, a organização dos serviços públicos e as prestadoras privadas de serviços em saúde. Trata-se de intencionalidades diversas e determinantes corporativos, econômicos e históricos, tudo em disputa para construção de diversos desenhos de projetos para a saúde.

Esta perspectiva considera ainda que a prática clínica e a epidemiologia são recortes tecnológicos restritos – frequentemente usados como recursos de planejamento – que não abrangem plenamente a complexidade da saúde, das necessidades e do sofrimento dos sujeitos em risco de adoecer. *“Se têm modelado por uma abordagem da relação do usuário, com as práticas, pela via do consumo dos produtos tecnológicos, e que pouco se têm pautado pela necessária articulação destes com uma dimensão da tecnologia como processo”* (Merhy, 1995:136).

Crítica ainda a impotência das abordagens excessivamente prescritivas do planejamento e gestão em saúde e afirma o fato de que este campo é constituído por uma característica fundamental que é a produção de subjetivação que se constroem nesse processo gerando sentidos próprios as formas de trabalhar e cuidar em saúde. Dessa forma, o planejamento e a gestão em saúde se constituem como uma ferramenta potente para que sujeitos sociais intervenham de maneira eficaz na realidade, sem perder de vista que se trata de um campo de disputas e intencionalidades, marcado por normas e prescrições instituídas, bem como por processos criativos e instituintes de novas racionalidades.

Campos (1994) coloca como desafio da gestão em saúde e como um dos nós para a mudanças neste campo, a composição de uma massa crítica apta a construção de projetos inovadores. *“A ocorrência de grandes transformações depende sempre de pelo menos dois elementos: do desejo, da vontade desesperada de alterar o status quo, de uma dimensão subjetiva portanto; e também do domínio de uma certa ciência, de um projeto conscientemente construído”* (Campos, 1994:30). Aponta para uma dupla determinação: aquela das pessoas pelas estruturas, assim como, a construção das normas, valores e estruturas pelas mesmas pessoas. Ao colocar a questão nesses termos, o autor diz que qualquer projeto de mudança deve considerar estratégias para mudar as

pessoas, seus valores, cultura, ideologia, bem como alterar as instituições sociais e a sua relação entre elas. O autor reconhece a dificuldade relacionada aos processos de mudança e a necessidade de se compor projetos mais coletivos para questionar micropoderes nas instituições de saúde. Daí, sugere a inversão da lógica da gestão tradicional que pretende reduzir os sujeitos a condição de instrumentos dóceis e passivos aos interesses da empresa, para um novo sentido, o de “*governar para produzir sujeitos!*” (Campos, 1994:31).

Do mesmo modo, Campos (1994) propõe a gestão participativa e autogestão como estratégia de organização das instituições, “*um esforço para diminuir ao máximo a distância entre os que comandam, planejam dirigem, e a maioria executantes de ações e serviços ordenados (...) Atribuir a cada grupo a livre organização do seu próprio processo de trabalho*” (Campos, 1994:32). A proposta é potencializar movimentos autônomos, de liberdade, solidariedade e responsabilização entre os sujeitos/atores sociais nos espaços de saúde, inventando um novo modo de pensar/fazer a clínica e a saúde pública. O autor afirma a necessidade de investimento em métodos que reforcem na prática a interdisciplinaridade e a distribuição de poder nas relações entre trabalhadores, gestores e usuários, eliminando o distanciamento histórico entre eles.

A partir de uma crítica ao caráter excessivamente normatizador da clínica tradicional, da epidemiologia, da saúde pública e do planejamento em saúde, sugere um movimento de redefinição do papel dos trabalhadores e dos serviços de saúde no sentido de discutir alguns conceitos cristalizados como o sentido de cuidado e de cura. Afirma ainda a impossibilidade de se fazer uma reforma sanitária de fato sem a participação dos trabalhadores da saúde e, assim, defende a incorporação dos mesmos como sujeitos da reforma. (Campos, 1994).

Cecílio (2007) ainda promove um debate da necessidade de uma visão dos nossos projetos de gestão, que embora nos pareçam “justos e necessários”, precisamos ficar atentos sob pena de reproduzir as tentativas de captura que tanto criticamos. Dessa forma, devemos assumir a existência de um espaço de liberdade e autonomia dos trabalhadores e pôr em relação com as nossas concepções e estratégias de gestão de forma a integrá-las. O desafio se configura, exatamente, em como fazê-lo.

Os trabalhadores são frequentemente colocados à margem dos processos decisórios. Há uma separação clássica entre aqueles que planejam e aqueles que

executam. Mendonça (2008) discute em sua dissertação de mestrado o conflito entre o reconhecimento da singularidade dos usuários e o desrespeito dos trabalhadores de saúde no interior das práticas de gestão do sistema único de saúde. O autor afirma que o desrespeito é um analisador potente para problematização dos processos de cuidado em saúde e expõe o confronto entre reconhecimento e desrespeito como produtor de uma prática libertária.

*“Estes encontros entre trabalhadores envolvidos no cuidado e trabalhadores envolvidos na gestão são conflituosos essencialmente, dado que são governados por lógicas diferentes (...) A confrontação assimétrica, por qualquer uma das partes, irá resultar em possíveis desrespeitos, ou seja, pelo não reconhecimento do lugar onde o outro analisa e constrói possibilidades”* (Mendonça, 2008: 88-89).

Desse modo, somente será possível a construção de práticas baseadas no respeito e cooperação a partir de espaços de encontro onde haja lugar para vivenciar as diferentes experiências promovidas pela singularidade ali produzida. Uma gestão solidária é pautada pelo diálogo entre trabalhadores, seus projetos e os representantes pela gestão local.

Sá (2005) reflete sobre o enfoque estratégico da gestão e do planejamento público, e aponta para a

*“pluralidade de atores com diferentes capacidades (poderes) e interesses, disputando projetos e os recursos para implementá-los. Planejamento e gestão/governo deixam de dizer respeito a um problema de administração das coisas pelos homens e passa a significar um problema de interação entre homens na busca de seus objetivos”* (2005:77).

Da mesma forma, a autora alerta para obstáculos nos processos de democratização nos serviços de saúde e para os limites dos instrumentos teórico-metodológicos disponíveis em planejamento e gestão para favorecer projetos de mudança no interior das organizações de saúde (Sá, 2001; 2005; Azevedo *et al*, 2002). Sá analisa o contexto social de exacerbação do individualismo, desregulamentação, exclusão e intolerância crescentes na sociedade moderna e seu reflexo no setor saúde

com a deterioração e sucateamento dos serviços, baixa qualidade do atendimento, aumento das desigualdades no acesso à saúde e o que a autora denomina de “*banalização*’ da dor e do sofrimento alheios” (Sá, 2001:152).

A autora não desconsidera a importância do conhecimento acumulado pelo campo da saúde pública, contudo reconhece a insuficiência das propostas prescritivas fundamentadas exclusivamente na racionalidade técnico-científica da epidemiologia e das teorias sistêmico-estratégicas de planejamento e gestão para mudar a realidade dos serviços de saúde.

Considerando o trabalho em saúde e sua dimensão humana, sua característica relacional e experiência singular de intervenção de um sujeito sobre o outro, a crença na possibilidade de construção de projetos coletivos dependentes exclusivamente da vontade e da ordem da consciência parecem questionáveis. Daí o argumento de Sá: “*É a partir da contraposição entre as exigências de singularização do psiquismo e as crescentes exigências do processo civilizatório que é possível compreender a formulação freudiana de que governar é uma prática social no limite do impossível*” (Sá, 2001:156). Torna-se tarefa extremamente difícil compatibilizar o projeto comum ou consensual entre a multiplicidade de sujeitos e desejos diferenciados.

Diante desse desafio, alguns autores (Merhy, 2007, Sá, 2001) formulam a hipótese de que “*o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde é uma das condições fundamentais tanto para a ampliação da governabilidade dessas organizações quanto para a construção de projetos coletivos e solidários em seu interior*” (Sá, 2001:157). Contudo, alerta a autora de que também a autonomia não é uma categoria passível de normatização ou prescrição, ao contrário, esta se coloca como uma possibilidade aberta e incerta. Outros autores partilham dessa perspectiva, como demonstra a afirmação a seguir:

*“Os humanos lutam contra as tentativas de silenciamento, que muitas vezes se impõem nos processos de trabalho. Os trabalhadores entendem e produzem sentidos do seu trabalho e de sua situação no seu meio laboral. O comportamento do trabalhador se mostra como um dado rebelde à previsão e ao cálculo”* (Barros, 2007:117).

Para Sá (2009), é importante refletir sobre a natureza da impossibilidade de prescrição para categorias como autonomia ou cooperação no trabalho em saúde. A precariedade das condições materiais, tecnológicas, insuficiência de profissionais, além das características dos modelos assistenciais, biomédico e gerencial funcionalista impõe desafios importantes à produção do cuidado e às práticas solidárias. A autora ressalta a importância dos fatores anunciados acima e acrescenta, “*os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação dominantes na sociedade contemporânea, e na sociedade brasileira em particular, também impõem sérias limitações ao trabalho em saúde e à produção do cuidado*” (Sá, 2009).

O trabalho em saúde, por sua própria natureza humana, singular e altamente exigente de relações subjetivas, pode favorecer de um lado, a alienação, a apatia e a heteronomia<sup>12</sup> e por outro lado, autonomia, criatividade e criação de projetos solidários, tornando flexíveis os limites colocados à governabilidade em nossa sociedade (Sá, 2001; 2005). Sá argumenta ainda que a construção de um projeto comum para os sujeitos nas organizações de saúde se torna possível a partir do seguinte pressuposto:

*“não seria apenas a percepção do outro como adversário (possível fonte de sofrimento e morte) que abriria a possibilidade da política, como exercício de construção de pactos coletivos, mas também a possibilidade de percepção do outro como diferente e ao mesmo tempo semelhante, portador de múltiplos sentidos da vida e da morte”* (Sá, 2001:158).

Do mesmo modo, Sá identifica como um importante obstáculo à construção de projetos coletivos e ao desenvolvimento de relações mais autônomas entre os profissionais, os processos de identificação/idealização presentes nas organizações de saúde que tendem predominantemente à “*doença do ideal*”<sup>13</sup>. De acordo com essa perspectiva, alguma forma de ideal é fundamental para a formação do sujeito e da própria sociedade, contudo, a intensificação do ideal ou a idealização em massa, gera sujeitos “*reprodutores*”, “*heterônomos*”, cristalizados em referências duras, incapazes de refletir e de criar. Para Sá, a sociedade contemporânea vive atualmente um déficit de ideais transcendentais, voltando-se para o individualismo/culto ao corpo ou se apresenta sob a forma de “*doença do ideal*”. Equivale dizer que para esses autores, é preciso

---

<sup>12</sup> Termo utilizado no sentido dado por Enriquez.

<sup>13</sup> Referência ao conceito cunhado por Enriquez.

algum tipo de ideal que vincule afetivamente as pessoas às instituições, uma idealização que produza sentido e prazer no trabalho.

Nesse contexto, ampliar as condições de governabilidade para a autora “*pressupõe que se possam abrir ‘fendas’, provocar uma certa ‘descentração’, forçar o olhar para fora, para o outro (colega, paciente, cidadão ...)*” (Sá, 2001:158). Sá ainda destaca que a análise dos processos grupais é uma condição importante para compreender a dinâmica das organizações de saúde e o limite e as possibilidades da governabilidade de tais instituições.

Azevedo (2005) realiza em seu doutoramento uma investigação acerca da prática gerencial desenvolvida em hospitais públicos com emergência no município do Rio de Janeiro. Ao destacar o nosso contexto atual, a autora resgata algumas idéias acima levantadas, analisando os processos de gestão a luz autores como Vicente Gaulejac e Eugène Enriquez, que pesquisaram as conseqüências das estratégias gerenciais em grandes empresas francesas. Desse modo, Azevedo aponta para o uso da dimensão afetiva pela gestão. De acordo com a autora há um apelo das empresas para que o trabalhador invista todo o seu potencial e talento a fim de alcançar a excelência. A empresa vem apresentando um discurso sedutor, buscando ganhar adesão do trabalhador através do que denomina “*gestão do imaginário*”<sup>14</sup>. A gestão se mostra como um mecanismo para criar entusiasmo em seus membros, produzindo consensos e silenciando possíveis opositores. (Azevedo: 2005).

Sob essa perspectiva, a instituição impõe ao trabalhador a renúncia aos próprios desejos, prendendo-os sutilmente à organização e a seus objetivos de produção. Ao trabalhador cabe se adaptar aos valores competitivos, contudo sempre paira a ameaça de não ser capaz, de ser insuficientemente bom e bem sucedido. Problemas psicologizados, entendidos como algo da ordem do sujeito e não efeitos da organização da produção. Ao mesmo tempo em que a empresa produz assujeitamento, alienação, trabalhadores bem comportados, adaptados, exige criatividade e inovação. (Azevedo: 2005). Esta discussão, retomada adiante, é importante para problematizar as tensões entre autonomia e criatividade, com as exigências gerenciais e com a construção de vínculos / investimentos em projetos e trabalhos coletivos entre os profissionais das equipes de saúde.

---

<sup>14</sup> Concepção utilizada por Enriquez baseado no conceito de imaginário desenvolvido por Cornelius Castoriadis em “A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005.

Azevedo (2005) destaca ainda o alto grau de autonomia profissional como parte do processo de trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que se detêm menos controle gerencial da atividade fim. Por outro lado, os profissionais ainda lidam com a desqualificação pública, péssima remuneração, baixo compromisso, terceirização do trabalho, interesses corporativos e precariedade das condições de trabalho, contexto que dificulta o investimento afetivo do trabalhador para com seu trabalho e a construção de um imaginário que reflita outras produções que não a da impotência, do descrédito e do conformismo. Faz necessário, ainda, refletirmos sobre a possibilidade de construção de projetos coletivos nesse contexto.

Campos (2007) é autor de propostas democratizantes e inovadoras para o campo da gestão pública da saúde, enfatizando a construção da autonomia na cotidianidade dos serviços e das relações de trabalho. O *método da roda* é um exemplo de artifício para co-gestão de instituições e análise de pessoas e coletivos em serviços de saúde. Propõe-se a ser um método para enfrentamento da alienação do trabalhador no mais puro conceito marxista de alienação. Segundo o autor, o método tem objetivo de:

*“Repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo como uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedade”* (Campos, 2007:14).

Desse modo, o autor faz uma crítica aos modelos de gestão tradicionais que conferem a empreitada de planejar e gerir à um grupo seletivo e hierárquico no interior das organizações e defende a idéia de que a gestão é uma tarefa coletiva, sendo fundamental a democratização de poder no interior das organizações. (Campos, 2007).

Campos adverte em outro estudo, *“o trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública”* (Campos, 1997:231).

Com referência as teorias marxistas alguns autores (Campos, 2007; Merhy, 2007; Merhy e Franco, 2005) fazem um debate acerca dos conceitos de *“valor de troca”* e *“valor de uso”* para pensar o trabalho em saúde. O primeiro se refere ao valor que

garante a circulação de produtos como mercadorias. Já o segundo, diz respeito a utilidade do produto, seu consumo. Trata-se de uma diferença sutil. *“O valor de uso não é, pois, igual ou equivalente a necessidade social. O trabalho (objetiva) necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades”* (Campos, 2007:48-49). Para o autor, é preciso preservar um olhar crítico sobre essas noções, uma vez que, no caso da saúde, uma consulta médica comprometida com a produção do cuidado, por exemplo, não pode ser confundida com valor de troca, da mesma forma que um atendimento em saúde automatizado não produz valor de uso.

*“O Método da Roda imagina possível e necessária uma recomposição conceitual e prática do trabalho”* A contribuição do método possui três linhas de intervenção: *i)* a primeira estimula um conceito ampliado de trabalho que fortaleça a atividade como produtora de valores de uso; *ii)* a segunda é luta por políticas sociais que aumentem as oportunidades dessa nova modalidade de trabalho e reconheça a sua legitimidade e *iii)* considera o trabalho como categoria essencial para a constituição de sujeitos, de coletivos e da sociedade. Para o autor, o conceito de trabalho *“implica a criação ativa de espaços de trabalho que considerem tanto o desejo e interesse do agente produtor, quanto necessidades sociais”* (Campos, 2007:53-54).

Algumas características, já apontadas, que marcam o nosso atual modo de produção são facilmente encontradas nas organizações de saúde: a precarização das relações de trabalho; a perda dos direitos de proteção do trabalhador; as formas de contratação instáveis; os baixos investimentos em educação permanente; a excessiva fragmentação do trabalho (no caso da saúde a compartimentalização da assistência); os vínculos fracos entre trabalhadores e espaços/processos de trabalho e o uso intensivo de tecnologias. Apesar do uso intensivo de tecnologias trazer transformações e novos desafios à organização do trabalho, não resulta na substituição do trabalho humano, já que este, como vimos, não prescinde de avaliação, interpretação e decisão (no caso da saúde, decisão sobre o tratamento e terapêutica por exemplo). Campos, defende que em atividades como saúde e educação, que exigem inventividade, *“a automação auxilia, potencializa, mas não dispensa o trabalho humano”* (Campos, 2007:55). Contudo, Merhy nos alerta que *“o uso de tecnologias de ponta exige uma melhor qualificação dos trabalhadores para o manuseio dos equipamentos, ao mesmo tempo em que aprofunda a divisão entre trabalho manual e intelectual”* (2007:25).

A educação permanente em saúde ganha estatuto de política governamental e é palco de debate entre vários autores na atualidade (Ceccim e Feuerwerker, 2004; Cecim, 2005; Merhy, 2005, Rovere, 2005). Ceccim e Feuerwerker (2004) fazem uma análise crítica das nossas práticas de formação em saúde e desenvolvem o conceito de quadrilátero da formação, constituído pelos aspectos de ensino, gestão, atenção e controle social. A partir da constatação de que “*a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor*” (Ceccim e Feuerwerker, 2004: 42), se propõem a repensar os modelos de educação no país.

Todas as iniciativas até então para promover mudanças na formação dos profissionais do SUS, apesar de fortalecerem o incremento de um pensamento crítico, se mostraram iniciativas limitadas, mantendo a lógica dominante de formação baseada principalmente na transmissão de conhecimentos e “*não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização das próprias práticas*” (Ceccim e Feuerwerker, 2004: 45). Daí a necessidade de chamar a responsabilidade, mediante a participação ativa de gestores da saúde, formadores e estudantes, usuários e profissionais em relação de intercessão.

Os autores advogam que o trabalho em saúde, por ter como característica fundante a escuta, tem na interação do usuário com o serviço de saúde a principal medida da qualidade do cuidado prestado. Por isso, se justifica a educação permanente como imperativo para a área da saúde, sendo importante recurso estratégico de transformação das práticas e da própria organização do processo de trabalho.

A educação permanente, nessa perspectiva, se mostra como uma ação transdisciplinar e descentralizadora onde é preciso “*implementar espaços de discussão, análise e reflexão prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas (...) ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção*”. (Ceccim, 2005:166). Trata-se de uma aposta no protagonismo dos trabalhadores, em debate com os usuários, gestores e os processos de ensino e aprendizagem.

O tempo da produtividade, do fazer mais em menos tempo, é muito diferente do tempo da saúde. Dessa maneira, a inserção de pessoas nessa lógica se restringe e, cada vez mais, os que trabalham são intimados a abrir mão do prazer, do desejo e daquilo que

dá sentido ao fazer. De acordo com Guattari, “A única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo” (Guattari, 1992, p. 33).

A relação entre trabalho, gestão e a centralidade da implicação dos trabalhadores para a gestão do trabalho também está presente na perspectiva da Psicodinâmica do trabalho. (Dejours, 1999) O trabalho passa então a depender da ação, de decisões cotidianas que são essenciais ao longo de uma vida produtiva. O autor descreve uma reflexão que faz acerca do seu trabalho como consultor e da demanda das instituições por intervenção que ilustra a implicação dos trabalhadores com o processo de gestão do trabalho.

*“A organização do trabalho sempre supõe ajustamentos; é preciso reinventar uma outra organização, a partir da organização prescrita. Assim, portanto, todas essas pessoas que sofrem e que demandam nossa intervenção já estão implicadas na gestão da organização do trabalho. Em geral, elas só formulam uma demanda quando essa gestão da organização do trabalho não mais lhes parece possível, quando está bloqueada e quando, em seguida, as condena à repetição” (Dejours, 1999:169).*

Barros corrobora para tal perspectiva ao afirmar o trabalho como indissociável da gestão. Todo trabalho implica em planejar, avaliar, decidir e executar e, desse modo, não é possível separar atividade e a gestão da atividade. “A cada situação que se impõe, o trabalhador elabora estratégias que indicam a inteligência inerente ao trabalho humano e, portanto, é gestor do seu trabalho e produtor de saberes e novidades” (Barros et al, 2007:107). Desse modo, é preciso “pensar os processo de trabalho tomando a gestão como ponto de encontro entre o sujeito (trabalhador) e o objeto (trabalho), colocados em relação de intercessão e de interferência de um sobre o outro e não podendo ser pensados fora desta mesma relação” (Barros & Barros, 2007: 65).

Outros autores compartilham esse olhar. Segundo Bonaldi et al, os trabalhadores tem que fazer escolhas, negociar, arriscar-se, “são convocados a gerir as variabilidades constituintes do processo de trabalho”. E ainda, “gestão e atividade de trabalho (...) são categorias inseparáveis. Trabalhar é gerir. Chamamos de gestão do trabalho a capacidade dos trabalhadores de gerir o processo que denominamos atividade de trabalho” (Bonaldi et al, 2007:67).

Ao trazer esses diversos autores como caixas de ferramentas, busco retomar as discussões sobre planejamento e gestão destacando a importância do lugar de protagonismo que os trabalhadores podem exercer junto aos processos decisórios. Do mesmo modo, procuro apontar para perspectivas que incluem a valorização do sujeito na construção de processos de planejamento e gestão em saúde.

## **2. O TRABALHO EM EQUIPE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Muito se fala sobre a importância do trabalho em equipe, na área da saúde, principalmente os gestores e técnicos da área de recursos humanos, contudo, poucos explicitam claramente o que de fato estão querendo dizer com o termo “equipe”. Na maioria das vezes, nos parece que se está falando da necessidade de haver integração, diálogo, mas pouco se debate acerca de um projeto assistencial em comum.

Não se pretende com isso menosprezar a importância da comunicação e da interação entre profissionais, contudo há que se ter claro que as várias categorias profissionais ocupam lugares diferenciados na hierarquia do poder e no domínio dos saberes dentro dos serviços de saúde, e que, historicamente na saúde, a posição do médico é supervalorizada em detrimento das demais profissões. Isto nos leva muitas vezes a uma diferenciação enorme nas formas de participação dos médicos na organização do processo de trabalho, principalmente, em termos de autonomia e decisão sobre o tratamento a ser tomado.

Não é raro encontrarmos em nossos serviços de saúde espaços de gestão colegiada onde os médicos se recusam a ocupar. As equipes que participam das atividades mais coletivas quase sempre é composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e outros profissionais, sem que os médicos queiram partilhar esse espaço (Cecílio, 2004). Porque é tão difícil incluir essa categoria nos espaços mais coletivos do hospital? Como então transformar as práticas de saúde sem a participação do médico?

Dada a dificuldade do trabalho coletivo nos hospitais e nos serviços de saúde, acreditamos ser necessário refletir melhor sobre as dimensões éticas e técnicas do trabalho coletivo em saúde a fim de construir pontos de ruptura no cenário atual, incorporando práticas verdadeiramente inter(trans)disciplinares que permitam o cuidado adequado e integral ao usuário.

Peduzzi (1998, 2001) apresenta a construção de uma tipologia para o trabalho em equipe, bem como de conceitos e critérios para o reconhecimento dos tipos de equipe. A autora aponta para o trabalho em equipe como estratégia de enfrentamento do intenso processo de especialização construído ao longo dos anos na área da saúde. Contudo, Peduzzi ressalta que a noção de equipe é aceita hegemonicamente como

realidade dada, inalterada e a articulação entre as especialidades não é devidamente problematizada entre seus membros.

A autora identificou – a partir de um levantamento bibliográfico em bases Medline e Lilacs no período de 1993 e 1997 – três concepções distintas sobre o trabalho em equipe. No primeiro conjunto de estudos, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalidade dos serviços. O segundo grupo destaca as relações interpessoais e os processos psíquicos da equipe. Por fim, estão os trabalhos que evocam a vertente da interdisciplinaridade e trazem para a discussão a articulação dos saberes e divisão do trabalho entre os profissionais de saúde.

Peduzzi analisa que a divisão técnica do trabalho introduz o fracionamento do processo de trabalho de um lado e de outro a complementaridade e interdependência das especialidades de uma determinada área de produção. Alerta ainda sobre a necessidade de se considerar as dimensões técnicas e sociais da divisão do trabalho na análise das relações do trabalho. Para a autora, *“toda a divisão técnica reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos”* (2001:104-105).

Duas tipologias de trabalho em equipe são estabelecidas pela autora: a *“equipe agrupamento”*, onde há justaposição de ações e agentes, e a *“equipe integração”* em que ocorre articulação<sup>15</sup> das ações e interação dos agentes. No entanto, *“em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou sua complementaridade objetiva”* (Peduzzi, 2001:106).

Em outro trabalho, a autora afirma que para a equipe de saúde atingir algum grau de interação, é preciso que seus integrantes façam um investimento no sentido de articular as ações, permitindo construir espaços de reflexão e negociação. *“As ações em saúde não se articulam por si só (...). A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas”* (Peduzzi, 2007:163).

Outro ponto importante destacado pela autora é a referência ao projeto assistencial comum, eixo em torno do qual a dinâmica de trabalho em equipe e de interação se organiza. Para Peduzzi, trata-se uma situação concreta de trabalho coletivo

---

<sup>15</sup> Por articulação, a autora entende, *“as situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas”* (Peduzzi, 2001:106).

que tem como referencial o projeto assistencial hegemônico, modelo dominante de atenção à saúde. Mas a autora nos alerta:

*“Deve-se lembrar que, ao partilhar sobretudo o modelo biomédico, hegemônico, dá-se um consenso em torno de um único tipo de atenção à saúde, entendido como pertinente a toda e qualquer situação referente ao processo saúde-doença nos planos individual e coletivo. Assim, os profissionais, além de não compartilhar outros valores que poderiam cunhar outros modelos, deixam de investir na construção conjunta de outro projeto assistencial que abarque a complexidade e a multidimensionalidade das necessidades de saúde”* (Peduzzi, 2001:107).

Sob outra perspectiva, Merhy e os demais autores do grupo LAPA de Campinas, analisam o processo de trabalho em saúde, de acordo com a orientação de valores que concebem os sistemas de saúde como “*usuários centrados*”, em contraposição à lógica “*procedimentos centrada*”. A modalidade “usuário centrada” volta-se para a necessidade de saúde dos usuários de serviços, necessidade entendida como o aumento de autonomia do usuário *andar sua vida*, construindo relações mais cuidadoras. Já a “*procedimento centrada*” foca-se em certos procedimentos e competências profissionais definidas, não dando conta do complexo processo de trabalho em saúde (Merhy, 2004; Merhy e Cecílio, 2003; Campos, 2003).

Do mesmo modo, Merhy nos alerta sobre a organização do trabalho em saúde subordinada a figura do médico que mantém todos os outros profissionais da saúde subsumidos a lógica médica e leva ao empobrecimento da prática do cuidado. “*O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar*” (Merhy, 2004:114).

Como forma de fazer frente às práticas de saúde determinadas unicamente pelo modo médico de agir e exercer sua hegemonia, o autor propõe o aumento da capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção. E ainda afirma que mesmo nos últimos séculos, com a saúde se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, pelo modelo médico hegemônico, sempre houve

uma enorme multiplicidade de maneiras ou modelos de ação. Merhy (2004) aposta ainda no trabalho em equipe e sua potência cuidadora:

*“O núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá, inclusive, a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir, a partir desse núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório”* (Merhy, 2004:117).

Merhy nos convoca a pensar o trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado como um processo de relações intersessoras<sup>16</sup>. Para o autor, a tecnologia das relações é um *“analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde que tem capacidade de expor intensamente ‘as falhas’ do mundo do trabalho em saúde, como o ‘jogo’ dos sentidos e sem sentidos das práticas de saúde”* (Merhy, 2007:51).

Barros e Passos (2002) fazem uma diferença radical entre os termos: **interseção** e **intercessão**. Segundo os autores, na interseção *“a relação é de conjugação de dois domínios na constituição de um terceiro, que se espera estável, idêntico a si e para o qual pode-se definir um objeto próprio”* (Barros & Passos, 2000:77) noção que os autores identificam com o conceito de interdisciplinaridade. Já o conceito de intercessão, que remete a idéia da transdisciplinaridade, diz respeito *“a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre outro”* (Barros & Passos, 2000:77). O Intercessor é aquele que se refere a um processo de diferenciação, que contém força crítica. Critica, tanto no sentido de análise, como também da produção de crise, já que não tende à estabilidade.

Nesta perspectiva, os autores afirmam que a clínica só pode ser concebida enquanto transdisciplinar. A multidisciplinaridade conta com diferentes disciplinas somadas lançando seus olhares para o mesmo objeto, a interdisciplinaridade, cria uma

---

<sup>16</sup> O sentido do termo intercessor empregado pelo autor remete ao conceito utilizado por Deleuze e Guattari e diz respeito àquilo que se produz nas relações **entre** sujeitos, mas não se define pelo somatório de dois e sim por aquilo que se forma no “inter”, no meio.

área de **interseção** entre as disciplinas. Ambos os movimentos contribuem para a manutenção das fronteiras disciplinares estáveis e, portanto, mantêm as históricas cisões entre sujeito e objeto/ teoria e prática etc. A transdisciplinaridade é um conceito **intercessor**, pois problematiza as fronteiras disciplinares, tornando-as flexíveis, instáveis. A clínica pensada a partir do domínio da interferência de um sujeito sobre outro, implica uma relação de perturbação, de **intercessão**, e não apenas troca de conteúdos.

Após a criação do SUS, fruto de um longo processo instituinte<sup>17</sup> de luta do movimento sanitário brasileiro, surge uma noção mais ampliada do conceito de saúde, um olhar transformado acerca das práticas, dos métodos e uma tentativa de inclusão de novas disciplinas – como as ciências sociais e humanas – para lidar com a complexidade do “problema” saúde. O trabalho em equipe se insere nesse contexto, pois assume a tarefa de reunir as diferentes disciplinas e fazer com que os distintos profissionais dialoguem e trabalhem juntos, de maneira integrada.

*“Quando se trabalha com a perspectiva transdisciplinar, é preciso estar aberto para esse encontro de saberes, e não fechado em si, defendendo territórios disciplinares, já que nenhuma disciplina dá conta do trabalho em saúde, que como todo trabalho tem caráter enigmático e imprevisível. Afinal as especificidades de cada profissional contribuem para a qualidade sinérgica da equipe, o que exige refletir sobre a importância indiscutível de se escutar o outro” (Pinheiro et al, 2007).*

A interação entre trabalhadores da equipe, com conflitos, trocas, proximidades e descontinuidades, afirma processos de diferenciação, encontros com outras normas e valores, provocando novas formas de produzir cuidado, produzindo vida. Contudo, esse contato com o outro e com o diferente, nem sempre é confortável, pois balança certas estruturas, expectativas, valores que se encontravam sedimentados em nós.

*“Estar aberto à alteridade pressupõe correr riscos, sair do conforto e segurança garantida pelos pressupostos científicos e prescrições morais e perceber nossa falibilidade. Pensando a*

---

<sup>17</sup> Instituinte é um conceito da Análise Institucional que reflete “o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais” (Baremlitt, 1998:178). Se caracteriza por sua potência de criação e de transformação.

*saúde a partir de seu conceito ampliado, o espaço de previsibilidade e segurança se esvai, uma vez que a tomamos como processo e nos deparamos incessantemente com o limite dos nossos saberes e fazeres” (Gomes et al, 2007:25).*

A formação de grupo não acontece apenas a partir da idéia de pessoas trabalhando no mesmo lugar, e sim a partir de um pensar coletivo, encarando as questões clínicas e institucionais de maneira participativa e integradora dos saberes e especialidades. Faz-se necessário a articulação das ações, o aumento da comunicação, troca de informações e conhecimentos acerca do trabalho do outro e o reconhecimento da importância deste olhar para a atenção integral em saúde, construir um projeto comum que atenda às necessidades reais da população usuária, a partir de uma verdadeira co-gestão do trabalho e dos serviços prestados por toda a equipe.

A idéia de tomar os profissionais de saúde como foco dos atravessamentos deste estudo é uma tentativa de pensar a equipe enquanto um dispositivo de saúde diferenciado, disparador de mudanças nas representações sociais. O grupo entendido como espaço implicado em refletir e reelaborar uma prática trazendo inúmeras questões que desafiam e movimentam reflexões a fim de contribuir para a criação de novas organizações no trabalho. Essa noção faz com que o grupo ganhe processualidade, como artifício produtor de inovações e acontecimentos. Nas palavras de Barros, *“o que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado de criar [...] O dispositivo tenciona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca outros agenciamentos... operando sentidos diversos” (Barros, 1997:189).*

Por outro lado, alguns autores advertem sobre a possibilidade de captura dessa potência criativa que os grupos possuem. Para Guattari, as formações coletivas oscilam entre pólos: o *grupo sujeito* – aberto às conexões, passível de estilhaçamento – e o *grupo sujeitoado* – curvado sobre si próprio, pleno de medidas de proteção contra tudo que ameace sua unidade. Ambas as formações como vertentes de um mesmo objeto institucional (Guattari, 1987). Enriquez complementa alertando sobre a característica ambivalente dos grupos, *“O grupo permanece então uma instância inquietante para todo o mundo. Ele pode pender sobre si mesmo, criar normas muito rígidas, processos identificatórios maciços. Pode ser, pelo contrário, o motor da mudança” (1997:104).*

Outro autor que contribui para o debate acerca do trabalho em equipe, Ricardo Ceccim, vem atuando principalmente na área da educação e do ensino dos profissionais

de saúde, analisando a singularidades da clínica e da cultura na produção do cuidado à saúde, argumenta que todos os profissionais devem ser formados e estar aptos para o “*assistir individual*” além das qualificações necessárias para a prestação de práticas integrais em saúde. Para o autor, o processo educacional deveria desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, “*valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário-centrado*” (Ceccim, 2004:259).

Para Ceccim, a formação profissional deve estar comprometida com a afirmação da vida de modo intrínseco aos atos de saúde. Dessa forma, ressalta a importância do trabalho em equipes multiprofissionais, como também de “*uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com usuários e com a equipe de saúde*” (Ceccim, 2004:261).

O autor ainda afirma a multiprofissionalidade como uma “*imposição social*”, já incluída nos princípios e diretrizes do SUS. Cabe a nós, a partir de cada realidade, negociar os modos de sua implementação.

Nesta perspectiva, o autor pretende empreender uma ética *entre-disciplinar* à estética do trabalho multiprofissional em saúde. A proposta em questão não consiste na interdisciplinaridade, cruzamento ou *interseção* entre os perfis profissionais, mas na emergência do entre, de *intercessão*, da alteridade, de um lugar com equilíbrio metaestável, que o autor chama de “*lugar mestiço*”, aberto a transformação permanente. Com isso, o autor faz uma crítica aberta aos regimes de verdade impostos pelos aparatos disciplinares e propõe o livre trânsito entre os saberes e fortalece a porosidade também entre os usuários e os serviços de saúde.

Regina Benevides de Barros dedica a sua tese de doutorado – só publicada doze anos depois, em 2007 – à análise do grupo e às diferentes teorizações realizadas a respeito. Nesse trabalho, a autora realiza uma crítica contundente à concepção estrutural de grupo, como figura dada, unidade em si e sem mobilidade. Rastreando a etimologia da palavra, “*‘gruppo’ significava um certo tipo de pintura característico do século XVI, onde se retratava ‘um conjunto de pessoas colocados de forma circular’*” (Barros, 1996:3) com o passar do tempo, já no século XVII, a concepção se expandiu e passou a designar “reunião de pessoas”. Tais significações de grupo emergem em um contexto de

revalorização do homem, do indivíduo como concepção central, ao mesmo tempo que se polariza com a idéia de sociedade. “*Entre o indivíduo e a sociedade (...) o grupo se erige como tentativa de solução para o impasse*” (Barros, 1996:4).

A autora propõe uma ruptura com essa concepção de grupo que mantém sua formação aprisionada a estruturas naturalizadoras e totalizantes e afirma o grupo em sua potencia criativa. “*O grupo não é, então, um dado, é construção, desenho que se configura a cada situação*”, pensado como dispositivo, o grupo “*afirma-se em sua capacidade catalizadora dos fluxos dispersos que se apresentam em cada cena (...), recusa qualquer forma de totalização e unidade (...), é sempre multilinear*” (Barros, 1996:8).

Barros & Barros (2007a) consideram a equipe como estratégia privilegiada para a constituição de um outro paradigma para a saúde. As autoras anunciam a aposta em um paradigma que afirme a indissociabilidade entre trabalho e gestão, o da co-gestão. “*A gestão não é mais identificada apenas a um cargo ou a um lugar (o lugar do gestor/diretor/coordenador), mas ao processo mesmo de pensar/decidir/executar/avaliar o trabalho, que é prerrogativa de qualquer trabalhador*” (Barros & Barros, 2007a: 81). Para as autoras, a equipe altera a postura de isolamento, fragmentação, competição que quebram alianças coletivas, gerando efeitos de “*descomprometimento*”, “*desresponsabilização*” e “*despotencialização*” dos trabalhadores (não só os da saúde, mas especialmente).

As autoras apontam para o trabalho em equipe como expressão de um coletivo em rede e é tal característica que “*permite passar de uma dimensão estritamente prescritiva dos processos de trabalho para uma dimensão ampla do agir – potência da equipe em situação de trabalho*” (Barros & Barros, 2007a: 83). Essa potência do coletivo se afirma em suas conexões, encontros, nos modos de trabalho compartilhado, na sua invenção, ou seja, na dimensão do *trabalho real*.

Birman (2000) desenvolve um debate sobre a questão da fraternidade e o laço social na contemporaneidade. O autor vai ilustrar a partir da linguagem estética dos filmes, romances e contos, certo desencanto da sociedade pós-moderna, indícios de que algo não vai bem e começa a provocar mal-estar. Neste contexto, vai discutir o papel da culpa na sociedade como um signo indicativo de que ainda há ética. “*A culpa indica, pois, aqui o imperativo da responsabilidade na relação com o outro, a dimensão **alteritária** da existência, que nos dias que correm tem sido desqualificada pela moral*

*do hedonismo, pela existência do gozo imediato*” (Birman, 2000:177 – *grifos do autor*). Esse esvaziamento da relação com o outro teve como consequência imediata o que as ciências sociais chamou de “*cultura do narcisismo*”, uma subjetividade autocentrada que não reconhece a existência do outro. Segundo o autor, a sociedade do espetáculo é uma modalidade de subjetividade da atualidade aproximada da cultura do narcisismo. Nela há um engrandecimento do eu que se volta para promover uma produção espetacular e ser olhada. Para Birman, a questão que se coloca nesses dois tipos de subjetividade é uma “*concepção do desejo fora da referência alteritária, pelo qual se esvazia a relação de responsabilidade do sujeito com o outro*” (Birman, 2000:178). A fraternidade, experiência em que o outro é figura importante, se coloca como um antídoto frente aos imperativos da subjetividade contemporânea.

A dimensão alteritária, para Birman, é um traço fundamental do laço fraterno já que para existir cuidado com o outro implica reconhecer o que lhe falta. A fraternidade “*como possibilidade de olhar para o outro, reconhecê-lo no que precisa e lhe faz singular. A fraternidade seria então a possibilidade de se voltar para o outro e de inclinar sobre esse*” (Birman, 2000:181).

Para Birman, a precariedade aparece como possibilidade da fraternidade, ou seja, só será possível a fraternidade se o sujeito puder reconhecer que não é auto-suficiente e assim poder encarar o outro como igual. A solidariedade seria nessa concepção, um desdobramento da fraternidade. A fraternidade e, portanto, a solidariedade “*como ética implica necessariamente uma política, uma ação coletiva mediante a qual os laços sociais são tecidos pressupondo a mutua precariedade dos agentes*” (Birman, 2000:186).

Vale dizer que a fraternidade é apontada pelo autor como tendo um caráter transitório, podendo se prolongar ou dissolver, pois a qualquer momento alguém ou um grupo pode se achar superior aos demais e pretender ocupar o lugar de soberania. Daí a afirmação de Birman, de que a auto-suficiência é uma formação ilusória poderosa no imaginário humano e que está sempre à espreita, esperando assumir a posição de superioridade em relação aos outros.

A formação ilusória da auto-suficiência é uma construção do imaginário da modernidade, que marca um certo momento histórico. Com isso, o autor enuncia que este dispositivo pode ser transformado, mas ressalta que nem por isso, é de fácil dissolução e muito menos poderia ser compreendido como um ato de vontade, está

inscritos em um campo de forças coletivas. Tal imaginário se constituiu com a emergência do humanismo, quando o homem foi alçado à condição de centro do mundo e medida de todas as coisas.

A investigação da vida das coletividades na sua diversidade qualitativa, inserida em um dado contexto histórico e político institucional, assumida com uma postura crítica que promove o diálogo entre o macro e o micro, que articule políticas públicas voltadas para a saúde e para a prática cotidiana dos serviços, possibilita o redimensionamento da forma de fazer saúde na nossa realidade no sentido de práticas mais cuidadosas além de contribuir para a própria saúde de quem trabalha.

Como um dos principais focos desse estudo é discutir o trabalho em equipe, cabe fazer rápida passagem para situar o leitor nas produções discursivas sobre o grupo. Não é intenção aqui abordar todas as teorizações sobre esse assunto e sim, pontuar as principais polêmicas e embates nas suposições sobre os grupos e apresentar como esse tema foi se configurando como questão e o modo como o campo foi conformando palco para legitimação institucional de um discurso, sem, contudo, qualquer pretensão de explorar o tema profundamente. Não é ambição desse texto, portanto, definir o que é o grupo, suas características e sistematizar um conceito abstrato e homogêneo, e sim indagar como eles se constituem, quais os saberes e discursos foram delineados ali, influências histórico-sociais, como se organizam e produzem suas práticas. Não cabe fazer uma exaustiva análise histórica, interrogar pontos de consistências, reunir idéias que forneçam instrumentos para refletir o que fazemos quando trabalhamos em equipe.

O conjunto de enunciados sobre o grupo não possui um corpo teórico sistematizado. De acordo com Fernández (2006) isso pode ser uma vantagem, na medida em que oferece maiores condições para a criação de um pensamento crítico acerca dos grupos, pensando as teorias desde o múltiplo e não desde o uno ou de sistemas teóricos fechados. Para tanto, diz Fernández, “*deverá desandar um caminho que percorreu nos últimos tempos; aquele que tentou territorializá-lo como um campo de aplicação de campos teóricos instituídos como sistemas conceituais totalizadores*” (2006:9). Para a autora, quando destotaliza-se os conceitos, eles voltam a adquirir a polivalência teórica fundamentais para produzir novas articulações, até então impensáveis, questionar certezas instituídas e trabalhar com multiplicidades teóricas.

Fernández (2006) dá visibilidade as diversas produções de sentido que historicamente o vocábulo grupo tem disparado. A origem do termo é italiana: “*gruppo*”

ou “*gruppo*”. Faz referencia a um “*conjunto de pessoas esculpidas ou pintadas, passando por volta do século XVIII a significar uma reunião de pessoas, e rapidamente seu uso coloquial se espalhou*” (2006:17). A palavra vai ganhando diferentes contornos ao longo da história, mas adquire uma especificidade com o advento da modernidade. Assim como são produzidas novas significações para diversos conceitos, não é diferente com o grupo, sofrendo transformações ao mesmo tempo em que produz-se a nucleação da família e a subjetividade moderna “*reduzindo-se de suas extensas redes de sociabilidade feudal até conformar a família nuclear moderna*” (Férrandez, 2006:22). O grupo agora se refere a um “*número restrito de pessoas associadas por algo em comum*” (2006:25). Dois conceitos se destacam nesse percurso etimológico que a autora faz: o primeiro é a idéia de nó que traz a imagem de enlace e desenlace entre seus membros e a figura do círculo que sugere formas de intercâmbio entre as pessoas do grupo.

A relação entre os indivíduos foi pensada durante sob diversos pontos de vista, n entanto sempre houve uma tensão entre o singular e o coletivo. O mais comum, principalmente no pensamento ocidental, era um paradigma disjuntivo que fazia do binômio indivíduo-sociedade um par de contrários. No campo da psicologia, as primeiras tentativas de se compreender o campo grupal levaram a duas teses distintas: individualista e da mentalidade do grupo. A primeira afirma que processos psicológicos acontecem apenas nos indivíduos e que o grupo faz menção a um coletivo relativo a uma multiplicidade de processos individuais. A tese dos mentalistas considera o grupo com uma qualidade distinta da soma dos indivíduos e afirma o efeito das forças sociais e das instituições na constituição dos sujeitos (Férrandez, 2006).

A autora vai aprofundando o tema, o que não nos cabe aqui, até chegar no momento da história ocidental, em que a noção de indivíduo se produz e ganha força, sendo a sociedade entendida como conjunto de seres livres, as certezas da fé vão sendo aos poucos abandonadas para dar lugar as interrogações sobre o homem e o conhecimento do mundo. “*foi a noção de indivíduo (sujeito não dividido da consciência) que os saberes modernos organizaram suas reflexões sobre o homem*” (Férrandez, 2006:42). Embora as primeiras produções discursivas sobre o grupo tenham sido guiadas pelo paradigma indivíduo-sociedade como pólos opostos, nesse momento, esse pilar começa a ser questionado, ainda que continue como paradigma hegemônico.

Surgem aqui teorizações que pensam o grupo como função mediadora entre o individual e a massa. “É na tentativa de desmanchar o sentido antinômico da tensão entre o singular e o coletivo que é pertinente repensar criticamente a noção segundo a qual os grupos constituem um campo de mediações entre indivíduo e sociedade” (Férrnandez, 2006:50).

A autora ainda chama atenção para o fato de que algumas correntes reducionistas produzem um enfoque que fecha o grupo sobre si mesmo, pensando apenas as interações entre seus membros, suas coesões, lideranças, um movimento que chama de “grupos-ilha” e que, para ela, esse modo de pensar “inviabilizam-se os atravessamentos institucionais, sociais e históricos que confluem na gestão desses movimentos grupais” (Férrnandez, 2006:51).

Férrnandez afirma a necessidade de pensar o grupo como um nó, tecido por múltiplos fios de abordagens disciplinares que se enlaçam na construção de um campo de saber sobre os grupos:

*“um campo de problemáticas atravessado por múltiplas inscrições: desejanter históricas, institucionais, políticas, econômicas etc. O grupal num duplo movimento teórico: o trabalho sobre suas especificidades e sua articulação com as múltiplas inscrições que o atravessam. Nova maneira de pensar O Uno e O Múltiplo, tentando superar os encerramentos que a lógica do objeto discreto impõe, abrindo a reflexão para formas epistêmicas pluralistas, transdisciplinares”* (Férrnandez, 2006:57).

A idéia é que os atravessamentos disciplinares como uma maneira de criar novas territorialidades teóricas provoque uma visão crítica acerca das certezas instituídas específicas a cada disciplina postas em questão ao se transversalizarem com outros saberes.

Dessa forma, cada grupo apresenta uma combinação de fios que produzirá um nó singular. Cada instituição, por suas vez atravessará esse grupo e produzirá suas próprias dobras, com efeitos também singulares e irredutíveis.

### 3. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família surge como uma estratégia de reorientação dos serviços de saúde com intuito de romper com o modelo de atenção baseado na lógica curativa e medicalizante, considerando os determinantes sociais da saúde, baseando-se em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando, assim, à produção de novos modos de cuidado. A Estratégia vem possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença na medida em que se constitui em uma atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social.

O Programa Saúde da Família foi implantado a partir de 1994 em alguns municípios brasileiros, inicialmente voltado à extensão de cobertura, com foco em áreas de maior risco social e como um programa paralelo e limitado. Tentando se contrapor ao estigma de uma concepção seletiva da Atenção Primária em Saúde e como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido para os pobres, aos poucos adquiriu centralidade na agenda do governo, convertendo-se em estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde. Contudo, a ampliação de cobertura não significou mudança do modelo assistencial. (Giovanella, et all, 2009).

*“Hoje, a SF está presente em 94% dos municípios (29 mil equipes e cobertura populacional de 48% - o que corresponde a 92 milhões de pessoas). Todavia, as experiências em curso revelam grande diversidade dos modelos assistenciais vis-à-vis as imensas disparidades inter e intra regionais e desigualdades da sociedade brasileira” (Giovanella, et all, 2009:784).*

O PSF configura-se numa estratégia de reorientação do modelo assistencial definida a partir de 1996, através da Norma Operacional Básica – NOB 01/96 que incentivava financeiramente a implantação do PSF e do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) pelos municípios, ganhando expressão na discussão política e acadêmica no Brasil. Pode-se dizer que o PACS e o PSF foram oportunidades para a ascensão e retomada da APS na agenda da política nacional de saúde, refletindo um primeiro momento de inflexão da atenção básica na política federal de saúde na década de 90 (Wargas, Fausto e Cunha, 2009).

As autoras resgatam ainda um segundo momento de inflexão, a partir de 1998 quando a NOB 01/96 é implementada e inicia-se um processo de expansão massiva do PSF no território nacional. Já o terceiro momento configurou-se a partir do ano de 2003 com a implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família para os grandes centros urbanos (PROESF). Este projeto surge em meio aos desafios e impasses na construção do modelo assistencial pautado no PSF nas grandes cidades. (Wargas, Fausto e Cunha, 2009).

A PNAB reafirmou o SF como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica. Ponto de contato preferencial e porta de entrada de uma rede de serviços resolutivos de acesso universal, a atenção básica deve coordenar os cuidados na rede de serviços e efetivar a integralidade nas suas diversas dimensões.

Segundo a PNAB,

*“a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações” (2006:10).*

Cabe à AB resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, utilizando para tanto tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. *“Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social” (PNAB, 2006:10).*

Um dos pontos fortes dessa política é a adoção da diretriz de vínculo entre a equipe e a comunidade. No entanto, para que seja possível o trabalho em equipe, faz-se necessário que os profissionais se libertem do aprisionamento de seu “núcleo específico” de saberes e práticas, das estruturas rígidas do conhecimento técnico estruturado, e se abra a criatividade e a contribuição que cada membro da equipe pode oferecer.

A PNAB (2006) preconiza ainda a população adscrita por equipe de SF para média de 3.000 hab com máximo de 4.000; limita em 12 o número de ACS por equipe e 750 pessoas referenciadas por cada ACS, bem como afirma a obrigatoriedade da realização do curso introdutório para todos os profissionais das equipes, atrelando inclusive, incentivos financeiros para esse fim. A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais da equipe e distribuída igualmente entre todos os dias úteis da semana.

São definidas pela PNAB (2006) as seguintes áreas estratégicas de atuação: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase, saúde bucal e eliminação da desnutrição infantil.

A Estratégia de Saúde da Família deveria ter caráter substitutivo à rede tradicional de saúde, com ampla capilaridade na rede de serviços locais, atuar com base no território definido de acordo com o planejamento e diagnóstico situacional, entretanto, encontramos ainda em muitos municípios a concomitância dos dois modelos trabalhando de maneira complementar.

Campos (2007) aponta para sinais tanto de crescimento e degradação no SUS, portanto significa, de acordo com o autor que este ainda se move. Entre os impasses, é destacado o aumento da atenção básica com baixa qualidade. Uma das estratégias de recuperação do prestígio da saúde pública está na mudança do modelo de atenção à saúde. Trata-se da transição de um modo de organizar centrado nos hospitais, nos especialistas que seguem com pequeno grau de coordenação do cuidado e planejamento da assistência. Em contraposição a este modelo ainda hegemônico, o autor chama atenção para o funcionamento em rede de serviços com co-responsabilidade e caráter complementar da atenção, para a importância estratégica da atenção primária, para integralidade sanitária com atuação clínica e preventiva do sistema; a universalidade e saúde como direito, entre outros. Para tanto, é preciso também ampliar a cobertura do SF e garantir que a APS se responsabilize por 80% dos problemas de saúde e torne-se resolutiva em 95% deles, como *“condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde”*. O autor ainda acrescenta que para atingir essa finalidade, as equipes de atenção básica precisam operar com *“três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento (atendimento ao imprevisto e atenção à demanda)”* (2007: 304).

O autor segue analisando algumas inconsistências do programa: diz que apesar da normatização oficial estipular a maior e mais complexa equipe entre todos os sistemas públicos existentes atualmente, os municípios não tem conseguido resolver limitações complexas na gestão de pessoal – rotatividade dos médicos e financiamento do programa – tendo em vista o apoio ainda tímido dos Estados e do Ministério da Saúde nesta empreitada; a rede de atenção básica vem sendo construída de forma desarticula aos outros níveis de atenção. Outro entrave, na opinião do autor é a rigidez na composição da equipe, que para ele, era preciso contar com várias alternativas de arranjos para as equipes, de acordo com as características de cada população ou de cada território cultural. (Campos, 2007).

Outro ponto, no mínimo polêmico entre pensadores, profissionais do PSF e demais atores envolvidos, é a visita domiciliar compulsória. Uns acreditam que pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade (Franco e Merhy, 1999), outros acreditam ser uma importante estratégia para conhecimento dos recursos da comunidade e desenvolvimento de um trabalho intrinsecamente ligado à realidade e ao contexto de vida daquela família. De todo modo, é preciso que esse tema continue em debate a fim de que não se torne uma prática enrijecida e sem reflexão sobre as intenções e potencialidades desse recurso.

*“A origem desta agenda que colocou o PSF na ordem do nosso dia, não é tão isenta assim e nem tão ingênua”* (Merhy & Franco, 2001:01). Tem a marca dos projetos neoliberais e vem seguindo de uma maneira um tanto quanto acrítica ou despolitizada, é o que advogam alguns autores (Merhy & Queiroz, 1993).

Para esses autores, há uma defasagem entre o discurso de mudança que impregna o PSF e as práticas assistenciais que implementa, mostrando que não se tem conseguido se cumprir enquanto promessa. O esforço de integração entre clínica e saúde pública possibilita uma melhor prática em saúde, no entanto, não vem conseguindo êxito, bem como a participação da popular sob a forma de controle social ainda se mostra incipiente.

Vale lembrar ainda que o fortalecimento das unidades de atenção básica como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial<sup>18</sup>, não conseguiu minorar os crônicos problemas de entrada aos demais níveis de atenção e permanecem as dificuldades de acesso à atenção especializada, com sérios riscos ao cuidado contínuo. O atendimento às urgências, ponto muito importante, principalmente sob o ponto de vista do usuário, não se constitui como agenda de governo, levando à tensão entre a demanda programada e demanda espontânea. A maioria dos municípios não faz uso de mecanismos formalizados de referência e contra-referência, dificultando a coordenação das ações pela equipe de SF, não logrando garantir a continuidade e integralidade da atenção em saúde.

Em relação à organização do trabalho das equipes, embora a prática esteja direcionada para o exercício da equipe multiprofissional, não foram pensadas estratégias para orientar uma ruptura com a dinâmica médico-centrada. *“O programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional”* (Franco e Merhy, 1999:04). O que de fato não promove mudanças nas práticas cotidianas dos profissionais e não gera um embate potente com o modelo assistencial hegemônico e vigente.

Quanto à gestão do PSF, o primeiro ponto a ser explorado diz respeito ao alto grau de normatividade presente na sua organização e implementação. São normas que precisam ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena de ser excluído do sistema de financiamento das equipes de PSF. Desse modo, pesam sobre as equipes os cadastros das famílias, os acompanhamentos de programas, o detalhamento das produções, o próprio formato da equipe e as funções que devem desempenhar são regulamentados pelo Ministério da Saúde e aprisionam a possibilidade de se tornar efetivamente um dispositivo para a mudança.

Para Franco e Merhy, esse caráter prescritivo exagerado do programa *“não só aborta a construção de modelos alternativos, mesmo que similares a proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas*

---

<sup>18</sup> Porta de entrada preferencial é utilizada aqui no sentido dado por Starfield (2002). Ou seja, como um dos atributos da Atenção Primária à Saúde está a função de ser porta de entrada e primeiro contato do usuário com o sistema de saúde.

*vividas em diferentes comunidades em todo território nacional”* (Franco e Merhy, 1999:06).

A Estratégia Saúde da Família está comprometida com um trabalho usuário-centrado ou com uma prática procedimento-centrada, presa nas malhas da demanda programada? Sem dúvida, não podemos negar que a Estratégia SF é lugar de encontros, por esse motivo, muitas instituições a atravessam e é preciso estar atento também às forças que aprisionam o seu processo de trabalho e encarceram o seu corpo vibrátil.

#### 4. “OS CUIDADOS” EM SAÚDE

Há certa polifonia de sentidos e usos do termo cuidado, daí o motivo dar a este capítulo um título no plural. O cuidado vem sendo debatido por muitos autores sob diferentes abordagens teórico-metodológicas, entre os quais o grupo de pesquisa do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS. Pinheiro – pesquisadora responsável pelo LAPPIS – realizou um levantamento na literatura da área da saúde em duas bases bibliográficas a BIREME e a Biblioteca do Ministério da saúde usando como descritor “*cuidado em saúde*”. Foram consultadas publicações referentes ao período de janeiro de 2000 a setembro de 2007 e selecionadas um total de 75 artigos, livros e capítulos de livros, documentos institucionais, manuais, compêndios e publicações especializadas e oficiais. As referências encontradas foram sistematizadas em três eixos temáticos: o eixo da formulação de políticas públicas de saúde; o eixo do conhecimento técnico (tecnociências) e o eixo da operacionalização das políticas, do modo de organização do processo de trabalho em saúde (Pinheiro, 2007).

No primeiro eixo, os sentidos do cuidado foram representados pela designação de um nível da atenção, por um procedimento técnico específico ou por uma conduta assistencial simplificada. No segundo eixo, os sentidos que definem o cuidado são constructos teórico-práticos, pautados pelos conhecimentos da anatomoclínica, da fisiopatologia e da genética médica. Segundo a autora, “*amplamente utilizados em processos formativos dos profissionais da saúde (...) apropriadas no imaginário coletivo como saber legítimo e de verdade sobre o que é o melhor cuidado a ser oferecido*” (Pinheiro, 2007:17-18). Por fim, o terceiro eixo diz respeito às rotinas institucionais ou a denominações de procedimentos técnico-profissionais e protocolos clínicos.

De acordo com Pinheiro (2007:18), a noção de cuidado deve ultrapassar esses conjuntos de sentidos e, dessa forma, ela defende o cuidado como um valor que afirma a vida, apreendido com uma “*ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito de ser*” (Pinheiro, 2007; Pinheiro & Guizardi, 2006). Por “*direito de ser*”, a autora entende o direito de ser diferente e ter essa diferença respeitada publicamente. Expressa, ainda, necessidades específicas, direito do usuário a ter acesso à outras práticas terapêuticas e principalmente, “*na garantia de sua decisão sobre a melhor tecnologia médica a ser utilizada*” (Pinheiro, 2007:19). O

cuidado ainda é definido como uma atividade intrinsecamente humana, se insere no contexto da integralidade em saúde e exige responsabilidade coletiva.

No texto *“Cuidado prudente para uma vida decente”*, Mattos faz uma aproximação com a expressão de Boaventura Souza Santos *“conhecimento prudente para uma vida decente”* usada pelo autor como uma crítica à ciência moderna, ao conhecimento cientificamente fundado, autoconfiante e que se deixa cegar em relação as consequências de suas intervenções. Para Mattos, tal expressão alerta para importância da responsabilidade intelectual ligada a compromissos éticos. Ressalta a imprudência realizada pela ciência moderna ao desqualificar conhecimentos não-científicos que ainda assim se voltam para uma *“vida decente”*.

Com essa apresentação, o autor observa que existem várias formas de produzir cuidado e diversos conhecimentos que se fundam a partir dele, contudo *“o que caracteriza o melhor cuidado é a sua contribuição para uma vida decente e não a sua cientificidade”* (Mattos, 2004:121).

O autor desenvolve a idéia de que a integralidade é um modo de apreensão ampliado das necessidade de saúde das pessoas e grupos populacionais. Integralidade, nesta perspectiva, implica uma recusa à objetivação dos sujeitos e abertura para o diálogo.

O tema da medicalização da sociedade também é trazido a tona pelo autor, analisada não só como consumo exagerado de bens e serviços da saúde, mas principalmente, retoma o debate sobre políticas e práticas de saúde travado nos anos 70 em torno do qual a medicina invade a vida social. O autor resgata a concepção de medicina social que substituiu a idéia de saúde do povo pelo ideal de saúde como direito de todos. Para Mattos, a partir desse marco histórico que coloca a noção de direito no centro da discussão em saúde, *“tornam-se inaceitáveis intervenções que, embora eficazes em remover obstáculos aos processos vitais, agridem o direito”* e complementa ainda, *“não cabe a medicina ditar as normas da vida social”* (Mattos, 2004: 129).

O autor radicaliza ao afirmar *“não podemos mais aceitar as violências praticadas contra as pessoas em nome de uma suposta saúde pública. A saúde pública se dobra a noção de direito”* (Mattos, 2004: 130). Portanto, conclui o autor que só é prudente a utilização das intervenções em saúde com análise das possíveis consequências para os sujeitos e seus *“modos de andar a vida”* e ainda, que o cuidado

prudente tem a ver com a apreensão ampliada das necessidades das pessoas e com uma análise que amplie o conhecimento técnico a fim de indagar sobre a possibilidade do ato de saúde contribuir para uma vida decente.

De acordo com Honorato e Pinheiro (2007), o trabalho clínico é uma atividade dialógica que precisa de acordos, envolvendo não só os profissionais da saúde como também a rede familiar e social. Para os autores, é preciso que os trabalhadores de saúde se deixem afetar e ser afetado pela experiência clínica.

*“A instabilidade da situação clínica e a imprevisibilidade que caracterizam o trabalho cotidiano em saúde requerem esta disponibilidade por parte dos atores. A capacidade de surpreender-se, ou de indignar-se, de sentimentos e afetos que transversalizam e desestabilizam, que mobilizam o pensamento e forçam o questionamento das ações e projetos” (Honorato & Pinheiro, 2007:105).*

Ayres (2004) discute o cuidado e as práticas de saúde na perspectiva da Hermeneutica e aponta alguns desafios filosóficos e práticos para a atenção à saúde. O autor trabalha com a noção de felicidade que remete a uma experiência vivida valorada positivamente, um projeto de vida com sentido existencial. Para Ayres, o termo Cuidado<sup>19</sup> é usado como *“designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004:22).*

De acordo com Ayres (2004), o cuidado é um componente interativo, concebido sob a perspectiva de um horizonte ético e que só ganha sentido no contato com o outro, com valores e produções que foram construídas histórica e socialmente, frutos da vida em comum. Aqui o autor assinala o caráter dialógico do encontro do usuário com o serviço/profissional de saúde e para a necessária qualidade dessa escuta. Outra categoria importante para o autor é a idéia de responsabilidade que se assume frente ao outro que procura o cuidado.

---

<sup>19</sup> O autor faz uma distinção entre o termo cuidado usado como substantivo próprio quando faz referência ao conceito por ele empregado com referenciais da filosofia Heideggeriana e como substantivo comum, que diz respeito ao cuidar e descuidar no sentido usado pelo senso comum.

Dito de outra forma, Cecilio (2001) afirma que uma consulta por mais especializada que seja não pode deixar de escutar as outras necessidades que o paciente traz que vão além da demanda “referenciada”. *“A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença”* (Cecilio, 2001:119).

Ayres critica o peso excessivo dado às tecnociências e seu uso mecânico, e aponta para importância da busca por significados e sentido trazidos pelos usuários e, portanto, a singularização da abordagem terapêutica. O autor afirma, assim, a necessidade de *“flexibilidade e dinamismo da técnica”*. Dessa forma, marca uma tecnologia permeável a mudança, aberta ao novo e a sua contante reconstrução. *“Compor ‘diagnósticos’ e ‘terapêuticas’ vinculados a situações existenciais, com proposições práticas que fujam ao estrito âmbito morfofuncional, ou que as articulem a ações de outra natureza ou propósito”* como alternativas para a melhoria das práticas assistenciais (Ayres, 2004:25).

Por outro lado, não podemos subestimar o peso que o modelo biomédico possui ainda hoje. Schraiber afirma que uma intervenção adequada para a medicina moderna na sociedade capitalista *“significa captar o sofrimento como doença, localizar a doença no corpo, agir sobre as alterações patológicas e, adicionalmente, restituir o doente à vida social cotidiana, produzindo cuidados sob ritmos e formas compatíveis com a imagem e o significado moderno do corpo, qual seja, o de um corpo trabalhador”* (Schraiber 2008:38).

Em outro trabalho, Ayres (2001), propõe uma concepção de sujeito que substitui a noção de subjetividade enquanto identidade / permanência, natureza dada pela idéia de contínua reconstrução de identidades, ou seja, intersubjetividade com caráter relacional na qual o sujeito se identifica ao atribuir predicados ao mundo. A identidade é da ordem da *“ipseidade”*, ou seja, é construída a cada vez, a cada experiência com o outro, com a alteridade. Nesse contexto, conceito ganha relevância, a linguagem, a medida que o contato com o outro se faz, principalmente, através do diálogo. Para Ayres, a idéia de curar e tratar são posturas limitadas, já que essas práticas supõe uma relação estática entre os sujeitos, *“individualizada”, “individualizante” e “objetificadora”*.

*“Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se construir projetos; (...) é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde”* (Ayres, 2001:71).

As transformações orientadas pela lógica do “Cuidado”, conclui o autor, não podem se concretizar sem o investimento em equipes interdisciplinares nos serviços de saúde, articulações intersetoriais e ainda se o setor saúde não se organizar para responder aos projetos de vida dos diversos setores da população.

Da mesma forma, para Cecilio, o cuidado em qualquer serviço de saúde, independente da sua complexidade, deve estar *“sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não”* (Cecilio, 2001:120).

Barros analisa o cuidado afirmando-o como uma atividade necessariamente reflexiva. Tomando como base a perspectiva Ergológica, a autora argumenta que pensar uma prática do cuidado coloca-se para além das prescrições técnicas e teóricas. *“Trata-se de afirmá-la como atividade industriosa<sup>20</sup>, ou seja, uma atividade que envolve sempre algo como um ‘debate de normas’”* (Barros, 2007:115 – grifos meus). A prática do cuidado, portanto, não pode ser reduzida a procedimentos e protocolos, não há modelos a seguir.

A prática reflexiva de que trata a autora considera esse debate de normas, passa pela renormatização das regras presentes na atividade do cuidado, um diálogo necessariamente coletivo. Barros, ainda alerta, *“não se trata de negar o componente de expropriação presente no trabalho, nem afirmar que o trabalho seja puramente inventivo, mas afirmá-lo como um drama (...)”*, pois que implica escolhas (2007:119). Dessa forma, sem reflexão o cuidado em saúde não se efetiva.

*“A realidade vivida nos locais de trabalho coloca problemas que forçam a pensar e construir jeitos de operar. É no mergulho na complexidade dos processos*

---

<sup>20</sup> Expressão utilizada por Schwartz para ressaltar que todo trabalho é constituído por normas antecedentes que serão fruto de renormalizações pelo homem na realização de seu trabalho (Schwartz, 2007).

*produzidos no dia-a-dia das práticas em saúde, no que se passa em situação, que se efetivam reflexões/análises das práticas de cuidado”* (Barros, 2007:121).

A autora adverte-nos, ainda, sobre a importância de pensar o trabalho a partir das categorias trazidas por Schwartz, como a *techné* (competência técnica) e *kairós* (aproveitamento das oportunidades). Desse modo, o cuidado não se restringe ao conhecimento formalizado, mas considera a dimensão histórica, singular e as dinâmicas que se efetivam nas situações vividas no cotidiano da atividade.

Barros et al (2006), relata a experiência de pesquisa-intervenção realizada em um hospital federal de Vitória (ES). O trabalho tinha como proposta analisar as articulações entre saúde e trabalho tendo como norteadores os princípios da Política Nacional de Humanização e a concepção de saúde apresentada por Canguilhem. Mais uma vez Barros afirma a indissociabilidade entre atenção e gestão. Para os autores, promover saúde se relaciona, assim, com a possibilidade de os trabalhadores “*poderem ser propositivos, de terem seus saberes sobre o ‘viver-seu-trabalho’ contemplados nas (re)formulações e (re)orientações de trabalho na forma que seus anseios sejam contemplados nos fazeres cotidianos*” (Barros et al, 2006:454).

Barros & Barros, trabalham com a perspectiva da clínica ampliada, como uma convocação de outros modos de funcionamento e diferentes saberes. Retomando as raízes etimológicas da palavra clínica, apontam para clínica como capacidade de acolher, entrar em contato com a diferença, debruçar-se sobre o leito – *linikós*, mas também clínica como operação de desvio – *clinamen*, interferência no movimento para a produção de outros caminhos, criação de outros processos de trabalho. (Barros & Barros, 2007).

A palavra “terapia”, como observa Cecim, tem sua origem na palavra grega *therapéia* que significa “*trato cuidadoso, auxílio que habilite para a cura, guia para autonomia e qualidade de vida, tratamento*” (Ceccim, 2004:261). Com essa afirmação, o autor nos alerta para o trabalho em saúde também como um ato que para além da técnica, implica cuidado, escuta e compromisso com os “*modos de andar a vida*”. Mais adiante o autor complementa sua análise dizendo: “*o que define um profissional de saúde é sua condição objetiva de **assistir**, sua habilitação técnica para a **clínica**, sua profissionalização para o **ato terapêutico**, sua dedicação ao **cuidar***” (Ceccim, 2004:261 – *grifos do autor*). O ato em saúde entendido dessa forma, compreendendo

um projeto terapêutico que visa a integralidade é muito mais complexo do que pode dar conta o recorte de uma disciplina isolada.

Luz (2004) analisa sob a perspectiva da sociologia da cultura as transformações sociais e éticas no mundo do trabalho e na sociedade civil capitalista de hoje e seus efeitos sobre a saúde coletiva e sobre a busca por cuidado em saúde. A autora reafirma a hipótese defendida em trabalhos anteriores de que o capitalismo vive uma crise na *dimensão ética* gerando perda ou a colocação em segundo plano, de valores sociais milenares e a interiorização para as relações sociais de valores de mercado como a competição, sucesso, individualismo, produtividade, lucro, vantagem e consumismo (Luz, 2004, 2003).

Tais valores de mercado fixados no interior dos processos de trabalho incluem todas as categorias profissionais em um esquadramento de suas atividades a fim de torná-las produtivas. Processo que leva à população economicamente ativa um estado de tensão permanente, acarretando um *stress* contínuo à saúde do trabalhador e configurando o local de trabalho no que a autora vai chamar de “*um lugar hostil à vida social e a própria vida individual como totalidade biológica e psíquica*” (Luz, 2004:9). A substituição dos valores sociais e históricos pelos valores da lógica econômico-capitalista gera uma “*ruptura paulatina no tecido social*” e produz “*perdas de sentido culturais*” (Luz, 2004:9). A autora complementa que o processo de interiorização de valores do capital acarreta ainda consequências para o bem-estar das pessoas, tais como sentimento de desamparo, instabilidade, isolamento o que caracteriza uma “*crise sanitária*”.

*“A situação de desconfiança mútua gerada pela competição, e o fato de ‘estar sempre em guarda’ contra o outro, o antigo ‘companheiro’ (...), típica do estado de ânimo individualista, acaba invadindo o mundo do trabalho, pondo em xeque valores e padrões de sociabilidade historicamente geradores de laços sociais e sentidos culturais solidários”* (Luz, 2004:13).

Segundo a autora, a entrada desses valores no interior das práticas laborais são bastante nefastos, contudo, tais efeitos são extrapolados para a vida social. Há perda não só da sociabilidade, como também de sentidos culturais, de pertencimento aos grupo, sentidos relativos ao estar e agir social no mundo.

Concluindo, Luz avalia o crescimento da demanda/busca por cuidados e atenção à saúde e lança a hipótese de que a saúde estaria preenchendo

*“funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos, antes ‘partilhadas’ por outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural. A saúde tornou-se, no mundo capitalista contemporâneo, um depositário de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada. A demanda pela saúde é uma demanda por símbolos, por um universo que está desencantado pela racionalidade econômica do capitalismo (...) Está legitimando situações de cuidado que eram antes assumidas por instituições ou instâncias específicas, como a família, ou a escola, organizações sociais específicas” (Luz, 2004:17 – grifos do autor).*

Merhy (2007) resgata a leitura de Deleuze acerca do corpo sem órgãos e discute questões relativas a produção do cuidado e da clínica em saúde, sobretudo, os desafios para construção do cuidado centrado nas profissões atuais. A sua análise parte da premissa de que hoje os diferentes profissionais da área da saúde voltam seu olhar sobre o campo do cuidado a partir de uma lógica centrada na doença enquanto processo patológico instalado no corpo biológico e assinala as implicações desse olhar como causa de sofrimento individual e coletivo. Essa forma de se olhar vem sendo construída ao longo da história e vem institucionalizando um modo de ver o humano e seu adoecimento. *“Esse processo social, prático e discursivo, quando se institui de maneira hegemônica como modo de se fazer o cuidado em saúde e de se compreender o processo saúde e doença, passa a produzir para si intensa subjetivação nos vários grupos sociais”* (Merhy, 2007:02), bem como vai instituindo um modo medicalizante de operar na sociedade. Essa clínica que o autor chama “do corpo com órgãos” necessita dar nome e endereço as doenças para explicá-las e o médico torna-se o seu “proprietário”.

Como espaços de produção contra-hegemônicas que estão na arena de disputas para a construção de um olhar que não se volta para o produto dado e sim para o processo, o autor destaca dois movimentos. O primeiro, afirma que o corpo é subjetivação, potencialidade e representação de diferentes modos de existência e que a distinção entre normais e anormais é fruto de relações de poder desiguais onde determinada visão se impõe sobre a outra. Este movimento se refere a um outro

paradigma, ético-estético-político, contribuição de Guattari, que implicaria a “*construção de modos de vida pautados pelas relações solidárias e vivificantes dos modos de ser, nos quais as diferenças seriam expressões da vitalidade desejante e não ameaças (...) favorecer a autopoiese do viver solidário nas diferenças*” (Merhy, 2007:04). O segundo movimento é “*disparado de dentro do campo simbólico e imaginário do hegemônico e que vai se construindo nas suas fissuras, nos seus não fazeres, nos seus vazios, nos seus conflitos e contradições (...) atravessando-o por vários focos de interesses a ponto de miná-lo por dentro*” (Merhy, 2007:04).

Nessa perspectiva, abre-se caminho para a disputa por outros desenhos de gestão do cuidado e um novo campo de saber-fazer: a clínica do corpo sem órgãos. O complexo industrial da saúde volta-se não mais para a reabilitação e cura do corpo biológico adoecido e sim para a prevenção de doenças e a prescrição de hábitos saudáveis de vida. É tempo de abertura a um novo mercado consumidor que patologiza os modos de viver a vida e culpabiliza as pessoas por suas escolhas de vida. Esse modo de operar o cuidado em saúde reflete em uma transformação do agir tecnológico em saúde e do papel desempenhado pelo profissional de saúde, bem como o desenvolvimento de seu saber e autonomia decisória. Agora o que se exige do profissional é que ele trabalhe de modo protocolado e articulado com os outros profissionais, uma equipe para gerir o risco do adoecer.

*“a aliança estreita entre fazer uma nova forma de gestão do cuidado para impedir a autonomia do exercício dos trabalhadores de saúde e a clínica sem órgãos, vem reposicionar e produzir de modo mais conservador as estratégias disciplinares dos momentos anteriores. (...) Vem agregar estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si”* (Merhy, 2007:07).

Hoje, o foco passa a ser a possibilidade de normatizar a vida de forma a produzir um determinado modo de vida “saudável” e protocolar. “*Indivíduos ilhas como unidades de cidadania e não coletivos e indivíduos em relações intercessoras*” (Merhy, 2007:09). O autor ainda nos alerta para entender essa disputa como agenciamentos que produzem significados de maneira intencional de acordo com os interesses de determinados atores sociais que detêm poder, contudo, há capilaridade nesses agenciamentos que propiciam que disputamos outros sentidos e, por isso mesmo, outras

práticas, exercitar em nós um fazer anti-capitalístico, contra-hegemônico e produtor da diferença.

Cabe aqui uma questão: existe clínica sem terapêutica? Existe clínica sem estar comprometida com a finalidade de curar, sem pretensão de direcionar um determinado modo de conduzir a vida, uma vida normatizada? Acredito que o cuidado não pode ser reduzido a clínica, uma vez que é lugar de encontro, de afecção e desterritorialização. Principalmente, se pensarmos uma clínica que continua ditando modos de existência. O autor dá pistas para responder a pergunta que ele mesmo propôs:

*“há no campo das práticas sociais linhas de fuga que vão além do território da própria clínica (...) a construção de relações sociais que possibilita a construção de convivência cidadã com a diferença, coloca a construção do cuidado muito além do próprio campo tecnológico mais comprometido onde ele opera no campo da saúde, como que vazando esse platô de ação para outros campos de práticas sociais, como a política, por exemplo”* (Merhy, 2007:12).

Em outro trabalho, Merhy (2008) nos diz que a prática clínica consiste em um campo de ações que se nutre de teorias ferramentas e *“isso faz do campo da clínica um lugar habitado por muitas clínicas possíveis, com distintas eficácias, que só têm sentido no campo do trabalho vivo em ato, nas suas relações intercessoras”* (Merhy, 2008:01). Se a clínica se dá na produção de encontro deve ser encarada como uma oferta e não como uma receita, é preciso alimentá-la com outras possibilidades.

No início do texto *“A ética do Cuidado de Si como prática da liberdade”*, Foucault vai afirmar o cuidado e a ética enquanto prática de liberdade. *“A liberdade é a condição ontológica da ética”* (Foucault, 2004:267). Para justificar tal afirmação, vai resgatar a cultura greco-romana e o modo como a ética era pensada enquanto liberdade individual. Para exercer sua liberdade, o sujeito deveria realizar um exercício sobre si mesmo, buscando transformar-se e alcançar um certo modo de ser. A esse exercício Foucault chama de *“cuidado de si”*, e para tal era preciso autoconhecimento – conhecer seus desejos, impulsos, paixões – , mas também conhecer certas regras de conduta e prescrições para a vida social. Segundo o autor, para *“praticar adequadamente a liberdade era necessário ocupar de si mesmo”*. (Foucault, 2004:268 *grifos meus*). Vale destacar que aí o autor aproxima os conceitos de cuidado e ocupação.

Foucault afirma que a prática de liberdade é mais do que um processo de liberação, já que não se trata da definição de um conjunto de práticas de determinada sociedade deve seguir e sim de um cuidado de si. Com isso ele marca a diferença entre os movimentos de liberação sexual e cultural, por exemplo, ocorridos na história e o conceito que traça de prática de liberdade.

Na *polis* grega, o *êthos* dizia sobre a maneira do sujeito se conduzir no mundo, seus hábitos e a maneira como responde aos acontecimentos de forma visível aos outros. “*Os gregos problematizavam efetivamente sua liberdade e a liberdade do indivíduo, como um problema ético*” (Foucault, 2004:270). Dessa forma, a maneira como o sujeito lidava com seus anseios, hábitos, dominava seus apetites, seus desejos e suas relações com o outro e com o mundo eram o reflexo da ética do sujeito e da sua própria prática de liberdade.

Do mesmo modo, o autor alerta para o fato de *o cuidado de si* utilizar um certo conjunto de verdades para se constituir, e portanto, a ética também se une a este mesmo discurso da verdade. As práticas de si moldam-se por um certo modelo moral prescritivo de verdade, da mesma maneira como os dispositivos disciplinares e as técnicas de dominação moldam os sujeitos.

Outra dimensão importante abordada por Foucault é a política. A liberdade está inteiramente vinculada a política, já que ser livre significa cuidar de si, no sentido de não ser escravo de seus apetites, controlar/dominar seus impulsos, mas também significa cuidar do outro, pois que implica estabelecer relações complexas com o outro, sendo assim, um princípio ético capaz de conduzir o homem adequadamente em relação aos outros.

Seguindo a leitura de Foucault, parece haver uma dimensão ativa do cuidado quando esta se coloca como um convite a nos situarmos no mundo. Ela aponta para um certo modo de cuidado que só é possível a partir do afastamento de um juízo de verdade, um exercício ético feito *na polis*. O cuidado, dessa forma, é necessariamente atravessado e regulado pelo outro. Nas palavras de Foucault, “*me interessa de fato pela maneira com a qual o sujeito se constitui de uma maneira ativa, através das práticas de si, essas práticas não são, entretanto, alguma coisa que o próprio sujeito invente. São esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, imposto por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social*” (Foucault, 2004:276).

Foucault chama a nossa atenção para o fato de que o poder existe em qualquer tipo de relação entre homens. “*Não pode haver sociedade sem relações de poder*”, mas é possível constituir relações de poder baseadas em práticas de liberdade e não de dominação. Para que as práticas de poder baseadas em liberdade se efetivem é fundamental que os sujeitos em relação sejam livres. “*Se um dos dois estiver completamente a disposição do outro e se tornar sua coisa, um objeto sobre o qual ele possa exercer uma violência infinita e ilimitada, não haverá relações de poder (...) Isso significa que nas relações de poder, há necessariamente possibilidade de resistência.*” (Foucault, 2004:276-277)

Vale ressaltar a observação de Foucault a respeito dos “múltiplos jogos de verdade”. Para o autor, o uso do termo no plural remete a idéia de não existir uma definição fechada e única acerca do conceito. “*Sempre há possibilidade, em determinado jogo de verdade, de descobrir alguma coisa diferente e de mudar mais ou menos tal ou tal regra*”. (Foucault, 2004:283).

Retomando alguns conceitos rapidamente introduzidos acima por Foucault, o sujeito ético da saúde que exerce práticas de liberdade, parece ser aquele que age no mundo como alguém que não se sujeita a tutela do especialista, que abre campos de negociação com o usuário a partir de um diálogo sem ignorar o jogo de verdade e poder aí presentes, mas que não faz deles um ato de dominação e sim permite a liberdade e a circulação da palavra, onde os lugares não se mantêm enrijecidos. Cuidar eticamente é entender o seu lugar e o lugar que o outro ocupa no mundo e entender que o outro necessariamente nos atravessa. E ainda, o sujeito ético na saúde entende que os múltiplos jogos de verdade podem ser transformados e se embrenha em uma luta ético-estético-política para modificar processos de trabalho endurecidos, as formas instituídas e busca outras maneiras de produzir saúde que sejam constituídas por práticas mais cuidadoras e integrais.

O cuidado se produz em um espaço intercessor que se constrói no protagonismo de trabalhadores e usuários, portanto, sempre variável e mutante. Por esse motivo, mesmo, é avesso à pretensão de controle e às tentativas de predizê-lo ou prescrevê-lo. O cuidado transborda as definições fechadas sobre o modo “mais correto” de se produzir atuações que contribuam para o aumento da autonomia das pessoas na construção do seu próprio cuidado.

## 5. CAMINHOS METODOLÓGICOS

A investigação inscreve-se na linha da pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa, de acordo com Peduzzi (1998), se coloca como “*alternativa metodológica, à medida que reconhece a subjetividade como parte integrante do fenômeno social e possibilita, pelo rigor no uso do instrumental teórico e técnico adequado, a objetivação do processo de investigação*” (1998:89).

Embora o presente estudo não se proponha a realizar, no sentido estrito, uma pesquisa-intervenção, até porque a demanda pela investigação parte inicialmente da investigadora e não dos grupos ou da organização pesquisada, a perspectiva institucionalista é uma das lentes a serem utilizadas, na medida em que, vinculada à interrogação dos múltiplos sentidos cristalizados nas instituições, aprisionados nos rituais que bloqueiam os processos de mudança. Inscreve-se na matriz teórica da abordagem clínica das organizações, igualmente compartilhada pela Psicossociologia Francesa.

A pesquisa-intervenção apresenta dois momentos que se atravessam: o campo de análise, que é o momento da produção teórica que olha para o cotidiano e coloca em discussão as representações teórico-práticas e o campo de intervenção que para além da explicação dos fatos, parte de uma análise coletiva, produto de uma visão implicada dos vários agentes envolvidos pensando os efeitos de suas práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas.

Desse modo, critica o estatuto da verdade, interpelando o poder das teorias, das organizações e das formas constituídas no que tange ao conhecimento e às relações sócio-institucionais, frente à realidade complexa e diferenciada que nos é apresentada. A pesquisa-intervenção, por sua ação crítica e implicativa, amplia as condições de um trabalho compartilhado.

A intervenção está associada à construção e/ou utilização de analisadores, conceito-ferramenta formulado no percurso do institucionalismo francês, que funcionam como catalizadores de sentido, desnaturalizando o existente, suas condições e provocando análise.

*“Grande parte das questões que bloqueiam a processualidade das práticas de formação nas quais nos inserimos estão presentes nas instituições universitárias, entre as quais a atualização de modelos universais, a naturalização da realidade social, o especialismo cientificista, traduzidos em um conjunto de técnicas a serem aplicadas. A pesquisa-intervenção vem viabilizando trabalhos de campo que colocam em análise as instituições que determinam a realidade sócio-política e os suportes teórico-técnicos, construídos no território educacional. Não há, portanto, o que ser revelado, descoberto ou interpretado, mas criado” (Rocha e Aguiar, 2003).*

Através da abordagem micropolítica das produções coletivas, há o reconhecimento de que a realidade resiste às tentativas de captura e os modelos formulados a priori e circunscritos que não conseguem explicar as diversidades do real, oferecendo-nos o desafio de uma teorização permanente.

A construção de mapas do cotidiano, uma aproximação da idéias de cartografia brilhantemente desenvolvida por Rolnik (Guattari & Rolnik 1985; Rolnik 2007), também aparece como ferramenta potente para a construção do percurso de análise do campo. O olhar do observador participante, muitas vezes se deixa aprisionar pelo que é instituído, organograma, fluxos estruturados, normas e padrões de funcionamento. A mudança de foco do olhar pode proporcionar uma outra percepção, fluxos de intensidade, outro campo de visibilidade sobre as relações no espaço de produção e nos processos de trabalho do serviço de saúde estudado. *“Utilizar a cartografia como método de análise, impõe tomar a realidade na sua dinâmica cotidiana”* (Franco e Merhy, 2007:05). Dito de outra forma, a função do cartógrafo é:

*“dar língua aos 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 parecem elementos possíveis para a composição das cartografia que se fazem necessárias. O cartógrafo é, antes de tudo, um antropófago”* (Rolnik, 2007:23).

O cartógrafo se deixa afetar pela realidade cotidiana o que faz com que ative a sensibilidade do seu corpo vibrátil a fim de perceber as intensidades e os ritmos presentes no processo de produção dos sujeitos no trabalho vivo em ato. Concordamos com Franco e Merhy (2007) quando afirmam que a realidade não se estrutura de forma

congelada e sim enquanto processo dinâmico que é atravessado por múltiplos interesses, *“tanto quantos os sujeitos que interagem na atividade que lhe dá vida (...) intervenção que tem por base registros da sua singularidade, que diz respeito ao modo específico de estar no mundo, que o movimenta para produzir o cuidado de certa forma e não de outra”* (2007:06).

As cartografias dos processos de trabalho devem dar visibilidade as produções subjetivas que atravessam o território, as relações de cuidado e descuido, o inesperado, os desvios e estranhamentos, as singularidades e o devir em ato. Os autores problematizam a realidade ao nos dizer que *“o complexo mundo do trabalho não é lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmistificar a idéia de que o ambiente de trabalho é harmonioso em si mesmo”* (Franco e Merhy, 2007:09). Como ferramentas de trabalho, o cartógrafo utiliza tudo o que lhe permita observar de modo a manter ativa sua sensibilidade vibrátil e que contribua para análise da mesma. O contato com o outro no campo produz efeitos que só um cartógrafo pode trazer para a cena, entrar nesse campo exposto e “ver” os efeitos produzidos no ato mesmo do encontro.

Nesta perspectiva, uma ferramenta metodológica importante adotada é o diário de campo. Neste são registradas as informações relativas a todas as experiências e relações estabelecidas pelo pesquisador. A experiência de utilizar esse instrumento no processo de análise do pesquisador aponta para implicação do mesmo e de seu núcleo analítico com a realidade pesquisada, na medida em que trata de um registro daquilo que apareceu como mais significativo sob o olhar daquele determinado pesquisador. O diário é um recurso interessante já que ao ser lido várias vezes e permite novas interpretações e releituras outras, nos leva em direção à uma nova compreensão do cotidiano e à reflexão sobre a realidade vivida. Muitas das vezes, é na releitura que encontramos algo que nos escapou da primeira vez, mas que é profundamente interessante de ser analisado.

Da mesma forma, a utilização do conceito-ferramenta *“analísadores”* como instrumento que aponta para as intensificações dos fatos do cotidiano através daquilo que provoca rupturas, decompõe, gerando análises, desnaturalizando procedimentos, crenças, padrões naturalizados. Conflitos e tensões são índices das diferenças que buscam ganhar expressão em meio às representações e modelos hegemônicos atualizados nas práticas, nas regularidades que compõem a dita normalidade e o suposto

equilíbrio dos processos cotidianos. São, portanto, possibilidade de mudança, pois evidenciam que algo não se ajusta, está fora da ordem, transborda os modelos, dispositivos e fazem falar e agir.

De acordo com a abordagem da Psicossociologia Francesa, os sujeitos se ligam às instituições não apenas através dos vínculos materiais, mas, sobretudo por meio de vínculos afetivos e imaginários (Sá, 2005; Azevedo et al, 2002). Desse modo, Enriquez (1997) observa dois processos que coexistem no imaginário das organizações. O primeiro como agente facilitador da criatividade, introduz a diferença, o questionamento, as mudanças, a produção de rupturas e onde predomina a autonomia dos sujeitos, denominado “*imaginário motor*”. O segundo, está associado a repetição, a representação de uma organização que parece garantir proteção e estabilidade ao sujeito e acaba por aprisioná-lo a um “*imaginário enganoso*”. O conceito de imaginário vem da obra de Cornélius Castoriadis<sup>21</sup> o imaginário é fundante do pensamento, instituinte do sentido e também cria espaço para a indeterminação do sujeito e da sociedade. A sociedade é entendida como instituições de diversas formas socio-históricas, instituintes do sujeito e do seu coletivo. “*Para Castoriadis, o homem, individual ou coletivo, faz-se através do social-histórico como criação sempre inacabada da realidade*” (Giust-Desprairies, 2002).

A Psicossociologia é uma vertente da Psicologia Social cujo interesse voltou-se para abordagem dos sujeitos em situações cotidianas, realidades concretas e inseridos nos grupos e organizações que pertenciam, utilizando inicialmente a metodologia da pesquisa-ação. Pressupõe a implicação recíproca entre pesquisa e intervenção (Sá, 2005).

*“A partir dos anos 50, os psicossociólogos desenvolveram a ‘intervenção psicossociológica’, abandonando definitivamente algumas práticas da pesquisa-ação que estudavam grupos artificiais e também alguns métodos em que as decisões eram tomadas unilateralmente pelo pesquisador. A questão da mudança, nos grupos e organizações, e a problemática dos processos conscientes e inconscientes que aí atuavam passam a ser centrais, nos anos 50, 60 e 70, e o psicossociólogo passa a ter o papel de um pesquisador-interventor, respondendo a uma demanda e adotando uma posição de analista” (Sá, 2005: 95).*

---

<sup>21</sup> Ver Castoriadis C. A Instituição Imaginária da Sociedade. Reynaud G. Trad. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

A abordagem clínica se insere no reconhecimento da complexidade do real e das formas de conhecimento possíveis e valoriza as modalidades de conhecimento intersubjetivas, compreensivas e descritivas. A abordagem é clínica, pois que se debruça sobre o sofrimento e a produção de sentido pelos sujeitos nas organizações.

Dessa forma, abordar os processos ocorridos no interior das organizações a partir de uma perspectiva clínica significa incluir o sofrimento e a produção de sentido para o centro da análise. Contudo, não quer dizer a exclusão das determinações históricas e sociais na análise dos grupos e coletividades e sim, entende os processos organizacionais como lugar onde se dá a conjunção entre a história dos grupos/coletividades e dos indivíduos que os compõem (Sá, 2005).

Trabalhar numa perspectiva clínica de investigação e intervenção nas organizações implica “(...) *reconhecer, em toda a sua complexidade, as diversas dimensões do fenômeno organizacional*” (Lèvy, 2001:13). Pressupõe que o clínico/pesquisador se desloque fisicamente no “espaço” do outro, mas também, implica em um esforço para escutar e tentar compreender no outro a busca de sentido para suas condutas e para os acontecimentos que tecem sua história, além de se manter acessível ao inesperado, não enquadrando a realidade ao já conhecido e não ignorando aquilo que não se enquadra nos modelos (Lèvy, 2001).

Reconhece a clínica como uma relação assimétrica posto que implica em uma relação de poder, contudo possui um caráter dissimétrico já que há um espelho já que reflete a face de dois semelhantes, sujeitos suscetíveis as mesmas angústias, desejos e sofrimento (Barrus-Michel, 2002).

“*A clínica supõe um espaço, ele mesmo posto em questão nos seus próprios limites (O que é que instaura? O que é que infere?), um dispositivo em que se opera uma outra escuta-leitura*” (Barrus-Michel, 2002:245). A clínica se insere em uma perspectiva de acompanhamento ou condução de mudança e intervêm sempre na experiência dos sujeitos em situação.

A Abordagem Clínica Psicossociológica trata da abordagem de um sujeito ou de um conjunto de sujeitos reunidos em um grupo ou organização, às voltas com um sofrimento, uma crise, a busca de um sentido. Compreende o sujeito como totalidade que só se realiza em uma experiência singular e em um dado momento histórico, Portanto, trata-se de uma construção sempre provisória (Sá, 2007).

O trabalho de construção de sentido é o resultado de um diálogo, através do qual o clínico (pesquisador) provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores sociais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles (Lèvy, 2001). A abordagem clínica pressupõe, por parte do clínico/pesquisador, estar aberto ao inverossímil, ao inesperado, evitando reduzir a realidade ao já conhecido ou rejeitá-la e entende a implicação como acesso à análise. (Sá, 2007).

### **5.1 Desenho do Estudo**

O presente projeto pretende realizar um estudo de caso único. De acordo com a classificação adotada por Contandriopoulos et al (1999), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa do tipo sintética na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma unidade de análise. “*A observação do caso se faz pelo interior (...) O potencial explicativo decorre, então, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades de análise estudadas*” (1999: 40).

No campo das ciências sociais, segundo Deslandes e Gomes (2004), o caso típico não é um indivíduo, mas uma organização, uma prática social ou uma comunidade, em geral estudadas a partir de observação participante e entrevistas. Vale apontar a singularidade do estudo das práticas sociais já que não é possível encontrar repetição dos acontecimentos e, tampouco ter a pretensão de reproduzir os resultados encontrados.

A pesquisa foi realizada em unidade de saúde da família da rede básica do município de Nova Iguaçu, escolhida de acordo com alguns critérios desejáveis, tais como: a equipe deveria estar completa, ou seja, com todos os profissionais que compõem a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), ser responsável por no máximo 4.000 habitantes cadastrados, sendo a média recomendada de 3.000 por equipe, ter permanência de pelo menos 6 meses de trabalho com os mesmos profissionais, a unidade deve estar localizada de modo a facilitar o acesso de seus usuários e ter características similares aos demais unidades de saúde da família existentes no município.

Em primeiro lugar foi realizado um breve estudo exploratório da unidade escolhida para posteriormente decidir as formas de acompanhamento das equipes

estudadas, tendo como princípio me deixar afetar pela realidade de trabalho e cotidiano da unidade, estando atenta aos espaços coletivos e aos enfrentamentos diários da equipe. O estudo exploratório foi composto por visitas aos diversos serviços da unidade a fim de conhecer os espaços e a organização do trabalho dos diferentes profissionais que ali habitam, com conversas informais com profissionais da equipe sobre a unidade e suas atividades, conversas com a coordenação da unidade, além de observação das relações entre os integrantes das equipes de trabalho.

A pesquisa propriamente foi realizada por meio de entrevistas com os profissionais de saúde, observação participante do cotidiano de trabalho dos profissionais, das visitas domiciliares, reuniões de equipe e espaços coletivos de circulação de profissionais e usuários na unidade e a realização de marcação de exames e consultas especializadas encaminhadas pelos médicos da unidade para outros serviços de atenção especializada da rede de saúde do município.

A observação participante pressupõe diminuição da distância entre pesquisador/pesquisado, dela participam as pessoas envolvidas no “problema” pesquisado, assumindo que têm papel dentro da pesquisa, da mesma forma que implica o pesquisador evidenciando a sua não neutralidade (Tobar & Yalour, 2001:74).

A observação participante é uma forma de investigação científica que busca investigar a vida das coletividades na sua diversidade qualitativa e em seu cotidiano. Neste sentido, a pesquisa também apresenta como preocupação norteadora do seu processo a reflexão sobre o desenvolvimento de uma metodologia de investigação que possa ultrapassar as bases e limites da ciência positivista, trazendo a discussão questões como as relações do pesquisador com os sujeitos pesquisados, neutralidade, objetividade, com a perspectiva de desconstrução do lugar de especialista e das relações de assistência que algumas categorias profissionais, como o psicólogo, por exemplo, historicamente estabeleceu com o exercício da profissão.

*“A maneira mais pertinente de observar é tendo claro que a presença do observador é parte do evento observado. Torna-se necessário, portanto, avaliar os efeitos desta presença no próprio evento, tendo sempre em mente que muitas ações observadas podem ter sido geradas pela própria presença do observador” (Víctora et al, 2000:63).*

A observação participante, como uma técnica de pesquisa qualitativa, traz uma dualidade que se “*traduz na necessidade do pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado*” (Víctora et al, 2000:62 – *grifos do autor*). Dessa forma, se constitui importante método de pesquisa em situações em que a interação do pesquisador com seu objeto é inevitável.

O aprimoramento de metodologias de pesquisa qualitativa vem possibilitando uma compreensão e análise da multireferencialidade, transversalidade e complexidade que cada vez mais constituem as relações de trabalho e saúde. A opção pela observação participante, enquanto um modo de pesquisa participativa, é uma tentativa de aproximação importante com a singularidade das experiências locais, articulando com olhar crítico, as micropolíticas do cotidiano com a dimensão mais ampla produzida pelo contexto sócio-histórico. Cruz Neto nos fala que a importância dessa técnica “*reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real*”.

O presente Projeto de Pesquisa foi conduzido para análise ao Comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ que tem o papel de verificar se o estudo descrito respeita as regras éticas, tendo sido aprovado em 18 de junho de 2009 sob o parecer CAAE:0108.0.031.000-09. Portanto, o início da coleta de dados ocorreu somente após aprovação do projeto neste Comitê. Fez parte do protocolo de pesquisa o Termo de Compromisso e Livre Esclarecido – segundo a resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – sendo apresentado aos envolvidos no estudo juntamente com a apresentação dos objetivos da pesquisa.

A pesquisa utilizou informações obtidas por meio de entrevistas com profissionais de saúde e observação de campo. Os dados foram utilizados somente de acordo com os objetivos da pesquisa e após autorização das pessoas envolvidas no estudo, mantendo a confidencialidade das informações relatadas e com garantia de sigilo dos sujeitos pesquisados.

Da mesma forma, foi garantida a liberdade de participação dos sujeitos. A participação no estudo não foi obrigatória e a qualquer momento os participantes poderiam desistir e retirar seu consentimento. Foi dito aos sujeitos da pesquisa que a

participação dos mesmos não traria nenhum benefício individual e também qualquer prejuízo em seus trabalhos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na forma de dissertação de mestrado acadêmico em saúde pública pela ENSP/FIOCRUZ, artigos e trabalhos publicados em eventos científicos.

Todos os nomes aqui descritos são fictícios com a finalidade de proteger a identificação dos participantes da pesquisa. Os roteiros utilizados nas entrevistas estão em anexo e foram encarados apenas como um guia para o entrevistador sendo incluídas perguntas oportunas ao longo do encontro de acordo com o desenvolvimento das respostas.

#### *5.1.1 A construção de uma escolha*

Como critério de escolha da unidade, algumas características das equipes foram consideradas desejáveis, tais como: deveriam estar com todos os profissionais que compõem a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde); cada equipe deveria ser responsável por no máximo 4.000 habitantes cadastrados, sendo a média recomendada pelo MS de 3.000 por equipe; cada equipe deveria contar com os mesmos profissionais por no mínimo um ano; a unidade de saúde deveria estar localizada de modo a facilitar o acesso de seus usuários e ter características similares às demais unidades de saúde da família existentes no município.

A proposta inicial era entrevistar todos os profissionais das três equipes, selecionando dois entre os seis ACSs de cada equipe. Contudo, devido ao desfalque no grupo de profissionais – gerado pelo término da cooperativa que discutido ao longo do trabalho –, o conjunto de entrevistados foi: Equipe azul = médico, enfermeiro, odontólogo e 2 ACS; Equipe verde = médico, enfermeiro, odontólogo e 2 ACS e Equipe amarela = médico, e 2 ACS; totalizando 13 profissionais entrevistados.

Segue abaixo a tabela descrevendo o perfil dos profissionais entrevistados:

**Quadro 1 – Perfil das equipes, segundo sexo. Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2009.**

Perfil dos profissionais	Idade	Sexo	Experiência PSF	Formação Escolaridade	Curso Introdutório	Especialização/ cursos SF ou SC
<b>Equipe azul</b>						
Médico	70	F	7 anos	GO	Sim	Capacitação em SF
Enfermeiro	32	F	7 anos	Esp Obstetrícia	Não	Esp em SF/ UFF
ACS1	35	M	5 anos	8º série	Sim	Humanização SB ...
ACS2	48	M	9 anos	2º grau	Sim	Humanização, SB
Odontólogo	47	F	15 meses	Odonto	Não	ESP PSF cursando
<b>Equipe verde</b>						
Médico	74	M	5 anos	Pediatria e Pneumo	Não	Residência HSE Tuberculose ...
Enfermeiro	62	F	6 anos	Enf	Não	Esp SP e PSF
ACS1	25	F	5 anos	Téc informática	Sim	Hanseníase Família fortificada...
ACS2	37	F	7 anos	1º grau	Sim	DST...
Odontólogo	35	F	3 anos	ortodontia fixa	Não	Esp em SF
<b>Equipe amarela</b>						
Médico	52	M	7 anos	Pediatria	Sim	Esp em SF Hanseníase ...
ACS1	45	F	9 anos	Ensino médio	Sim	Tuberculose, hanseníase, DST...
ACS2	31	F	6 anos	Formação de professora	Sim	Tuberculose, hanseníase ...

Fonte: Unidade Saúde da Família NO. Nova Iguaçu, 2009.

O instrumento metodológico utilizado para descrever esta experimentação é o diário de campo, após cada dia de observação, os principais acontecimentos eram descritos e analisados durante esse processo. Tal procedimento auxilia identificação de analisadores que são fundamentais na formulação de perguntas, produz questionamentos numa realidade até então imóvel. *“O analisador não produz necessariamente soluções; não existe para ministrar receitas ou indicar o caminho que se deva seguir: as lições provocadas pelo acontecimento analisador são da ordem do questionamento, da desrealização do real (já dado)”* (Athayde, 1992:158). Aqui, a possibilidade de viver conflitos é entendida como parte inerente da prática cotidiana (profissional ou não) e deve ser problematizada de maneira a produzir linhas de fuga, enfrentamentos aos problemas, levando a saídas antes impensadas.

A observação participante teve duração de três meses e meio, com visitas à unidade em dois ou três turnos na semana e acompanhamento dos diversos espaços de

circulação de pessoas na unidade, tais como: sala de espera, farmácia, setor de marcação de consultas e exames, sala de curativos, consulta médica, sala dos ACS, consulta do enfermeiro, VD, SB, SM, palestras internas, atividades externas, entre outros.

## ***5.2 Análise das Implicações do Observador***

Como dito na apresentação, muito influenciada pela minha trajetória profissional, possuo uma afinidade com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), com a criação da Estratégia saúde da Família como política estruturante do sistema de atenção à saúde e ordenadora da rede de serviços, bem como a defesa do SUS e de seus preceitos de equidade, direito à saúde, universalidade e integralidade. Com isso, aponto para a visão romântica construída ao longo da minha formação que pode, por muitas vezes, encobrir os pontos de amarração ou emperramento contidos nos atravessamentos cotidianos e mesmo, na execução prática da própria política, nem sempre tão bem desenvolvida como acreditamos.

No final do mês de abril, participei de um processo seletivo e ingressei na Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas, na função de Assessoria Técnica da Secretária Adjunta. Tal condição me motivou a escolher o município para a realização deste trabalho de campo. O ingresso em uma unidade de saúde da família, como campo de observação, ao mesmo tempo em que me apresento como representante do nível central da gestão da Atenção Básica – ainda que não vinculada diretamente ao Departamento de Saúde da Família – foi geradora de desconfiança e incertezas quanto o meu objetivo na unidade. Tal posição foi debatida em equipe durante a apresentação da proposta do estudo e inúmeras vezes desconstruída ao longo do desenvolvimento do trabalho, contudo ganha status de potente analisador na construção do meu percurso na unidade. Corria o risco permanente de ser encarada como uma supervisora, com intuito de controlar, policiar e fiscalizar o trabalho na unidade.

Por fim, o lugar de onde eu falo carrega também uma história de formação no campo “psi”, que apesar de, em minha avaliação não ser o principal analisador em questão, não pode ser desprezado. Historicamente, a psicologia olhou a vida em sociedade encarando-a como problemas privados e a resistência à mudança como aspecto a ser entendido somente no âmbito dos conflitos psicológicos, necessitando um especialista para interpretar a realidade. Nós profissionais “psi” supostamente saberíamos o que é melhor pra alguém, como melhorar os conflitos familiares, resolver as tensões do

ambiente de trabalho, fazer as pessoas trabalhar em equipe, invalidando outros saberes. No entanto, a vida é um pouco mais complexa que isso, e não se apresenta com tanta linearidade, ou seja, tudo aquilo que nosso próprio referencial teórico ensinara a avaliar criticamente. Este lugar, que muitas vezes nos colocamos, também é um lugar que imperativamente somos colocados e assim como é preciso estar atento as nossas expectativas e implicações, faz-se indispensável considerar as projeções que o outro faz de nós e suas perspectivas.

## **6. O MUNICÍPIO E A REDE DE SAÚDE**

### **6.1 O Município<sup>22</sup>**

Nova Iguaçu é um município do estado do Rio de Janeiro, situado na região da Baixada Fluminense, com população estimada de 830.672 habitantes (IBGE, 2007). Nova Iguaçu está localizado na Baixada Fluminense, região integrada por 13 municípios na Área Metropolitana do Rio de Janeiro. Limita-se com Miguel Pereira (ao norte), Duque de Caxias (nordeste), Japeri (noroeste), Rio de Janeiro (sul), Mesquita (sudeste), Seropédica (sudoeste), Belford Roxo (leste) e Queimados (oeste). O município situa-se na região mais importante econômica e financeiramente do estado do Rio de Janeiro, a denominada Região Metropolitana. É o maior município da Baixada em extensão territorial (11,1% da Área Metropolitana). Tem alta densidade demográfica, 1.449,60 hab/km<sup>2</sup> – bem acima da média do estado, que é de 328,08.

A população é majoritariamente feminina (51,5%), jovem (média de 28,76 anos de idade), formada por pretos e pardos (55%). A renda per capita é de R\$ 237,50 e o IDH-M para o ano de 2000 foi de 0,762 (O IDH-M do Estado do Rio de Janeiro para o mesmo ano foi de 0,807) (PNUD, 2010). Ocupa a 45<sup>a</sup> colocação no ranking estadual em índice de Desenvolvimento Humano, entre 91 municípios do estado, com índice tido como de médio desenvolvimento humano.

O território de Nova Iguaçu é de 524,04 km<sup>2</sup> de área, com mais de um terço coberto por florestas – vegetação de mata atlântica. 67% são áreas de proteção ambiental. Abriga importantes áreas de preservação ambiental e uma generosa bacia hidrográfica, tendo como principais rios o Iguaçu e o Guandu.

Conta com indústria e comércio desenvolvidos, 300km de rodovias (federais, estaduais e municipais) e se situa às margens da mais importante rodovia do país – a Presidente Dutra, que liga o Rio de Janeiro à São Paulo – e nas proximidades do Porto de Sepetiba.

O PIB, medido pelo IBGE em 2005, era de cinco bilhões e 764,270 milhões de reais – o sexto do estado do Rio. Per capita, o PIB era de 6.937,36 mil reais.

---

<sup>22</sup> Descrição complementada por informações do site da prefeitura  
<http://www.novaiguacu.rj.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=22>

O município de Nova Iguaçu está, administrativamente, dividido em nove Unidades Regionais de Governo (URGs), subdivididas em bairros. As URGs foram criadas para oferecer serviços à população, descentralizando, assim, alguns serviços rotineiros realizados apenas no centro da cidade.

## **6.2 O sistema municipal de saúde de Nova Iguaçu**<sup>23</sup>

O município é considerado referência regional na área da saúde, concentrando quantidade expressiva de serviços de média e alta complexidade, constituindo-se pólo regional de saúde do estado, uma vez que atende usuários de diversos municípios da baixada fluminense.

A atual rede de saúde de Nova Iguaçu (2009) se constitui de 58 Unidades Básicas de saúde: 21 no modelo de atenção básica tradicional, 34 Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (total de 59 equipes), 03 Postos de Saúde com clínicas básicas. Ainda faz parte da rede básica: 01 Centro de Especialidades Odontológicas; a rede de saúde mental<sup>24</sup>, que é composta por 01 CAPS III, 01 CAPSi, 01 CAPS Álcool e Drogas, 03 Ambulatórios de Saúde Mental, 02 Emergências Psiquiátricas e 03 residências terapêuticas. A rede de atenção especializada é formada por 03 Unidades: 01 Centro de Saúde, 01 Policlínica Geral, 01 Centro de Apoio e Valorização da Mulher. Quatro Unidades Mistas, 01 Unidade de Pronto Atendimento vinculada ao Estado (UPA), estão vinculados a rede de atenção à urgência e emergência. O município conta ainda com 01 Centro de Saúde do Trabalhador; 01 Maternidade (Mariana Bulhões) e 01 Hospital Geral de referência (Hospital da Posse), bem como uma rede complementar privada. Tal estrutura comporta cerca de 3 mil funcionários, entre estatutários, temporários e cargos comissionados. O sistema local de saúde parece ser uma mistura

---

<sup>23</sup> Descrição complementada por informações do site da prefeitura

<http://www.novaiguacu.rj.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=22>

<sup>24</sup> Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de atenção à saúde mental extra-hospitalares. Constituem-se em serviços de atenção diária e dedicam-se prioritariamente ao “*atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo*” (Brasil, 2004:125). São três modalidades de CAPS presentes no município: CAPS III com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes e atuando como serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; CAPSi que constitui um serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPS ad que é um serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes (Brasil, 2004).

de várias iniciativas não concluídas de gestões anteriores, um mosaico de distintos projetos assistenciais sobrepostos.

Entre as cinco unidades pré-hospitalares fixas, são 04 unidades mistas sob gestão municipal (nas URGs Austin, Miguel Couto, Vila de Cava e KM 32) e uma UPA estadual na URG Cabuçu. As unidades municipais desempenham tanto atendimentos pré-hospitalares de urgência quanto atendimento ambulatorial de baixa e média complexidade.

O Hospital Geral de Nova Iguaçu – HGNI (Hospital da Posse) é um hospital que foi municipalizado e atende à urgência e emergência proveniente da maioria da Baixada Fluminense, sendo 60% dos atendimentos para pacientes de fora de Nova Iguaçu. Possui 320 leitos de internação, distribuídos nas clínicas: médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica, UTI neonatal, com 11 leitos de UTI adulto e 02 maternidades para atendimento a gestante de alto risco. São realizadas em média 400 internações por mês, 31 mil pessoas são atendidas por mês no ambulatório, no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e na emergência, com uma média de 1.200 atendimentos/dia.

A Estratégia Saúde da Família beneficia uma população média de 170 mil habitantes, referente a 22% da população. As unidades com equipes de Saúde Bucal abrangem apenas cerca de 7% cobertura populacional. De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), as unidades com estratégia saúde da família realizaram, em 2008, 410.274 consultas e 66.091 exames; já as Unidades Básicas Tradicionais realizaram 372.288 consultas médicas em clínicas básicas (clínica médica, ginecologia, obstetrícia e gineco-obstetrícia) e 63.362 exames durante o ano de 2008 e 480.259 consultas e 217.267 exames em 2009<sup>25</sup>.

A atenção básica no município é ainda pouco expressiva, a rede de serviços desarticulada, o consumo de serviços de média e alta complexidade é desordenado e se expressa nas longas filas onde a população se depara com inúmeros obstáculos no acesso à marcação de consultas e exames especializados. Esta lógica acaba por penalizar a população com o agravamento de problemas de saúde e prejudica de forma importante a organização do sistema de saúde. A maior parte dos serviços

---

<sup>25</sup> Fonte dos dados: Nota técnica sobre Produção Ambulatorial (Consultas e Exames) de Unidades da Rede Própria de Atenção Básica de Nova Iguaçu/Rj produzida pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da SAABPE. É preciso considerar a possibilidade de erros na entrada dos dados preenchidos pelas unidades de saúde.

especializados é contratada da rede privada e filantrópica e poucos são os instrumentos de avaliação e controle destes serviços.

A maior parte dos profissionais que atua na rede assistencial tem vínculo empregatício precário, levando à alta rotatividade e à baixa qualificação profissional, bem como à institucionalização de jeitinhos, como a prática de não cumprimento de carga horária. A rede assistencial sofre, constantemente, com desabastecimentos e com a falta de manutenção física e de equipamentos. Os processos de gerenciamento e controle de insumos são precários e os processos de aquisição para fornecimento da rede são bastante lentos ou não conseguem se efetivar. (Nova Iguaçu, 2009).

Os serviços de saúde funcionam de forma quase sempre pouco resolutiva. Falta de protocolos assistenciais, não utilização de mecanismos de referência e contra-referência, barreiras de acesso aos serviços e aos medicamentos básicos, levando à peregrinação dos usuários na luta por serviços de saúde.

O controle social no município se caracteriza pela atuação do Conselho Municipal de Saúde. O Conselho é composto por 24 membros titulares e outros 24 suplentes de forma paritária em conformidade com a Lei Federal 8.142 de 28.12.1990 que atuam em Comissões Permanentes e Temáticas.

### ***6.3 A Gestão do Sistema de Saúde e a Gestão da Atenção Básica em Nova Iguaçu***

A atual gestão municipal está em seu segundo mandato. Historicamente, este município, como vários outros municípios da baixada fluminense, sofre inúmeras ingerências políticas. Nova Iguaçu ainda não conseguiu superar essa situação e, a saúde se encontra partilhada entre os poderes locais, clientelismos e disputas políticas. Infelizmente o quadro apresentado é uma realidade ainda freqüente em muitos municípios brasileiros. A complexidade da situação de municípios como Nova Iguaçu se configura também através do fisiologismo político, a corrupção, o clientelismo, o corporativismo das várias categorias profissionais, alguns dos ingredientes produtores das barreiras de acesso aos serviços de saúde, de sua baixa qualidade e resolutividade.

Nos cinco anos de mandato municipal, sob administração do PT, passaram pela saúde sete secretários, tendo um deles ficado responsável pela pasta da saúde e da educação concomitantemente. A esse legado, soma-se a ausência de uma memória institucional na AB, ou seja, falta de processos rotineiros de acompanhamento, controle

e avaliação das ações, ou, minimamente, os registros das principais atividades e propostas de governo para a AB, bem como a ausência de projetos permanentes, levando a descontinuidade dos programas e ações de saúde. (Nova Iguaçu, 2009).

A atual equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) foi composta em março/2009 por um médico, ex-diretor do Hospital Geral de Nova Iguaçu, que assumiu o cargo de Secretário de Saúde, e um grupo de secretários adjuntos, em parte oriundos da gestão do HGNI e em parte integrantes de um quadro técnico vinculado à FIOCRUZ, através da cooperação técnica estabelecida com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

A Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas (SAABPE) foi assumida por uma técnica que integra o conjunto de técnicos cedidos pela FIOCRUZ. Com longa experiência em atenção básica, já ocupou o cargo de Superintendente de Atenção Básica do Estado do RJ e possui uma trajetória importante em outros municípios de São Paulo.

Uma das primeiras ações da Secretária foi a criação de uma estrutura organizacional<sup>26</sup>. Até então a SAABPE não possuía um organograma formalizado, os poucos técnicos que atuavam nesta secretaria não estavam distribuídos de acordo com as suas funções e nem estavam claramente determinadas as atribuições formais de cada técnico. A SAABPE foi, então, reorganizada e subdividida em três grandes blocos de gestão e tem como premissa o desenvolvimento de um trabalho articulado e transversal: Departamento de Saúde da Família, Departamento de Políticas Estratégicas e Coordenação de Apoio Matricial e Logístico.

A definição da estrutura organizacional se deu a partir da incorporação de áreas ligadas a Secretaria Adjunta de Vigilância em Saúde e a recomposição da equipe do nível central, priorizando pessoas com expertise em gestão, e posteriormente a definição das atribuições de cada coordenação e das competências e habilidades dos técnicos de cada área. Algumas alterações institucionais foram necessárias como, por exemplo, a substituição da função de Supervisor das unidades de saúde por Apoiador Institucional com a redefinição de papéis e a criação da Coordenação de Políticas Específicas incorporado ao hall das ações estratégicas, abrangendo questões relacionadas à igualdade racial, contra homofobia (Grupo LGBTTT), assentados e quilombolas.

---

<sup>26</sup> Organograma em anexo

Desde o princípio a SAABPE definiu um modelo de gestão compartilhado e participativo, composto por colegiados em nível central, de colegiados em nível distrital através das rodas de gestão por URGs e visando à implantação em nível local através das rodas de gestão realizadas nas unidades de saúde. Do mesmo modo, foi dado início à articulação com o conselho de saúde municipal e à realização de visitas sistemáticas às unidades.

Em setembro de 2009 houve mudança na SAABPE, que foi assumida pela até então Diretora do Departamento de Saúde da Família. Algumas mudanças na estrutura organizacional foram realizadas, contudo a proposta era dar continuidade aos projetos da gestão anterior, com ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, reorganização do processo de trabalho das equipes e a construção de um novo modelo de gestão da atenção básica para o município, avançando em alguns pontos até então não desenvolvidos plenamente. A Secretaria manteve-se subdividida nos três grandes blocos de gestão: o Departamento de Saúde da Família assumido por uma técnica que já integrava o quadro de gestão da atenção básica na função de coordenação do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), o Departamento de Políticas Estratégicas que continuou sob a direção anterior, e a Coordenação Matricial à Logística de Serviços, ficou sem uma única figura com a função de coordenação e sim duas enfermeiras que respondiam pela área.

No mesmo mês, houve o rompimento do contrato entre a prefeitura de Nova Iguaçu e a cooperativa que regia o trabalho de grande parte dos profissionais das unidades e dos técnicos que integravam a gestão desta SEMUS, através de determinação expressa do Ministério Público. No nível central da SAABPE, apenas duas pessoas eram funcionárias públicas, as demais 65 eram profissionais cooperativados. Soma-se a isso, a extinção do setor de RH da SEMUS, que passa a ser gerido diretamente pela administração municipal, com a promessa de “moralizar” a saúde: enxugar o quadro, fazer cumprir a carga horária, trazer equiparação salarial, entre outros.

O período entre o fim da cooperativa e a convocação do processo seletivo simplificado, realizado pela Prefeitura, foi marcado por grande instabilidade na rede. Muitos profissionais abandonaram seus postos de trabalho. A SAABPE montou algumas estratégias para gerar menor desassistência possível à saúde dos usuários da rede básica: foram convocados todos coordenadores das unidades para que fosse explicada a situação de contratação dos profissionais, a convocação de profissionais

concursados para compor o quadro de funcionários das unidades, e que fossem dadas faltas aos profissionais que não comparecessem à unidade para exercício de suas funções. Em relação ao nível central da SAABPE, foi necessário um enxugamento de pessoal, diminuindo o quantitativo de técnicos e readequando as atribuições de algumas áreas e coordenações da SAABPE.

Outro motivo de grande mobilização dos técnicos da SAABPE, diz respeito à prestação dos serviços em Saúde Mental. Como o processo seletivo simplificado – novo modelo de contratação dos profissionais da saúde – não previu profissionais especializados para atuarem nessa área, a incerteza quanto à continuidade do atendimento foi ainda maior. Acrescenta-se, o fato de que os dispositivos de Saúde Mental encontravam-se, em sua maioria, sem credenciamento e, portanto, não recebiam incentivos financeiros do MS para seu funcionamento. Para reverter esse quadro, foi necessária uma força-tarefa da gestão, incluindo várias áreas técnicas da SAABPE para dar início ao processo de credenciamento junto a Secretaria de Estado do RJ. Ficou definido, ainda, que os dispositivos de SM funcionariam com equipes mínimas até o credenciamento, e ainda houve o fechamento de seis dos nove ambulatórios em SM (dois infantis – incluindo o ambulatório infantil da unidade estudada – e sete adultos: ficaram funcionando três ambulatórios de adulto), permanecendo com duas emergências em SM, os CAPS e as três residências terapêuticas, sendo a reorganização do fluxo de atendimento definida junto aos coordenadores e técnicos das unidades. Vale dizer que após o intenso esforço da equipe, foi possível credenciar o primeiro CAPS III do Estado do Rio, bem como, o CAPSi e o CAPSad e ainda organizar a I Conferência Municipal de Saúde Mental com ampla participação de profissionais, gestores, usuários e representantes da sociedade civil.

### *6.3.1 Proposta do Modelo de Atenção da Rede Básica<sup>27</sup>*

A gestão da SAABPE afirma a Estratégia de Saúde da Família como uma possibilidade de reorientação do modelo assistencial. A partir, principalmente, da implantação de equipes multiprofissionais de saúde, tendo como pilares os preceitos do SUS de universalidade, equidade, integralidade, bem como, operando na lógica da territorialização, adscrição de clientela, promoção e prevenção dos agravos da saúde e o incentivo à participação e organização comunitária e do controle social.

---

<sup>27</sup> Descrição complementada por informações da publicação elaborada pelos técnicos da SAABPE “*Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde Mental*” elaborado pela equipe da SAABPE.

Ao assumir a gestão da SAABPE a equipe encontrou, no âmbito das unidades de saúde de Nova Iguaçu, um vago padrão de organização. No quadro dos profissionais das UBS, era possível encontrar desde as clínicas básicas até médicos especialistas, tais como, neurologista, cardiologista, gastroenterologista, entre outras. O atendimento da rede era desordenado, sem preocupação com a fila de espera, e acolhimento dos usuários, dando espaço a favorecimentos, clientelismos e desassistência. O processo de trabalho estava sem direção e cada equipe se mantinha tentando se equilibrar em meio a tormenta.

Daí a necessidade da reorganização da rede de saúde municipal, cuja lógica de trabalho procurou basear-se na reestruturação da atenção básica a partir de critérios com base populacional, como tentativa de minimizar as distorções supracitadas. Essa reorganização conta ainda com o processo de expansão da ESF – que se tornará a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde – associado à reestruturação do perfil de funcionamento das UBS, bem como pelo atendimento a demanda espontânea remanescente.

Foi criada uma tipologia para as UBS na qual para cada 15 mil habitantes era preciso dois clínicos, um GO e um pediatra, bem como os demais profissionais de saúde. Cada equipe de SF (um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis ACS) em atuação no município se responsabilizaria por 3.500 habitantes. Esse total compreende a soma de população adscrita, além da livre demanda. Em adição ao quantitativo de profissionais recomendado pelo Ministério da Saúde foram incluídos nas equipes do município auxiliares administrativos, auxiliares operacionais e vigias.

Com o objetivo de organizar a oferta de serviços nas Unidades Básicas tradicionais, foi realizado um primeiro diagnóstico situacional para identificar o perfil das unidades e posterior análise quanto à possibilidade de serem transformadas em unidades de SF ou a necessidade manter o perfil da unidade para dar conta da especificidade local.

A partir daí, foi estabelecida uma tipologia para as unidades básicas de saúde. Essa classificação das UBS foi elaborada considerando-se os seguintes critérios: utilização da base populacional máxima de 30.000 habitantes para UBS sem Saúde da Família em grandes centros urbanos; o total de habitantes por bairro e quantitativo de

UBS localizadas em cada bairro do município e a capacidade instalada da unidade, bem como a consideração dos vazios assistenciais na sua área de abrangência.

**Quadro 2 – Tipologia de Unidades Básicas de Saúde, segundo base populacional. Nova Iguaçu (RJ), 2009.**

<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIPO I – ATÉ 15.000 HABITANTES</b>	
<b>PROFISSIONAL</b>	<b>QUANTITATIVO</b>
Clínico geral	2
Pediatra	1
Ginecologista	1
Enfermeiro	2
Técnico de enfermagem	3
Ódontoólogo	2
Auxiliar de saúde bucal	2
Auxiliar Administrativo	3
Auxiliar Operacional	3
Vigia	2
<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIPO II – ATÉ 30.000 HABITANTES</b>	
<b>PROFISSIONAL</b>	<b>QUANTITATIVO</b>
Clínico geral	4
Pediatra	2
Ginecologista	2
Enfermeiro	3
Técnico de enfermagem	6
Ódontoólogo	2
Auxiliar de saúde bucal	2
Auxiliar Administrativo	3
Auxiliar Operacional	3
Vigia	2
<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE TIPO III – ATÉ 45.000 HABITANTES</b>	
<b>PROFISSIONAL</b>	<b>QUANTITATIVO</b>
Clínico geral	8
Pediatra	4
Ginecologista	4
Enfermeiro	5
Técnico de enfermagem	10
Ódontoólogo	3
Auxiliar de saúde bucal	3
Auxiliar Administrativo	3
Auxiliar Operacional	3
Vigia	2

Fonte: Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas (SAABPE/SEMUS).

O censo de Saúde da Família realizado pela Secretaria Estadual da saúde em parceria com o ministério da saúde, no final de 2007, conclui inúmeras inadequações no município quanto ao padrão de ambiência das unidades de saúde da família. Foi

realizado também um diagnóstico, de acordo com o manual de estruturação física das unidades básicas de saúde, bem como dos equipamentos e insumos das unidades de saúde em funcionamento e tornou-se indispensável a intervenção imediata nas unidades existentes e a ampliação da rede atual, visando a melhoria das condições de assistência à população do município.

Desta forma, o município de Nova Iguaçu iniciou um processo de implantação de equipes de saúde da família e adequação das unidades de acordo com um padrão mínimo de ambiência estabelecido, como também adaptação das unidades básicas tradicionais para serem convertidas em unidades de saúde da família.

A gestão municipal optou, prioritariamente, pela reestruturação da Atenção Básica através do modelo de Saúde da Família. Para tanto se faz necessária a expansão da cobertura atual da ESF, em torno de 22%, para 50% em todo o município e 100% em bairros prioritários. Contudo, o município enfrenta enorme dificuldade em vincular médicos para trabalhar 40 horas semanais no PSF e com salários menores do que os oferecidos pelos municípios vizinhos. Assim, a opção traçada para ampliar a cobertura e o acesso à saúde da população foi a criação, em fevereiro de 2010, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A proposta do PACS foi submetida ao Conselho Municipal de Saúde e aprovada a implantação de 45 equipes de saúde. A etapa seguinte foi o encaminhamento do projeto para análise da CIB. Em acordo realizado com a Secretaria de Estado e Defesa Civil do RJ (SESDEC) o projeto foi reestruturado com o objetivo de se estabelecer um cronograma de transição das equipes do PACS para a Estratégia de Saúde da Família. Na CIB de março foi aprovada a implantação de oito equipes de saúde bucal e 15 equipes de PACS, que já se encontram em atividade e habilitadas pelo MS. Uma nova reestruturação do projeto foi desenvolvida e encaminhada para apreciação da CIB do mês de abril a implantação de mais oito equipes de PSF e das 30 equipes do PACS restantes. (Nova Iguaçu, 2010).

Entre as metas planejadas pela Secretaria de Saúde do Município (SEMUS) para a Atenção Básica, está a Expansão Estratégica de Saúde da Família correspondendo a implantação de 80 equipes de Saúde da Família e 30 Equipes de Saúde Bucal; a capacitação dos profissionais da rede e a garantia do pré-natal, parto e puerpério, para as mulheres em todos os níveis de complexidade e atenção integral ao recém-nascido até completar um ano de vida.

Foram estipuladas, ainda, metas mínimas mensais para cada equipe de saúde da família e para as Unidades Básicas de Saúde segundo classificação (I, II ou III) e para as Equipes de saúde da Família. Segue abaixo o quadro que descreve tais metas (para as equipes das UBS – Quadro 4) e (para as equipes do SF – Quadro 5):

**Quadro 3 – Metas mínimas mensais. Unidades Básicas Tradicionais. Nova Iguaçu (RJ), 2010.**

UNIDADE BÁSICA TRADICIONAL – TIPO I											
Consulta Médica		Consulta Enfermagem		Atividade Educativa		Acompanha-mento Bolsa Família		1º consulta odontológica programada		Acompanha-mento Hiperdia	
Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte
962	SIA/SUS	888	SIA/SUS	4	SIA/SUS	532	SISVAN	246	SIA/SUS	150	HIPERDIA
UNIDADE BÁSICA TRADICIONAL – TIPO II											
Consulta Médica		Consulta Enfermagem		Atividade Educativa		Acompanha-mento Bolsa Família		1º consulta odontológica programada		Acompanha-mento Hiperdia	
Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte
1708	SIA/SUS	1480	SIA/SUS	4	SIA/SUS	1064	SISVAN	492	SIA/SUS	300	HIPERDIA
UNIDADE BÁSICA TRADICIONAL – TIPO I											
Consulta Médica		Consulta Enfermagem		Atividade Educativa		Acompanha-mento Bolsa Família		1º consulta odontológica programada		Acompanha-mento Hiperdia	
Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte
2562	SIA/SUS	2594	SIA/SUS	4	SIA/SUS	1596	SISVAN	738	SIA/SUS	450	HIPERDIA

Fonte: Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde mental. Secretaria Adjunta da Atenção Básica e Política Estratégicas (SAABPE/SEMUS).

**Quadro 4 – Metas mínimas mensais. Equipe de Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2010.**

1 EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA													
Consulta Médica		Consulta Enfermagem		Atividade Educativa		Acompanha-mento Bolsa Família		1º consulta odontológica programada		Visita Domiciliar		Acompanha-mento Hiperdia	
Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte	Quant.	Fonte
279	SIAB	219	SIAB	6	SIAB	124	SISVAN	57	SIA/SUS	700	SIAB	35	HIPERDIA

Fonte: Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde mental. Secretaria Adjunta da Atenção Básica e Política Estratégicas (SAABPE/SEMUS).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional é um modelo que apresenta limitações no que se refere ao cuidado prestado: o atendimento, predominantemente sob a forma de demanda espontânea, dificulta o estabelecimento do vínculo entre usuário e

profissional, bem como acompanhamento integral e longitudinal dos agravos de saúde. Em consequência verifica-se um perfil de consultas e exames desordenado e quase sempre excessivo. Dessa forma, o profissional não conhece o histórico clínico do paciente, suas condições de saúde e moradia, e muitas vezes, a solicitação de exames e procedimentos desnecessários são usados para preencher esta lacuna e embasar o atendimento clínico a um “desconhecido”. A atenção básica, tal qual está organizada em Nova Iguaçu, não consegue cumprir seu papel de porta de entrada para o sistema de saúde, bem como, se tornar resolutive.

Como propostas para o fluxo de atendimento nas USF, desenvolvidas pela SAABPE, estão: a recepção aos usuários com consultas agendadas e o acolhimento para novos usuários. O acolhimento deve ser pensado de maneira ampliada, constituindo-se em uma postura ética e devendo contar com a participação de todos os profissionais, informando e encaminhando humanizado aos usuários de forma a acompanhá-lo e direcioná-lo a melhor resolução dos seus agravos de saúde. Em situações de emergência o usuário deverá ser avaliado pelo médico e enfermeiro da unidade e receber atendimento primário. Caso seja necessário, deverá ser encaminhado para a unidade de referência e orientado a retornar para posterior acompanhamento e avaliação. A guia de referência deverá ser preenchida detalhadamente com a descrição dos sinais e sintomas.

O agente comunitário responsável pelo usuário deverá acompanhar a situação de saúde do mesmo, através de visitas domiciliares. A pré-consulta deverá ser realizada pelo técnico/auxiliar de enfermagem, onde será verificado o peso, altura, pressão arterial, glicemia capilar e outros, dependendo da consulta programada. A sala de espera deverá ser lugar privilegiado para as ações de educação em saúde abordando temas relacionados a áreas estratégicas, como saúde da mulher, da criança e outras. As consultas médicas e de enfermagem deverão ser agendadas previamente, entretanto, devem ser previstos nas agendas, os atendimentos de demanda espontânea. Todos os profissionais de saúde deverão realizar consultas domiciliares para acompanhamento das famílias; investigação de casos de vigilância epidemiológica; acompanhamento de usuários acamados, recém nascido (até o 7º dia de nascimento), verificação da caderneta de vacinação, entre outros.

Nessa perspectiva, é afirmada como fundamental a reorganização dos processos de trabalho para possibilitar maior responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários suas famílias e territórios, assim como, aos serviços prestados.

Como estratégia de mudança dos processos de trabalho, a SAABPE elaborou o *Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde Mental*. O documento insere-se em uma proposta ampliada de reorganização do modelo de atenção à saúde prestado pelo município, pautado principalmente pela lógica da Saúde da Família, contudo considera as especificidades do processo de trabalho no âmbito da Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBS) e da Unidade de Saúde da Família (USF). A Estratégia de Saúde da Família, mais uma vez, é apresentada com ênfase em sua função reorganizadora dos serviços de saúde e parte indissociável do sistema de saúde e vista como uma tentativa de mudança de modelo assistencial.

Do mesmo modo, no início do ano de 2010, foi dado início ao processo de elaboração e organização do Protocolo de normatização da consulta de enfermagem e das atividades originadas deste procedimento no âmbito das unidades pertencentes à rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Este protocolo foi finalizado pela equipe técnica de gestão da SAABPE e encaminhado ao gabinete do Secretário Municipal de Saúde aguardando análise.

O atual cenário da atenção básica no município demonstra, por um lado o compromisso da gestão quanto à reversão deste quadro a partir da reorganização da rede básica organizada preferencialmente pela ESF, sem, contudo, desconsiderar ações que vêm dando certo nas UBS tradicionais, por outro, aponta para os imensos desafios da construção deste modelo de atenção à saúde. Ressalta-se, desse modo, que este novo modelo de atenção à saúde está em processo de construção e que, para tanto, exige-se entre outros, profissionais qualificados e comprometidos na execução dos serviços de saúde.

### 6.3.2 Projeto Nova Saúde da Família – Nova Iguaçu<sup>28</sup>

Em setembro de 2009 teve início o Projeto Nova Saúde da Família, em cooperação técnica com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), visando à reorientação e qualificação do processo de trabalho das equipes de saúde existentes, bem como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família no município.

---

<sup>28</sup> Descrição complementada por informações do Programa de Educação Permanente do Nova Saúde da Família, elaborada pela equipe da Cooperação Técnica Fiocruz/Nova Iguaçu, 2010.

O projeto tem como intenção garantir prestação de assistência adequada e a qualidade do cuidado nos serviços de saúde, tornando-os resolutivos e gerando melhorias no atendimento e na saúde da população. Para tanto, faz-se necessário o investimento em infra-estrutura das unidades de saúde. Todas as unidades existentes irão passar por adaptações, de maneira a apresentar um padrão mínimo de ambiência que permita realizar as ações de saúde apropriadamente.

As unidades foram visitadas pelos apoiadores institucionais da SAABPE e por técnicos e engenheiros da Fiocruz com objetivo de realizar um diagnóstico acerca das instalações físicas e das necessidades de equipamentos e insumos. A partir desse levantamento, foi planejado um cronograma de execução das adaptações em um curto prazo de duração, como também, a busca por terrenos, prédios públicos ou aluguéis para implantação das novas equipes de saúde.

A ENSP/FIOCRUZ através do convênio de cooperação técnica com a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu propõe o desenvolvimento do Programa de Educação Permanente para todos os profissionais da Rede de Básica de Atenção à Saúde. A Política de Educação Permanente para o SUS busca potencializar a mudança do modelo de atenção à saúde além de qualificar o processo de gestão participativa e democrática envolvendo diferentes parceiros institucionais e a sociedade, e, dessa forma, é adotada como política estruturante para a organização e gestão dos serviços públicos de saúde.

O objetivo do programa de educação permanente da rede de atenção básica de Nova Iguaçu é potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas nos processos de trabalho em saúde, com o aumento da resolutividade das ações e o fortalecimento do trabalho em equipe e em rede. Pretende-se que o desenvolvimento da educação permanente se dê a partir de uma vivência educacional contextualizada com ênfase na realidade local, no cotidiano das organizações e nos processos de trabalho, tendo como protagonistas os gestores e os trabalhadores da saúde, as instituições parceiras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares.

Para que a qualificação dos profissionais tenha como perspectiva a reorientação do modelo de atenção à saúde, atendendo às demandas da rede a partir das características do território, o processo de educação permanente será desenvolvido em cinco dimensões. Tais dimensões serão trabalhadas de forma contextualizada para cada

clientela, com metodologia construída de maneira transversal e transdisciplinar, compondo momentos de concentração e dispersão em cada URG. Os conteúdos estratégicos a serem desenvolvidos intensiva e extensivamente com o conjunto de profissionais de saúde:

1. O conceito de saúde a partir do modelo de determinação social;
2. O acolhimento e a humanização do cuidado em saúde;
3. O conceito de territorialização e de responsabilidade sanitária
4. Avaliação e monitoramento como parte do trabalho em saúde

#### **6.4 A Unidade de Saúde da Família estudada**

A Unidade NO (sigla que se refere ao nome fictício da unidade) é considerada uma unidade modelo pelos profissionais e pela gestão da Atenção Básica municipal. Possui boa estrutura física, tendo passado por obras há menos de um ano, para se adequar ao modelo de unidade do Bairro Escola – projeto intersetorial da prefeitura de Nova Iguaçu. Uma das unidades mais antigas no município, funcionava como um posto de saúde tradicional e possui a Estratégia SF há cerca de 11 anos.

Em NO há três equipes completas de SF e SB, contando ainda com uma equipe de saúde mental que funciona como um ambulatório infantil, sua clientela, portanto, não é a mesma referenciada pelas equipes de SF, utilizando apenas o espaço da unidade. Além disso, há uma auriculoterapeuta que presta serviços na unidade, remunerada pela prefeitura e que foi “*uma conquista da comunidade*” segundo a fala de alguns funcionários do posto. Só existe esse tipo de serviço nesta unidade de saúde e em uma delegacia no centro da cidade.

A maioria dos profissionais trabalha na unidade e na mesma equipe há mais de quatro anos possuindo um bom entrosamento e domínio do seu trabalho. O contrato de trabalho da equipe é por cooperativa, exceto dos ACSs que são concursados. A precariedade do vínculo que não assegura direitos básicos do trabalhador como férias, 13º salário, licenças, etc, bem como os baixos salários favorecem esquemas ociosos entre os integrantes das equipes. Há em toda a rede, e também em VO, uma prática de não cumprimento da carga horária, o que faz com que os enfermeiros e técnicos tenham um “day off” e os médicos trabalhem em média 4 turnos por semana. Os únicos que não possuem dias de folga são os agentes, com a justificativa de que são concursados. “*O salário deve ser melhorado. Ele força um acordo velado de não cumprimento de carga horária estipulada. Essa é uma afirmação honesta. É muito difícil para o profissional. A gente sabe que esse salário não atende a perspectiva de vida*” (Dr. Vicente – trabalha 4 manhãs por semana).

A precariedade das condições de trabalho é um problema comum, há falta de receita, prontuário, medicamentos, insumos, manutenção de aparelhos, o que contribui para a permanência desse pacto de não trabalho e está presente nas justificativas de todos para suas ausências.

É comum entre os ACS a realização de trabalhos informais fora do horário de trabalho para complementar a renda familiar. Os ACS, que recebem R\$540,00, e reclamam muito do salário, tendo sido formada uma comissão – com uma das suas representantes funcionária de NO – que luta há um ano por um aumento de salário, sendo recebida pelo prefeito para discutir o assunto, ainda sem êxito. Há também muita reclamação em relação ao salário principalmente por parte dos médicos – que ganham 3.750,00 e a partir de Março de 2010, devido a dificuldade de fixação dos médicos no município, passaram a ganhar 5.000,00 – foi a única categoria profissional que recebeu aumento salarial. O salário dos enfermeiros é de R\$ 2.750,00, e que apesar de não se mostrarem satisfeitos com os seus salários nas entrevistas, ainda não se organizou enquanto categoria para reivindicar melhorias para a classe.

Outra dificuldade enfrentada diz respeito à precariedade da rede, os problemas para marcação de exames e consultas especializadas são freqüentes, não há uso de referencia e contra-referencia, os usuários encaram importantes barreiras de acesso constantemente.

A unidade NO recebe diariamente usuários de vários outros bairros do município. As pessoas que não conseguiram atendimento nas unidades de saúde mais próximas a sua residência, procuram por consultas na unidade. Essa situação gera um excesso de demanda e favorece uma organização do trabalho de tipo ambulatorial, sem que os profissionais conheçam e acompanhem a maioria dos usuários ao longo de seus itinerários terapêuticos, dificultando ainda a integralidade do cuidado e, até mesmo, a avaliação clínica e diagnóstica. As equipes trabalham com adscrição de clientela, mas frequentemente flexibilizam essa norma de acordo com a necessidade/ gravidade do caso; escolha do usuário em se consultar com determinado médico; ausência do médico ou outra conveniência.

Em toda rede de saúde, as unidades são coordenadas por uma figura com vinculações políticas. Apesar de a unidade ter uma influencia política determinada – o coordenador do posto é uma indicação do vereador local – esta pouco interfere nas decisões técnicas da equipe, propiciando certa autonomia dos profissionais de saúde na organização de seu trabalho. Contudo, há certo domínio em relação aos atendimentos, já que determinado número de consultas fica em posse do coordenador para que este escolha quem será atendido, de acordo com critérios próprios. Algumas pessoas

conseguem “furar” a fila de espera de acordo com a avaliação deste coordenador administrativo.

A estrutura física da unidade é muito boa e possui instalações novas e padronizadas pelo município. Foi realizada uma grande reforma na unidade há pouco mais de um ano. Há na unidade: três consultórios médicos com ar-condicionado; três consultórios equipados para odontologia; um ambulatório infantil de saúde mental com três salas e um banheiro; um consultório de auriculoterapia; farmácia; sala de curativos; sala de espurgo – local destinado a receber e lavar os materiais usados; um refeitório para a equipe; pátio; sala para os ACSs, sala de enfermagem, sala específica para marcação de consultas e exames com computador; uma sala da coordenação da unidade, uma sala de imunização – precisando ainda de algumas adequações para sua instalação definitiva, uma sala de espera para usuários; bebedouro e banheiros (diferenciados: 01 para equipe SF, 01 equipe SB e 02 para usuários – feminino e masculino).

Os profissionais que compõe o RH da unidade são: 3 equipes completas de SF (01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 06 ACS); 3 ESB (1ESB tipo I, composta por odontólogo e auxiliar de SB e 2 ESB tipo II, com odontólogo, técnico de SB e auxiliar de SB cada); 3 administrativos; 1 coordenador que responde administrativamente pela unidade; 01 auxiliar de serviços gerais; 1 auriculoterapeuta; 01 ESM (02 PSI e 01 musicoterapeuta).

As equipes de SF de NO, em sua maioria, trabalham juntos há mais de 5 anos, e em geral, este foi o primeiro contato que tiveram no programa, sendo a primeira e única experiência em equipes de SF que tiveram. As ESB foram incorporadas às ESF mais recentemente, trabalhando no mesmo espaço há pouco mais de um ano (desde maio/2008). Os três médicos e uma enfermeira possuem muito tempo de formação, e pela jovialidade do programa, não tiveram conteúdos teóricos sobre a estratégia durante as suas graduações, ainda que alguns tenham buscado pós graduações e capacitações na área. A equipe de SM atende todo o território municipal, é o único ambulatório infantil do município. Ocupa o espaço da unidade, sem, contudo, desenvolver qualquer trabalho em conjunto com as ESF e o planejamento dos atendimentos é desarticulado da organização da unidade.

São muitos cartazes informativos espalhados pela unidade. Alguns padronizados pelo Ministério da Saúde (MS) e outros, em geral com informações da unidade e são confeccionados pela ACS Kátia, que desenha muito bem e produz cartazes coloridos e

muito bem elaborados. São eles: 1. *“Cartão SUS as quartas: de 9 as 12 e das 14 as 16hs”* – informa sobre as datas programadas para realização desse serviço, ainda que sejam feitas exceções de acordo com a necessidade e demanda na unidade; 2. *“A partir de 20/07 o agendamento dos não cadastrados será as 10hs”* – com a finalidade de evitar que as pessoas cheguem de madrugada para ficar na fila, contudo quando perguntados os funcionários da unidade dizem ser melhor chegar às 8:00; 3. Cartaz antigo no quadro de aviso ao lado: *“Consulta usuários não cadastrados. Toda segunda as 8hs”* 4. *“Comunicado importante: encaminhamentos e exames são agendados quarta de 9 às 16hs com Leila”*; 5. *“2º agendamento não cadastrados com Jacira, 3º Entrega de exames com Leila: 9 - 13hs, 4º e 6º receber encaminhamentos: 9 - 16:30hs”*; 6. *“Aviso: vacinação na unidade Engenho Pequeno (segunda, quarta e quinta)”* – Pois a sala de vacina da unidade ainda não está adequada para o funcionamento.

E por fim, os cartazes do MS: 1. *“Prevenção da Gripe (para idosos)”*; 2. *“Dengue”*; 3. *“Campanha vacinação Zé gotinha – 20/06”*; 4. *“Toda a gestante e bebê tem direito ao pré-natal. Exames/ 7 consultas no mínimo e orientações gratuitas”*

## **7. A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA UNIDADE: IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DO CUIDADO**

Há múltiplas maneiras de interpretar instituídos/instituintes da realidade e suas conexões. São várias as técnicas de análise do discurso e recortes disciplinares para tentar explicar as problemáticas entre sujeitos. Reforço aqui o propósito desse texto não é trazer à superfície uma verdade escondida que só foi possível através de determinado olhar e de aparatos tecnológicos passíveis de desvendá-la. Nem, tampouco, afirmar que este é o jeito mais certo de se olhar. Apontamos aqui uma dentre as diversas formas possíveis de problematizar um determinado assunto, sem a pretensão de ser única. Ao contrário, nossa intenção é que os dados apresentados a seguir provoquem novas questões, sejam encarados como produções inacabadas, produzam construções de conhecimento outras, articulações entre vários sistemas de pensamento, portanto, sujeitos a revisão e ajustes. O importante aqui é tentar dar visibilidade aos invisíveis, aos enunciados, ocultamentos e silêncios, para que seja possível construir outras formas de pensar o cotidiano e a produção de novas práticas.

O primeiro contato para reconhecimento da unidade e conversa com os profissionais para apresentar a proposta de trabalho se deu na segunda semana de julho de 2009. A receptividade foi boa e os profissionais apresentaram disponibilidade para a realização do estudo. A apresentação ocorreu numa quinta-feira à tarde e, embora tenha sido em dia e horário escolhidos pelos próprios profissionais como sendo o mais adequado para eles, nenhum dos médicos estava presente, mesmo que tenha sido solicitado, na medida do possível, que todos participassem. Posteriormente, a partir da proximidade com a organização do processo de trabalho da unidade, percebi que o grande movimento da unidade se dá pela manhã, hora de atendimento dos médicos e com as enfermeiras as voltas com a organização dos mesmos. Já na parte da tarde, se dá um esvaziamento da demanda, muito atribuída à ausência dos médicos durante o período. Além disso, um dos médicos estava de férias<sup>29</sup>.

A agenda de trabalho das equipes estava organizada em escalas apresentadas em um quadro de cortiça contendo vários outros informes, no interior da sala de

---

<sup>29</sup> Apesar do regulamento que rege a “cooperativa não dar direito a férias”, e estas não serem reconhecidas oficialmente pelo setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal, havia um acordo entre o coordenador da unidade e os profissionais que permitia a todos 20 dias de descanso durante o ano.

enfermagem. O quadro abaixo reproduz a agenda de trabalho dos médicos e enfermeiros. Os números ao lado de cada grupo de atendimento se referem à quantidade de consultas marcadas. Ainda que na prática o número de atendimentos exceda muito aquele estipulado e retratado no quadro a seguir.

**Quadro 5 – Agenda das dos médicos e enfermeiros de acordo com as equipes de saúde da unidade estudada. Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2009.**

<b>AGENDA DA EQUIPE AZUL</b>					
	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Médico</b>	OFF	-	Hiperdia (18) Extra (2)	Generalista (20)	Fora área (20)
	OFF	Generalista (20)	-	Pré-natal (05)	VD
<b>Enfermeiro</b>	OFF	Preventivo	Reunião equipe	Hiperdia	VD
	OFF	Pré-natal	Hiperdia	Reunião grupo	Puericultura (05)
<b>AGENDA DA EQUIPE VERDE</b>					
	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Médico</b>	Generalista (20)	Fora área (20)	Generalista (20)	Hiperdia (18) Extra (2)	OFF
	Puericultura (05)				
	VD	-	Pré-natal (05)	-	OFF
<b>Enfermeiro</b>	Hiperdia (05)	Pré-natal	VD	Reunião equipe	OFF
	Puericultura (05)	Hiperdia	Preventivo	Reunião grupo	OFF
<b>AGENDA DA EQUIPE AMARELA</b>					
	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Médico</b>	Generalista (18) VD	OFF	Fora área (20)	Generalista (20) Puericultura(05)	Hiperdia (18) Pré-natal (05)
	-	OFF	-	-	-
<b>Enfermeiro</b>	VD	Reunião grupo	Hiperdia	OFF	Reunião equipe
	Preventivo	Hiperdia	Puericultura(05)	OFF	Pré-natal

Fonte: Unidade Saúde da Família NO. Nova Iguaçu, 2009.

A agenda dos ACS e da equipe de odontologia é organizada de outra forma e está detalhada ao longo do texto.

Pude perceber, durante o decorrer da observação, que alguns dados da agenda das equipes estavam desatualizados. As consultas de pré-natal e puericultura possuem dias e horários fixos para cada uma das equipes. Da mesma forma, é separado um dia para o atendimento dos usuários não cadastrados no PSF – no quadro acima representado pelos “fora da área”. Contudo, no cotidiano, são agendados somente seis atendimentos à não cadastrados para cada dia de trabalho do médico, distribuídos ao longo da semana, 18 consultas programadas por dia de atendimento do médico para usuários cadastrados e o restante do tempo é para atendimentos livre-demanda, ou seja, demanda espontânea de cadastrados ou não cadastrados.

As reuniões de equipe, embora façam parte da agenda semanal dos enfermeiros, durante todo o tempo em que acompanhei o trabalho na unidade, só pude presenciar uma única reunião, realizada pela equipe verde. Apenas a enfermeira e os ACSs participaram desta reunião. As reuniões de equipe, ainda que raras, quando ocorrem se limitam a supervisões dos enfermeiros ao trabalho dos ACS e verificação das condutas padronizadas.

Desde o primeiro encontro, as equipes foram solicitadas a informar sobre as datas das reuniões (por equipes ou reuniões gerais da unidade) para que eu pudesse estar presente. Apesar da maioria dos profissionais ter afirmado que realizam reuniões de equipe com frequência, estas não ocorreram como esperado durante a minha participação na unidade – só houve uma reunião de uma equipe no espaço de 4 meses. De acordo com o ACS Marcos “*Ultimamente não está tendo (reuniões de equipe). Por causa desse fuzuê*” (se refere ao término da cooperativa de trabalho e ausência de respostas sobre a nova forma de contratação – tema discutido ainda mais à frente).

Quando perguntados sobre a frequência com que são realizadas reuniões de equipe, os ACS na equipe azul e verde disseram que estas acontecem uma vez por semana, todas as quintas feiras. Mas quando foram solicitados a contar quando foi a última reunião, não souberam responder com certeza: “*mês passado eu tava de férias. Mas esse mês de outubro não teve nenhuma*” (data da entrevista: 22/10 – ACS Rosana). Do mesmo modo, quando há relatos de reunião de equipe na unidade, os médicos não se fazem presentes – e não há reserva de horário para esta atividade nas agendas acima. Já as reuniões de grupo, incluídas na agenda das equipes (quadro 1), se referem às

palestras coletivas de preventivo que ocorrem uma vez em cada mês, igualmente sem a presença dos médicos.

Outra diferença entre a organização real do trabalho e o que consta como atividade prescrita na agenda, diz respeito à realização das consultas de ginecologia. O preventivo é realizado pelas enfermeiras, mas quando é necessária uma consulta médica, as pacientes são encaminhadas somente à médica da equipe azul “*por ser ginecologista e obstetra*”. Bem como, são dirigidas a esta médica todas as grávidas com algum tipo de risco, mesmo não pertencendo a sua área de abrangência. O mesmo acontece com os pediatras que atendem algumas crianças – em casos mais complexos – mesmo sendo da área de abrangência da outra médica ginecologista e obstetra. Diz o ACS Marcos “*Como acontece geralmente com as crianças. Tem outros médicos que atendem mais as crianças. Não que ela (Dra Carolina – médica da equipe azul) não atenda. Ela atende. Mas tem casos que são mais específicos que outros, aí a gente faz a troca*”. Esse ponto merece destaque, pois aponta para uma transgressão do prescrito, já que rompe com a lógica de adscrição da clientela preconizada pelo modelo do PSF. Contudo diz respeito a uma distância entre o real do trabalho e o trabalho prescrito traçada em virtude da busca por maior eficácia, segurança e qualidade no trabalho.

Os médicos dedicam à unidade entre três e quatro turnos semanais de trabalho, ainda que o “contrato” de trabalho estipule 40 horas semanais. Os médicos das equipes verde e amarela fazem seus horários pela manhã e a médica da equipe azul atende apenas um turno à tarde, complementando seu horário também pela manhã. Daí a ausência de consultas no período da tarde, e a conseqüente diminuição do movimento de usuários e profissionais neste turno. Diferente da descrição do parágrafo anterior, aqui a transgressão às regras do trabalho prescrito, traz prejuízos à prestação do cuidado e ao acesso à saúde na unidade. Interfere na disponibilidade de tempo e dedicação do profissional ao desenvolvimento do trabalho de atenção à saúde e na criação de vínculos com o grupo de usuários que recorre regularmente à unidade.

Um dos procedimentos seguidos rigorosamente por todas as equipes da unidade é a pesagem e medição das crianças antes do atendimento a puericultura – o que varia é que alguns profissionais pesam com fraudas, roupas e sapatos e outros fazem de forma correta, retirando totalmente as roupas e fraudas das crianças. A aferição da pressão arterial antes de qualquer consulta médica generalista e a medição da altura e pesagem das mães antes da consulta de pré-natal são práticas rotineiras das equipes e quase

sempre é solicitado ao usuário que espere 10 minutos sentado para ter sua pressão aferida de maneira que não sofra alterações devido a esforço/atividade física decorrida no caminho até a unidade.

As consultas de pré-natal são intercaladas: em um mês a consulta é com o médico e, no outro mês, com o enfermeiro. Quando a gestante sai da consulta já faz o agendamento para a próxima, sem precisar marcar novamente com o ACS. O mesmo procedimento ocorre com as consultas de puericultura onde as crianças já saem da unidade com a data da próxima consulta. A maioria das crianças da puericultura fez o acompanhamento de pré-natal na unidade e, principalmente as enfermeiras conhecem toda a história da gestação e daquela família. Ainda há uma iniciativa de formar um grupo de mulheres grávidas, até o momento não implementada:

*“tem as gestantes que me preocupam muito também. São meninas novas, de 14 anos. Eu to querendo formar um grupo de gestantes adolescentes, pra gente fazer um trabalho. E to quase lá. Mas vou conseguir. Faço pré-natal das gestantes. Junto as cinco e falo com elas”* (enfermeira Maria Ângela).

### ***7.1 Acolhimento, marcação de consultas e exames: limites ao acesso e à integralidade do cuidado***

Cada ACS tem sob sua responsabilidade cerca de 150 famílias variando entre 450 e 800 pessoas. A organização da agenda de consultas do médico do PSF que atende na unidade é feita da seguinte forma: são disponibilizadas, por ACS, três consultas para cada dia de atendimento do médico da sua equipe, o que resulta em nove consultas por semana. Durante as visitas, os ACS identificam aqueles cadastrados que estão com necessidade mais imediata, para o agendamento das consultas. Como dito acima, é freqüente, a troca de consultas entre os ACS, caso naquela determinada semana um ACS precise de uma consulta extra, pede ao colega ou recorre ao médico – somente em última instância.

Durante as conversas informais realizadas na unidade, todos os ACS responderam que trocam suas vagas ou cedem para o colega de acordo com a urgência. É uma prática bastante comum e conhecida na unidade. *“De acordo com a necessidade a gente pede ao médico uma cota extra e com o colega também. Porque às vezes o*

*colega tem vagas não preenchidas e a gente faz um intercâmbio”* (ACS Otávio). Ou ainda, *“E quando há uma urgência a gente chega aqui e troca com os colegas. Um troca consulta com outro. A gente sempre se ajuda”* (ACS Alice Maria). As trocas também são usadas como forma de “agradar” o cadastrado que prefere se consultar com um ou outro médico. Há usuários que só gostam de ser consultados pelo médico da outra equipe e por isso os agentes fazem permutas entre as consultas com a finalidade de satisfazer a vontade de seu cadastrado. Aqui, o que chama atenção é a construção do vínculo do ACS com o cadastrado que movimenta o profissional na busca de um cuidado apropriado, de uma organização do trabalho voltada para o melhor acesso à saúde daquelas pessoas as quais se sente, de alguma forma, responsável.

*“Se o caso é de muita urgência a gente tenta trocar aqui com alguém. Me dá hoje que eu te dou na outra semana... E vice-versa. Dependendo da situação, se a pessoa pode ser pra qualquer um dos médicos, aí fica melhor ainda. Porque eu posso pegar uma vaga com outro colega de outro médico. A gente faz a troca”* (ACS Márcio).

Como as consultas são marcadas na semana anterior, há pouca espera por parte dos usuários e pouca desistência dos mesmos. Em geral, a cota de consultas da semana dá conta da demanda dos cadastrados e são poucos os que esperam uma semana a mais para serem atendidos.

Essa forma de organização é ainda recente, foi uma tentativa de diminuir as enormes filas que se formavam todos os dias na porta da unidade. Antigamente os ACS faziam as VDs e orientavam as pessoas a procurar a unidade para agendarem por conta própria uma consulta. Então os usuários madrugavam na unidade em busca da consulta do dia. *“Isso era um problema pra gente. E a gente acordou assim. Algumas pessoas queixavam porque nem sempre conseguiam o atendimento pra aquele dia, outras gostaram da forma como foi, até porque se sentiram mais confortáveis, acolhidas”* (enfermeira Manoela). Esta situação aponta para uma certa organização coletiva do processo de trabalho, como uma tentativa de melhorar a qualidade na prestação do cuidado e promover mais acesso ao serviço de saúde.

Há ainda uma importante demanda espontânea de pessoas que não são cadastradas pelas equipes da unidade. Isso ocorre devido à baixa cobertura do programa

que abrange apenas cerca de 20% da população do município, fazendo com que as unidades sejam habitualmente procuradas para fornecer atendimento médico. Soma-se a isso o fato de que muitas pessoas de bairros distantes reconhecem a unidade como uma das poucas que fornece bom atendimento e com pouca fila de espera (idéia de unidade modelo – discutida um pouco mais a frente).

*“A gente tem tentado junto com os médicos, embora a gente saiba que não é a melhor forma de se resolver a questão, que é pedindo que eles atendam um pouco mais, é que eles aumentem um pouco essa cota de atendimentos por turno. A gente percebe que há uma sobrecarga. Até porque a pessoa que está agendada não quer abrir mão do seu atendimento, mesmo vendo a necessidade do outro. Porque pra ele a sua situação é prioridade.”* (enfermeira Manoela).

No entanto, alguns médicos não estão completamente de acordo com isso *“devia haver um limite de atendimento nesse aspecto. Se chega remédio numa segunda, na sexta já não tem remédio porque foram atendidas pessoas que não pertencem ao posto”* (médico Francisco).

É fixado um dia na semana para distribuição de senhas para o atendimento médico à população não cadastrada no SF. São 18 números de senhas – seis atendimentos para cada médico – entregues à multidão de pessoas que procura a unidade, segundo a administrativa responsável pela marcação, *“o certo seria 30 números, mas às vezes faltam médicos”*, se referindo ao não cumprimento de carga horária dos médicos. As senhas começam a ser distribuídas às 9:50 para marcação que começa às 10hs. Os cartazes, as enfermeiras e profissionais da unidade informam para chegar às 8:30, no entanto, tem pessoas que madrugam na unidade em busca de dos primeiros lugares na fila. Uma vez tendo conseguido a senha, o “paciente” (o uso do termo é proposital) espera sua vez e pode “escolher” a data (entre os dias pré-fixados), o turno e o médico que quer ter o atendimento, saindo da unidade com papel carimbado com data, a hora (8hs ou 13hs) e nome do médico sugerido.

*“A marcação da consulta foi determinada a partir das 10 h para evitar que as pessoas chegassem muito cedo aqui. Mas não adianta porque hoje elas chegam às 9:30, amanhã às 9, depois às 8 e por aí vai... Daqui a pouco elas estão às 5 horas da*

*manhã aqui na frente do posto de novo. Isso acontece muito. Eu cheguei a me oferecer em chegar no posto um pouco mais cedo recolher o nome das pessoas, preencher a ficha direitinho, e no horário que o médico chegasse, essas pessoas estariam retornando. Só que não funcionou, não deram aval, sei lá. Não quiseram” (ACS Marcos).*

A fala acima, mais uma vez, mostra a sensibilidade de alguns membros da equipe quanto ao vínculo e cuidado em saúde das pessoas. Este ACS ao se oferecer para começar a trabalhar mais cedo apenas para evitar que as pessoas passem muito tempo na fila, demonstra vínculo com os usuários da unidade e se solidariza com as dificuldades enfrentadas por eles. No entanto, talvez pelo não entrosamento entre os profissionais da equipe, a idéia não sensibilizou igualmente o restante da equipe e não foi levada a diante.

Durante o acompanhamento do processo de marcação, encontrei pessoas que moravam em outros bairros, onde tem unidades de saúde bem mais próximas do lugar de moradia, mas relataram não gostar do atendimento do posto junto a casa delas: *“tem que chegar as quatro horas da manhã para conseguir atendimento”*. Estavam com a camisa do grupo de caminhada de NO e disseram participar regularmente do grupo. Também presenciei pessoas cadastradas querendo marcar consultas, mas a organização do posto estipula que a marcação de consultas para áreas cadastradas deve ser feita pelo ACS, e o usuário deve, então, *“procurá-lo para conseguir a consulta”*. Uma pessoa, inclusive, morava em uma rua pertencente à área de abrangência, mas nunca havia sido cadastrada e recebido a visita do ACS. Ela teve que solicitar o cadastramento para aí sim o ACS marcar a consulta. Uma burocracia que muitas vezes emperra o processo de trabalho e gera uma barreira de acesso da população aos serviços de saúde.

A organização dos atendimentos de SB é um pouco diferente. A proporção de consultas estipulada para as duas equipes de SB é de 20 atendimentos/dia e 60 atendimentos por semana – um dia era reservado para VDs e palestras e o outro era o “day off”. Os odontólogos faziam durante as VDs um levantamento epidemiológico. A partir daí davam senhas aos ACS para serem entregues aos membros de determinadas famílias, daquela família avaliada como mais prioritária. Este membro da família deveria participar da palestra de educação em SB e então saía da unidade com a consulta marcada. Após o término do tratamento deste usuário, outro integrante de sua família teria acesso ao tratamento odontológico, até que cuidassem da saúde bucal de

todos os componentes da família. “*Nós combinamos um por casa, pra ampliar a cobertura. Se não, fica uma casa com 15 pessoas, a agenda fica lotada e não pego outras casas. A gente teve que fazer isso*” (Odontóloga Andréia). Esses cadastrados voltavam à cadeira do dentista regularmente para “manutenção do tratamento”.

A odontóloga explica que a cota de atendimentos odontológicos que devem cumprir é muito alta, o que prejudica a organização da agenda das equipes de SB e dificulta a atenção aos casos mais graves que demandam mais tempo de cuidado. Ela desabafa, ainda, que essa situação se agrava muito quando aparece alguma emergência.

*“Aqui colocam uma cota, que a gente tá tentando diminuir junto a coordenação que é de 20 atendimentos ao dia. Então a gente trabalha com cada paciente uma média de meia hora. Quando um procedimento se estende, uma extração muito profunda ou uma restauração muito grande, a gente atrasa toda a agenda. Você passa do horário de comer, passa do horário de sair. Quem está esperando começa a se queixar. É muito complicado”* (Odontóloga Andréia).

Como a cobertura de ESB no município é ainda mais deficitária, cerca de 7% de abrangência e as equipes de NO são as únicas equipes de SB a atender todos os bairros centrais do município, também faziam atendimentos a não cadastrados, principalmente urgências. A SB atende a população não cadastrada somente em casos de emergência – reservando duas vagas por dia entre os 10 atendimentos diários (20%) de cada equipe. São disponibilizados, a cada duas semanas, dois números de consultas para cada agente entregar a um membro da família que se encontra mais necessitado, de acordo com o perfil epidemiológico. Um total de 12 atendimentos novos por quinzena para cada ESB. As ESB afirmam receber muitas pessoas até de outros municípios adjacentes da baixada fluminense. No período de observação, a marcação para primeiro atendimento de odontologia estava paralisada por falta de material (luvas, máscaras, etc), e só poderiam voltar a fazer atendimentos de pacientes novos quando chegasse material suficiente. Muitas vezes arcavam com a compra de materiais do próprio bolso. A falta de materiais, como já dito, está presente em toda rede, inclusive no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o que dificulta também o encaminhamento de pacientes da SB.

*“Encaminhar é fácil, mas faltam insumos, profissionais. Da última vez que encaminhei, o paciente tinha dois restos radiculares, um colado no outro. Eu encaminhei pra um buco-maxilo, mas não tinha recurso humano (...) Quando tem o profissional não tem o insumo. Faz outros procedimentos enquanto está na fila. Tem alguns casos que pela demora, se tem duas opções: ou você paga ou você tem que extrair. Aí ele fala: ‘ – Andréia, eu não tenho condições, vamos ter que tirar’”*  
(Odontóloga Andréia).

Apesar de haver uma agenda relativamente bem organizada, não há uma pessoa disponível para acolhimento na unidade. As equipes não trabalham com a lógica da porta de entrada na unidade aberta para acolher e informar aqueles que chegam à unidade a procura de alguma informação ou solução para o seu problema de saúde. O usuário precisa praticamente “laçar” alguém para obter informações. Um dia me deparei com uma senhora que esperava a manhã inteira por um atendimento com uma neurologista que havia sido marcado pela unidade junto à central de consultas. Contudo, não há esta especialidade na unidade e como ela tinha o costume de levar seu neto para o atendimento com a ESM da unidade pensara que a consulta também seria realizada lá. Neste caso, a senhora perdeu o horário da consulta tão difícil de ser marcada e perdeu o dia inteiro na unidade esperando. Se houvesse um profissional destinado a receber as pessoas na entrada da unidade, talvez isso tivesse sido evitado.

Havia também, no quadro de avisos da sala de enfermagem, uma escala para o trabalho do enfermeiro em caso de gripe suína ou outras urgências. Nota-se aí que aparecem turnos reservados durante toda a semana para o acolhimento das pessoas que chegam ao posto, um revezamento entre as equipes. Tratava-se de uma adaptação simples: colocavam uma mesa na sala de vidro – apelido dado pelas equipes, pois a sala tem uma porta de vidro tipo blindex bem na frente da unidade – e uma pessoa, neste caso o enfermeiro, ficava responsável em atender as pessoas assim que entrassem na unidade, uma medida cuidadosa que, talvez, pudesse evitar que casos como os descritos no parágrafo anterior voltassem a acontecer. Quais seriam os atravessamentos que levam às equipes a abandonar uma estratégia de cuidado que deu muito certo num dado momento?

**Quadro 6 – Escala de Serviço do Enfermeiro para Gripe Suína. Estratégia Saúde da Família. Nova Iguaçu (RJ), 2009.**

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<b>Equipe Azul</b>	OFF	Preventivo	VD	Acolhimento	Puericultura
<b>Equipe Verde</b>	Acolhimento	Pré-natal	VD	Reunião equipe	OFF
<b>Equipe Amarela</b>	Preventivo	Acolhimento	Acolhimento	OFF	Acolhimento
	Puericultura	Acolhimento	Preventivo	Acolhimento	OFF
	Acolhimento	VD	Puericultura	OFF	Pré-natal

Fonte: Unidade Saúde da Família NO. Nova Iguaçu, 2009.

Em algumas visitas à unidade, me dediquei ao acompanhamento da sala de espera, onde os usuários aguardavam a chamada para sua consulta. Entre as conversas informais, as principais considerações eram que o atendimento na unidade era muito bom, exceto algumas reclamações quanto ao médico da equipe verde que tinha fama de ter atitudes “grosseiras” com os usuários. Também comentaram sentir muita falta de o posto não permanecer aberto 24hs, uma vez que muitos moradores trabalham no horário em que o posto está funcionando e não podem, dessa forma, usufruir do mesmo. Outra dificuldade apontada era a realização de exames: *“tem um dia certo para marcação, mas demora entre um e três meses para fazer o exame e mais 30 ou 40 dias para sair resultado”*.

Outro ponto abordado foi o fato da marcação da consulta não ter uma hora determinada, o que frequentemente obriga o usuário a chegar cedo e passar o dia esperando até o momento de sua consulta. De fato, não há marcação de horário da consulta, só é dito ao usuário o turno de seu atendimento. A “fila” fica determinada pelo “caderninho” de agendamento conforme a ordem de anotação dos ACS, ou seja, após a visita e a determinação dos cadastrados que realizarão as consultas, o ACS anota o nome de cada usuário no caderno de consultas. Há ainda uma auxiliar de enfermagem que segue uma organização diferente, ela ordena o atendimento de acordo com a hora de chegada do usuário, mas as demais equipes seguem a ordem do caderno. Em geral, as equipes não conversam/discutem entre si sobre estas diferentes formas de organizar o atendimento. As mudanças no processo de trabalho são feitas, na maioria das vezes, quando assumem uma forma tal que não é mais possível continuar a atuar da mesma

maneira, inviabilizando o trabalho ou gerando muito desconforto nos profissionais e/ ou nos usuários. A organização do processo de trabalho em relação aos atendimentos não é objeto de uma pactuação da equipe. Não há um movimento deliberado de organização coletiva do trabalho.

Também foi freqüente a reclamação sobre pessoas que “furam fila”. Há um número de consultas que fica sob a guarda do coordenador da unidade e este escolhe algumas pessoas para dar a vaga. Estas escolhidas não precisam ficar na fila, o que faz com que aquele usuário que chegou cedo espere mais ainda para ser atendido. Vizinhos, amigos e familiares do coordenador, por exemplo. Um dia uma senhora que não estava se sentindo bem, chegou à unidade sem ter marcado consulta, a unidade estava lotada e a enfermeira pediu que falasse com o coordenador “*conversa com o seu João (coordenador da unidade) e pede a ele uma senha que o médico te atende agora*”. A senhora foi e conseguiu a consulta na hora. É justo lembrar que casos como esse também acontecem.

As enfermeiras fazem muitos encaixes para pessoas que não tinham consultas marcadas para aquela data, mas quando o médico já ultrapassou muito os atendimentos estipulados para o dia, e já passou bastante da hora de almoço, elas solicitam a intervenção do coordenador. Trata-se mesmo de uma “cota” do coordenador, pactuada num contexto de clientelismo comum entre as unidades de saúde do município, ou em alguns casos, o exercício da capacidade de pressão do coordenador sobre os médicos para fazê-los atender “a mais” do que o combinado. A mais, dito entre aspas, pois o médico trabalha, em geral, entre três a quatro turnos por semana, quando fora contratado para trabalhar 10 turnos por semana.

Os usuários disseram ainda ser muito comum, quando não conseguem resolver o problema de saúde na unidade, procurarem a consulta do farmacêutico conhecido do bairro que “*prescreve*” o remédio e “*costuma dar muito certo*”.

Entre os pontos positivos, foi destacado que quando solicitam uma consulta na unidade, conseguem logo para semana seguinte. Encontrei pessoas não cadastradas que conseguiram consulta rápido, e havia também uma senhora que vinha de Belford Roxo – município vizinho pertencente à baixada fluminense – e era atendida regularmente pela unidade, já conhecia os três médicos e escolhia aquele que preferia para marcar seu atendimento. É preciso chamar a atenção para a permeabilidade das equipes às preferências dos usuários e à recepção de moradores de outras áreas e municípios

adjacentes. Novamente há aqui a questão da distância entre o real do trabalho – quando se atende a demanda espontânea e aos não cadastrados – e o trabalho prescrito, em se tratando da norma de organização do trabalho em cima da demanda programada e adscrição de clientela. Neste caso, a transgressão da norma está a favor do acesso e da construção de vínculos com a população atendida na unidade.

Outra dificuldade enfrentada pelos usuários das unidades de saúde do município é o gargalo de acesso aos exames e consultas especializadas. Existe uma cota física mensal de encaminhamentos para atendimentos e exames especializados solicitados pelas três equipes da unidade, que varia de mais ou menos 10 consultas especializadas e 14 exames por mês que devem ser distribuídos entre todos os usuários da unidade – cadastrados ou não.

*“A unidade tem uma estrutura muito boa de atendimentos – parte física. Ela sofre como todas as outras unidades das carências do programa, mas a estrutura física de atendimentos é boa (...) Por causa na nossa falta de acesso muitas vezes a exames laboratoriais, há essa dificuldade também crônica de marcação. O agendamento é feito e sai pra dois ou três meses quando não mais e por vezes nós temos que usar nossos conhecimentos pessoais pra tentar interferir de alguma forma, pedindo favor a um ou outro (...) Hoje tem mais reclamação. Nosso trabalho fica só até a consulta, depois da consulta, para. Não temos condição de fazer mais nada. Fica limitado a isso”*  
(Dr. Vicente).

A marcação de consultas especializadas é feita por meio de telefone fixo, para a central de marcação em dia e hora estipulados pela Secretaria Adjunta de Atenção Especializada, com duração de 1h. A unidade não tem telefone fixo – o único meio de comunicação é um celular que só faz ligações para um conjunto de números que possuem o mesmo telefone, tais como as Secretarias Adjuntas de Saúde do município, algumas outras unidades de saúde, almoxarifado, farmácia etc. A ligação para a central de marcação também não pode ser feita por este celular, então uma funcionária faz a ligação de sua própria casa e, em contrapartida, ganha o dia de descanso.

Para fazer qualquer consulta ou exame especializado, é necessário fazer o cartão SUS, este pode ser feito pela unidade na hora, desde que o usuário traga o RG e comprovante de residência, e que tenha profissional administrativo disponível no posto,

assim como material, para fazê-lo, mas que nem sempre são encontrados no posto. Para solicitar este tipo de marcação de consultas e exames é preciso trazer RG e o cartão SUS, entregar a ficha de referência do médico da unidade – esta fica com a administração do posto até a marcação, depois é entregue ao usuário para este apresentá-la ao especialista durante seu atendimento. Esta ficha detalha o diagnóstico e as suspeitas do médico generalista (referência) e possui um espaço para que o médico especialista descreva suas conclusões (contra-referência). Segundo o médico da equipe amarela, este importante recurso para acompanhamento da trajetória clínica do cadastrado não é utilizado pelos especialistas, os pacientes não retornam com a contra-referência descrita, prejudicando a continuidade do cuidado prestado.

*“A gente tem um documento que é a referência e a contra-referência, que é onde a gente faz a descrição do paciente, do caso clínico direitinho e encaminha pro especialista. Se eu te disser que nesses anos todos, eu recebi 10 contra-referências, vou ser generoso. Então a gente não tem uma interface que faz com que o nosso paciente dê continuidade ao seu tratamento”*  
(Dr. Vicente).

Uma ACS confirma esta constatação ao relatar que muitos especialistas, após encaminhamento, permanecem com a folha da contra-referência, uma vez que o tratamento continua e, após seu término, o usuário não volta na USF com o relato do que foi feito. Apesar da reclamação, não é feito nenhum movimento por parte dos médicos para conversar com seus colegas especialistas a fim de saber o que está acontecendo com o paciente e se está havendo algum problema com o envio da guia de referência e contra-referência. A total desarticulação da rede, que não é um problema exclusivo da unidade pesquisada, mas sim de todas as outras unidades do município, se apresenta aqui como importante limite ao acesso e à integralidade do cuidado.

Apesar da unidade estabelecer dias fixos na semana para receber e desenvolver encaminhamentos, muitas vezes, pela baixa cota de exames e consultas, o usuário precisa fazer uma peregrinação entre a unidade e sua casa, inúmeras vezes, até que consiga finalmente sair com o agendamento. A cota de exames só abre no dia 25 de cada mês. Em setembro, por exemplo, o dia 25 foi uma sexta-feira – dia no qual a central não recebe solicitações de exames e consultas. O agendamento foi adiado para o dia 28 (segunda-feira), contudo neste dia, o computador da central estava com

problemas que perduraram até o dia 29 (terça-feira). Uma nova tentativa foi feita no dia 30/09 para então, dia 01/10 dar a resposta aos usuários sobre seus pedidos de consultas. Enquanto isso, os usuários eram obrigados a ir todos os dias à unidade para saber notícias sobre a marcação de suas consultas e exames, e voltavam para casa sem conseguir nada, mesmo os casos urgentes. Quando a cota acaba, é solicitado ao usuário que retorne novamente em 30 dias para ver se conseguiu marcar.

Como resultado desse processo, há um índice elevado de não comparecimentos a exames e consultas especializadas, listo alguns dos principais motivos: a espera é grande (entre um e três meses), levando muitas vezes a desistências, esquecimentos, a dor ou outro sintoma que motivava a consulta deixou de ser sentido/percebido; o usuário conseguiu realizar o exame em outro lugar; se direcionou ao hospital mais próximo ou a UPA; em algumas urgências, a pessoa com alguma condição financeira, opta por pagar o exame particular; e em alguns casos o cadastrado não tem meios de se locomover até o local para realização da consulta e/ou exame; ou, até mesmo, vem a óbito.

Os ACS relatam fazer busca ativa de faltosos, ou mesmo avisar sobre a marcação das consultas e exames (especializados ou não), mas encontrei vários encaminhamentos com a administrativa responsável pela marcação que haviam passado da data e outros que estavam muito próximos da data a vencer. Esses agendamentos não são transferíveis, nem adiáveis, tampouco adianta avisar a central de marcação o não comparecimento do usuário, pois, segundo os mesmos, não tem como ocupar aquela vaga, ficando, portanto, ociosa.

*“A gente vai, marca consulta (no posto), o cadastrado vai, mas pra marcar exame é mais complicado pra fazer o exame é complicado, ter o médico é complicado. A minha parte vai até a marcação de consulta. Antes não. A gente tinha. Os exames eram mais rápidos. Hoje quando os exames ficam prontos as pessoas até esquecem o que era, o sintoma não é mais aquele ou já melhorou. Os remédios antigamente eram mais fáceis. Dava pra levar remédio pra dois ou três meses. Hoje pra um mês já é difícil pra dar” (ACS Marcos).*

Esta situação aponta para a baixa resolutividade do modelo de atenção básica adotado pelo município, que não prioriza o acesso a exames e complementos

diagnósticos, muitas vezes simples, para apoiar a decisão do médico. Vale lembrar que se trata de um médico generalista, que talvez precise de um suporte para a realização de sua prática, tanto de um parecer especialista ou de um exame complementar que assegure a sua decisão *vis-à-vis* a organização parcelar em que se estruturou o processo de trabalho médico. Tais obstáculos levam também a uma descontinuidade significativa do cuidado.

Outra questão apontada pelos profissionais da unidade é que a população, em geral, não entende os entraves no acesso à atenção especializada e responsabiliza a equipe por não conseguir realizar o exame ou ter a consulta de que precisa. De fato, os profissionais de saúde em contato mais próximo dos usuários são os que acabam sendo mais culpabilizados.

*“Essas situações também são um problema pra gente. Porque a gente gostaria que a rede estivesse bem organizada para também atender essa necessidade, mas não é o que acontece. A gente tem tido respostas negativas por parte dos nossos usuários, porque eles pensam que isso é um problema que nos cabe e que a gente tem que resolver. Mesmo que a gente tente conversar que isso foge a nossa responsabilidade, ele não quer entender. Ele acha que se você encaminhou e ele não teve um atendimento rápido e dentro as suas necessidades, é um problema que você tem que resolver. Esse sistema de cotas, essa demora, prejudica também o nosso trabalho”* (enfermeira Manoela).

Na SB a dificuldade de acesso aos serviços especializados é sentida com bastante pesar pelos profissionais que buscam meios próprios e conhecimentos pessoais para tentar ajudar o usuário.

*“Tive uma paciente aqui que ela não conseguiu atendimento, ela precisava do bucomaxilo, eu tirei uma radiografia, coloquei ela no meu carro, liguei pra um amigo meu que é chefe da cirurgia e conheci na faculdade. Levei ela lá e pedi que ele olhasse o caso dela. A doutora que atendeu ela lá botou o pé atrás. Ela voltou e vamos lá. Eu busco os meus livros, consulto os meus amigos e tento resolver alguns casos aqui. Mas claro se isso funcionasse, seria mais rápido. Tem gente que tá na fila aí há 8 meses, 1 ano”* (odontóloga Dinorah).

Alguns sinais de criatividade são encontrados nos processos de trabalho das equipes. Uma ACS fazia visitas a muitas casas sem encontrar ninguém, o que, segundo a mesma, gerava certo “sentimento de abandono” por parte do cadastrado. Desse modo, o cadastrado não conseguia ter acesso aos serviços de saúde proporcionados pela unidade, uma vez que o agendamento de consultas para a população cadastrada é realizada exclusivamente pelo ACS da área. Esse fato acarretava ainda muita reclamação por parte os usuários em relação ao trabalho dos ACS, afirmando que não visitavam a área de abrangência adequadamente, o que nem sempre era verdadeiro. Esta ACS passou, então, a deixar um bilhete avisando que havia estado lá, com seu nome e horário da visita, ainda solicitava a procura da unidade para informar o melhor horário para as visitas. As pessoas passaram a procurar mais o posto e se relacionar melhor com a ACS. Essa idéia deu tão certo que vários ACSs aderiram à estratégia e relataram melhoras em seu processo de trabalho. *“Os cadastrados vão muito na minha casa, porque quando eu vou fazer visita e não encontro ninguém em casa, eu deixo um bilhetezinho. Vou várias vezes e não acho. Depois eu encontro e diz: ‘Ah você teve aqui, né?’”* (ACS Silvia Regina).

Durante o período de observação, houve a visita do programa “Fala Baixada”. Trata-se de um programa de TV sensacionalista, com significativa audiência popular, que denuncia irregularidades na saúde, educação, urbanismo, serviços de utilidade pública, como também maus tratos a idosos, conflitos entre comunidades, e outros assuntos do gênero. A reportagem vinha denunciando a ausência de luvas e medicamentos na unidade, bem como se propondo a averiguar a reclamação de um usuário que solicitava que a unidade funcionasse nos finais de semana.

Apesar das faltas de materiais e medicamentos serem freqüentes na unidade, o que leva a interrupção freqüente das consultas de SB, neste dia a odontóloga havia comprado luvas com recursos próprios e o atendimento estava normalizado. Sobre o não funcionamento da unidade durante os finais de semana, de fato, o modelo adotado pelo município não prevê que as unidades da rede básica de saúde sejam abertas neste período, mas conta com quatro Unidades Mistas e uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, que atendem pequenas urgências e emergências nos fins de semana e feriados, funcionando 24h.

Em contraste com os limites de horário de atendimentos médicos e o fato de a farmácia ficar aberta todo o tempo para dar medicamentos e encaminhamentos inclusive

no horário de almoço, para tanto há revezamento dos profissionais. Este setor é um dos lugares mais movimentados da unidade durante o maior tempo de funcionamento da mesma. Há um revezamento de profissionais que não se vê em outros setores. Estaria a farmácia cumprindo uma função compensatória às dificuldades gerais de acesso – mesmo que nem sempre disponha de medicamentos?

Os remédios são liberados só para receitas SUS e conveniados com três meses de validade, entregues em três vias e são registrados em livro destinado para esse fim. Das três vias, uma fica com o usuário, outra com a unidade e a terceira vai para o setor de farmácia do nível central. Como a falta de receituários é comum, o usuário tem que tirar cópia por conta própria para garantir o acesso aos medicamentos. A receita é carimbada com a data e a quantidade de medicamentos entregue é anotada. Os medicamentos são dispensados para durarem o mês, no entanto como a falta é freqüente, quando tem pouco de determinado medicamento, é entregue menos do que o necessário para o término do mês e o paciente precisa retornar a unidade para saber se chegou mais.

*“A gente quase nunca tem as medicações pra fornecer e isso faz com que aconteçam duas coisas: uma que a gente perde o vínculo com aquele paciente, que ele vai procurar esse tratamento lá fora. E duas que perde a credibilidade por causa também da falta de medicação” (Dr. Vicente).*

As receitas chegam de vários lugares, outras unidades de saúde do município, outros municípios da baixada e até mesmo do Grande Rio, como por exemplo, do Hospital de Servidores do Estado (HSE). Há uma dispensação grande de medicamentos na unidade. Um paciente saiu com oito tipos de remédios diferentes, eram tantas cartelas que ele mal conseguia segurá-los nas mãos. Os remédios, muitas vezes, acabam na mesma semana em que chegam. Por isso, o coordenador da unidade na tentativa de controlar melhor a saída de medicamentos, proibiu a entrada dos profissionais das equipes na farmácia. Só o responsável pela farmácia, em geral um administrativo pode ficar dentro desse espaço. A justificativa do mesmo é o excesso de dispensação de medicamentos na unidade e a necessidade de racionalizar melhor esse processo. Do mesmo modo, a burocracia dos procedimentos para a entrega dos medicamentos é fruto

da tentativa de controle por parte da superintendência de farmácia da SEMUS, após constatar o excesso de solicitações por parte das unidades de saúde.

## ***7.2 Relação da equipe com a comunidade e o território***

### ***7.2.1 Participação e Controle Social***

A participação da comunidade na organização e planejamento das atividades desenvolvidas pela unidade é bastante incipiente. Não há qualquer espaço formalizado para escuta e sugestões dos usuários na unidade. As reclamações, elogios e solicitações são feitas de maneira isolada e fragmentada, sendo, portanto, ausente uma instância de controle social e participação comunitária próxima a organização do trabalho das equipes. Tal característica não pode ser atribuída exclusivamente a NO. Há um histórico do município de não priorizar a utilização de tais dispositivos e, por isso mesmo, a ausência de incentivos à construção coletiva de políticas públicas para o setor.

A presença mais constante e participativa da comunidade no cotidiano da unidade é o grupo de caminhada. Este é o grupo mais antigo e mais regular da unidade, conta com 174 inscritos, com cerca de 40 participantes fixos e é composto por usuários moradores de bairros distantes que vem a unidade semanalmente só para frequentar o grupo.

*“Uma atividade que eu posso falar, porque eu praticamente comecei essa atividade com os idosos. As pessoas idosas aqui eram muito jogadas, desvalorizadas praticamente. Vinham pra cá, mediam a pressão, ficavam aqui de manhã sempre na mesma coisa. Aí eu propus fazer alguma coisa pra melhorar. Com o conhecimento de que o exercício físico é bom para a saúde e também para a terceira idade. Eu consegui há 4 anos atrás quando cheguei aqui, formar um grupo de caminhada”*  
(enfermeira Maria Ângela).

Segundo a enfermeira da equipe verde, que se orgulha de ser precursora do grupo de caminhada, este começou com ela e com um ACS e hoje ganhou vida própria e se organiza autonomamente, os participantes articularam-se e fizeram uma parceria com o ESMUTI (Espaço Municipal para a Terceira Idade) para conseguir professores para dar aulas de tai shi shuam, yoga e lamba-aeróbica após a caminhada, fazem frequentemente encontros e apresentações fora do município com transporte da

prefeitura e conseguiram colocar uma auriculoterapeuta para atendê-los dentro da unidade.

Há ainda realização de outras atividades com a comunidade. Uma vez por mês as equipes fazem uma palestra sobre saúde da mulher, onde aborda métodos contraceptivos, higiene pessoal, bolsa família, vacinação, entre outras. Essa palestra é obrigatória para quem deseja fazer preventivo, portanto, há grande presença das mulheres e a participação das mesmas é bastante ativa. Contudo, é um encontro que se renova a cada mês, uma vez que é formado por mulheres em busca de consultas, cada mês é um grupo distinto.

A equipe de odontologia também faz palestras sobre SB como pré-requisito à primeira consulta de odontologia, com periodicidade quinzenal. A equipe faz ainda um trabalho de educação em saúde na escola próxima à unidade, onde são os mesmos integrantes da ESF que sempre participam, com encenação de peças teatrais e um clima bem descontraído, embora atualmente isso aconteça em menor frequência. Segundo o ACS Marcos:

*“Quando o pessoal da odontologia chegou, eles faziam muitas palestras em escolas. Mas por falta de material foi desmotivando. A gente não tinha muito a oferecer, não tinha como atender. E foi acabando, acabando e acabando. O material que chegava era muito pouco e não tinha como sair daqui”.*

Entre as atividades voltadas para a comunidade, a equipe realiza eventos, principalmente em datas comemorativas, em um abrigo de crianças e adolescentes da prefeitura localizado ao lado da unidade e que acolhe cerca de 14 crianças e adolescentes, além de um bebê. Os médicos não participam de nenhuma atividade com a comunidade.

Os grupos, em geral, trazem a tona uma demanda ampliada que sugere a impossibilidade de uma única especialidade dar conta da complexidade das situações, necessitando, para tanto, a integração de diversas áreas do saber atuando de forma complementar. A pouca frequência de atividades em grupo realizadas pelas equipes, o fato de serem, na maioria das vezes, os mesmos profissionais que se ocupam da organização destas atividades, bem como a não participação dos médicos nas mesmas

também podem ser analisadores da dificuldade de articulação entre os profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

### *7.2.2 As Visitas Domiciliares: desafios de se mover no território*

Considerando a complexidade das situações com as quais os profissionais têm que lidar e se deparar no território, cujos problemas se manifestam em todas as suas dimensões – não apenas biológicas, mas sociais, familiares, humanas etc – a realização das visitas domiciliares seria, em tese, uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional mais integrado. Um espaço privilegiado para ampliar as possibilidades deste trabalho coletivo, bem como do desenvolvimento de uma relação mais horizontal e cooperativa entre trabalhadores de categorias profissionais diversas. Esta atividade voltada para o território, no entanto, parece ainda estar extremamente concentrada nos ACS, sendo as visitas dos médicos ainda raras, descontínuas e demandando, em geral, uma mediação das enfermeiras para que ocorram.

Entre os possíveis condicionantes das dificuldades de se entrar no território, apontamos/entendemos os desafios de estar diante de uma demanda “não etiquetada”, com necessidades desconhecidas, contato direto com o imprevisível, com o estranhamento, entrar na casa das pessoas, prescrever estilos de vida e invadir intimidades sem a mediação do consultório médico e seus instrumentos tecnológicos. Trata-se de uma tarefa difícil e altamente exigente de trabalho psíquico (Sá, 2005).

As VDs dos profissionais de nível superior – médicos e enfermeiros – eram marcadas de acordo com as agendas de trabalho das equipes (Quadro 1) descritas acima. Contudo, a consulta do médico nas residências não é uma prática tão regular. Era feita somente em casos em que o enfermeiro não conseguisse dar encaminhamento, ou precisasse de uma opinião médica e quando o cadastrado não tivesse meios de se locomover até a unidade. Em geral, é marcada VD em uma casa por semana para cada médico. Somente a médica da equipe azul faz esporadicamente um roteiro de visitas às casas de uma região bastante pobre e com muita dificuldade de acesso a recursos médicos, materiais, transporte para garantia de sua saúde, pertencente à área de abrangência da sua equipe.

Na equipe verde, a agenda das VDs do médico ocorre todas as segundas. O ACS identifica a necessidade durante o seu trabalho de campo, agenda a visita e espera o

médico confirmar. O ACS fala com o usuário, mas não dá certeza da visita do médico, pois justificam que, muitas vezes, o cadastrado fica muito ansioso com a visita e o médico não aparece.

*“Por exemplo, eu tenho um acamado (...) Ele tá precisando de uma visita. Vou lá e boto na agenda, dona Maria, falo com o médico, o dia dele é segunda, eu falo: ‘ – Doutor tem uma visita pra gente fazer hoje’. Mas se eu botar em cima da data ele não vai. Tem que ser com um tempo antes e se tiver duas ou três, ele acha muito. Aí eu marco, as vezes eu vou, as vezes não vou (...) O certo seria toda segunda, mas nem sempre ele vai” (ACS Rosana).*

Esta ACS relata ainda que quando não consegue a visita do médico, procura a enfermeira e pede pra ela interferir, e geralmente a enfermeira, “*com jeitinho*” fala com o médico e consegue agendar a VD. A ACS continua dizendo: “*Eu não vou mentir, tem muito tempo que eu não faço uma visita com o médico. Com o enfermeiro, eu fui com a Maria Ângela, um mês mais ou menos antes de entrar de férias. Até hoje...*” (ACS Rosana).

De acordo com a PNAB (2006), cada ACSs deve passar nas casas da sua área de abrangência para realização de visitas a cada família uma vez por mês, mas tem liberdade para organizar sua agenda de forma mais autônoma. Uns começam pelos grupos de risco ou prioritários, outros estabelecem uma rua para iniciar e continuam por ela até terminar e passar pra outra, ainda tem aqueles que vão por um lado da rua (casas pares) e depois passam para as casas ímpares e tem quem comece pelas áreas que apresentam maior risco social. Para o ACS Marcos,

*“primeiro hipertensos, depois as crianças e aí partimos pra aquelas doenças que são poucas, como tuberculose, hanseníase. Depois vou pro geral. Costumo fazer por seguimentos, começo na rua do maior pro menor até chegar o final da rua. Tem famílias que nunca têm nada. Mesmo que não tenha, aprendi que tenho que escrever aquilo que me dizem. Essas pessoas eu passo no final de tudo. Tem pessoas que eu deixo pra ir mais pro final da tarde ou final de semana que fica de papo a tarde toda”.*

Há autonomia por parte dos ACS para organizar as visitas, com isso alguns estabelecem prioridades em relação aos problemas mais relevantes, outros fazem de maneira a facilitar seu processo de trabalho, sem considerar, necessariamente os grupos de risco. Tal fato parece descrever certa falta de coordenação geral do trabalho dos ACS levando a produção de diferenças no acesso da população no mesmo território. Dependendo do ACS que faz a cobertura de determinada área, os grupos de risco terão acesso prioritário, ou não. A criação de vínculos entre os ACS e o usuário cadastrado pode, do mesmo modo, influenciar o maior tempo despendido entre as visitas domiciliares e a dedicação de maior atenção a determinadas famílias mais que outras. A autonomia, nesse caso, não se apóia numa coordenação geral do trabalho, talvez necessária para que as iniquidades sejam evitadas, para a garantia da integralidade e do acesso equitativo.

O trabalho do PSF, e particularmente as VDs, são especialmente tecnologia leve e relação com o outro. O trabalho do ACS, sobretudo, é puramente relação com os outros. O médico desenvolve seu trabalho, relacional, mediado pelo espaço físico (setting terapêutico); com instrumentos tecnológicos para diagnóstico e terapia, bem como o seu papel no imaginário do senso comum que lhe confere mais conforto ao realizar atendimento. O ACS entra sozinho na casa de seu cadastrado sem ter idéia do que pode esperar. São muitas situações de contato direto com a diversidade de possibilidades de vida, intensidades, violência, sofrimento, doença, enfim é uma imersão direta e sem mediação com o desconhecido. As VDs demandam exigências maiores de trabalho, pois mobiliza ações de todo o tipo, não só físicas, mas, principalmente, psíquicas. Sendo assim, se o ACS percebe que não está bem para lidar com as pessoas da melhor forma possível, ele se reserva o direito de não ir fazer a VD.

*“Tem dias que eu chego aqui na unidade to muito fraca pra ir à rua fazer visita (...) Igual a outro dia que eu não estava me sentindo bem e disse: ‘ – Eu não estou apta a sair na casa de ninguém’ Porque as vezes você vai levar uma orientação, uma palavra ou um conforto e você não vai [conseguir] levar, você não leva. E aí eu prefiro não ir. Fico aqui, organizo meus prontuários, coloco as coisas em ordem, a gente tem ficha pra preencher, não tem prontuário, não tem folha, tento conseguir de algum jeito, ajudo as meninas aqui, lá dentro, mas não vou. Não adianta você oferecer uma coisa que você não tem. Como você vai falar em saúde se você não ta bem” (ACS Silvia Regina).*

Os enfermeiros marcavam um turno da semana para VD, onde a rota era elaborada pelo ACS em conjunto com o enfermeiro da sua área, mas sempre se mostraram muito disponíveis para realizarem visitas não programadas em caso de necessidade. *“Se precisar, eu saio com eles à hora que for, se eu não estiver fazendo nenhum agendamento”* (enfermeira Maria Ângela).

Cada enfermeiro organizava a forma de realização de suas visitas da maneira que melhor lhe convinha, mas frequentemente saiam acompanhados de dois ou três agentes no mesmo dia e percorriam aquelas micro-área sob responsabilidades daqueles ACS. Há um reconhecimento por parte das ESF e ESB de que os ACS são os que melhor conhecem a área e a necessidade das pessoas que vivem ali, por isso quem determina as casas que serão visitadas primeiro em sua maioria são os ACSs. *“Eu vou sempre com o ACS e o médico vai também sempre com o ACS. Porque a gente nunca sabe andar muito, aqui é muito grande e eles moram aqui, eles são quem sabem”* (enfermeira Maria Ângela). Ou ainda, *“Porque o ACS conhece a área, eles trabalham aqui há muito mais tempo que a gente. Os meus olhos são os deles”* (odontóloga Andréia).

É interessante notar que no território, desconhecido para a maioria dos profissionais de nível superior, a dependência entre as categorias profissionais inverte-se. Durante as VDs, ao percorrer os espaços da comunidade, os ACS tornam-se os atores principais do processo e não o médico, enfermeiro ou o odontólogo. Esse deslocamento da equipe de saúde até o território, dentro da casa das pessoas, talvez represente um dispositivo potente para as práticas de cooperação entre categorias diversas.

Num primeiro momento, as enfermeiras realizavam as visitas à área de abrangência, intercalando um ACS por semana, ou seja, a cada semana um entre os seis ACS saía para visitas com a enfermeira, na semana seguinte era a vez de outro. No entanto, essa disposição passou a não dar certo, pois em algumas áreas tinham mais casos graves do que outras, o imperativo da realidade passou a determinar um novo tipo de arranjo, não tão programado como o era: *“então a gente agora ficou trabalhando só em cima da demanda, independente de ser um ou outro agente. Assim que a gente tem trabalhado até o momento”* (enfermeira Manuela). A enfermeira ainda se lamenta: *“A gente queria muito fazer um acompanhamento domiciliar mais planejado, mais*

*programado, mas é um pouco complicado pela demanda que a gente tem aqui na unidade”.*

As prioridades do atendimento médico realizado pela unidade são determinados pelos ACS durante as visitas domiciliares diárias, mas não é instituído na unidade uma classificação de risco ou similar, acabando por ser mesmo uma escolha muito a critério de cada ACS e do que eles consideram prioritário. Organização similar ocorre em relação às VDs dos profissionais de nível superior, ou seja, quando algum cadastrado solicita atendimento no posto ou consulta domiciliar, o ACS identifica os casos com maior urgência, agenda as consultas médicas de acordo com a prioridade e seleciona os casos de visita domiciliar, da seguinte forma: leva a solicitação para avaliação da enfermeira, esta faz uma visita aos usuários, se achar que faltaram dados para a sua avaliação, e depois define quais serão os usuários que serão visitados e que realmente precisam de uma consulta médica domiciliar.

O Médico da equipe três faz uma crítica a essa maneira de organização da unidade: *“Essas visitas são feitas conforme o agendamento dos próprios ACSs. Eles é que nos levam as visitas. Mas infelizmente o que a gente percebe é que fazemos sempre as mesmas pessoas. Eu não sei, mas creio que a população seja infinitamente maior do que aquilo que a gente conhece”* (Dr. Vicente). Mas do mesmo modo, não propõe uma outra rota de visita aos ACS e enfermeiros e muito menos reserva mais tempo durante a semana para se dedicar a conhecer as pessoas e as potencialidades do território.

As VD da odontologia são orientadas para a realização de levantamento do perfil epidemiológico e o agendamento das primeiras consultas de SB é baseado nesse perfil. A partir das VDs, a ESB identifica as prioridades. O município pactuou uma meta de que até o primeiro trimestre do ano, 100% das grávidas deveriam ser atendidas. A odontóloga da ESB verde relata que no início foi difícil, pois a VD da ESB criava uma grande expectativa no cadastrado *“quando o paciente vê que você está na casa da frente, ele fica na calçada te esperando. Principalmente quando você diz que o agendamento é depois que o dentista passa na casa”*. Do mesmo modo que as equipes de SF, cada ESB determina a rota das VDs a seu modo – com a ajuda dos ACSs. Em geral, fazem um rodízio entre os ACS e começam pelas áreas que estão em maior risco social. *“Eu peço para o Otávio (ACS) pra ir só nas famílias mais carentes”*. (Odontóloga Dinorah).

Tive a oportunidade de acompanhar VD de médicos, enfermeiros e odontólogos. Em VD com a odontóloga e o TSB, fomos à casa de uma senhora com dificuldade de locomoção. Havia feito uma extração/canal e o ferimento inflamou. A casa era muito pobre e a senhora foi atendida no chão. O THD achou estranho porque ela relatou ter seguido as orientações de não fazer esforço e tomar corretamente a medicação. Ele insistiu e ela confidenciou que o filho a havia agredido e ela bateu com o rosto justamente na altura do dente ferido. Veio a descobrir que o filho é usuário de drogas e ela não quer denunciar, também não quer que o filho saia da casa dela, numa tentativa desesperada de protegê-lo. A ESB procurou a enfermeira e o ACS que já tinham conhecimento sobre esta situação, já haviam tentado contato com assistência social, mas em vão e como a usuária tem dificuldade de locomoção, não foi considerada a possibilidade de um tratamento psicológico.

Neste caso, não cabe simplesmente a perspectiva de cura. A complexidade desta problemática exemplifica a dura realidade de se operar sobre esse território vivo e difícil tarefa de apoiar o usuário na construção de um jeito de administrar melhor o seu próprio sofrimento e sua própria vida. Esse tipo de saúde não se esgota na clínica ou na epidemiologia e sim, em outros campos de conhecimentos que precisam ser mobilizados, implica processos relacionais com o usuário, escutas qualificadas e mesmo a responsabilização e compromisso só possíveis mediante aos vínculos sociais que operam. Vale aqui refletir sobre os possíveis condicionantes das práticas das equipes atuando sobre uma demanda pra além da saúde e do que ela pode provocar no profissional que a experimenta.

Segundo Bondía, experiência não é aquilo que adquirimos com o tempo, com a informação, algo que acontece fora de nós; pelo contrário, experiência é o que passa em nós e, ao nos passar, nos transforma. Muitas coisas acontecem, mas experiência é o que acontece em nós, deixando algum vestígio e sendo, portanto, necessariamente singular. Esse acontecimento requer uma ruptura, que nos faz desacelerar, refletir, escutar sentir, etc., dando sentido ao que nos atravessa. Nas palavras do autor, “*A experiência é em primeiro lugar um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova*” (Bondía, 2002:25). Em outro trecho, Bondía nos diz que a vida se constrói e se destrói no próprio viver e que tudo que impede a experiência torna a existência impossível. Nessa perspectiva, a experiência e o saber que dela deriva nos permite apropriar-nos e agir sobre a nossa própria vida. No caso especial das ações em saúde,

acrescento que a experiência nos instrumentaliza também a operar em relação a vida dos outros.

Do mesmo modo, acompanhei o dia de VD da enfermeira da equipe verde, junto com dois ACS. No geral, houve um bom acolhimento por parte da equipe e um bom reconhecimento e receptividade das pessoas tanto em suas casas quanto na rua. A primeira visita foi na casa D. Vitoriana que relatou problemas de dor no braço e dificuldades para conseguir realizar um RX. Depois fomos à casa de um casal irmãos idosos que moravam juntos (um com 85 anos e a outra com 79 anos). Ele era diabético e tinha uma ferida extensa no pé que não cicatrizava. Não conseguia se locomover até a consulta do especialista e apresentava pressão arterial alta. Havia esquecido de tomar os remédios do dia e se encontrava muito sonolento, pois quando se deu conta de que não administrado os remédios no horário determinado, administrou mais pílulas para suprir o que deixou de tomar, tendo sido orientado pela enfermeira para manejar a quantidade de medicamentos corretamente e não tentar compensar o remédio esquecido.

Fomos ainda à casa de uma enfermeira aposentada que trabalhou muitos anos no abrigo de crianças da prefeitura ao lado da unidade e também à casa de uma mulher de 100 anos que viu NO ser fundada, antes de ser Estratégia de SF – ambas muito agradecidas com a visita. Por fim, fomos à casa de um senhor bastante resistente em aceitar a VD. Perguntava pelos médicos da unidade e disse que só queria a visita dos médicos. A enfermeira foi com cuidado conquistando a confiança do usuário, aferiu sua pressão e ele, no final, disse ter gostado muito da nossa presença e garantiu que iria procurar a unidade com mais frequência. O ACS depois relatou que ele não deixava ninguém aferir a PA dele (inclusive a filha que era técnica de enfermagem). Três pessoas não estavam em casa. Houve ainda duas intervenções no caminho. Duas pessoas que pararam o grupo para tirar dúvidas sobre saúde e fazer perguntas consultas na unidade. Deparamos-nos com um grande assentamento de pessoas numa região próxima à unidade e os ACSs me informaram que era preciso fazer um remapeamento da área de abrangência e que havia uma polêmica em torno de se esse grupo devia ser incluído ou não entre os cadastrados pela unidade.

A VD da médica equipe azul foi a um usuário diabético com um dos pés amputado e o outro com sérios problemas de cicatrização. Esta visita foi acompanhada também por uma ACS (Berenice). A consulta foi atenciosa. A médica conversou bastante com o usuário e com sua mulher do mesmo sobre os cuidados que deveria

tomar, chamando o mesmo para responsabilização sobre a sua saúde, indicando alimentos que deveria ser ingerido em abundância e outros que deveriam ser evitados, orientando sobre a limpeza e curativos necessários, prescreveu alguns medicamentos. Após a saída da casa, a mulher nos acompanhou e a médica conversou com ela sobre a sua saúde, valorizando o trabalho que desempenhava cuidando da casa e do marido e a importância de cuidar de si para conseguir dar conta das suas árduas tarefas. Ela foi bastante agradável com a família e muito sensível com as questões vivenciadas no cotidiano de cuidado de um membro ativo que se encontrava doente.

### ***7.3 As fontes e as defesas contra o sofrimento produzidas pelas relações de trabalho***

São várias as fontes de sofrimento relatadas pelos profissionais da unidade no desenvolvimento de seu trabalho. Cito os pontos já detalhados anteriormente, como: a precariedade do vínculo/contrato de trabalho e das condições de produção do mesmo; a falta de acesso a serviços de atenção especializada e a descontinuidade do cuidado; as grandes filas de esperas enfrentadas pelos usuários não cadastrados para consultas na unidade; a desarticulação da rede que gera limites ao acesso e à integralidade do cuidado; a necessidade de cumprimento das metas excessivas de consultas em SB e a pressão da demanda, as restrições ao acesso devido à falta de materiais, entre outras são fontes de sofrimento no trabalho, de culpabilização dos profissionais e de angústias recorrentes.

A fala a seguir é bastante ilustrativa da ACS que virou agente após conhecer o PSF como usuária cadastrada que depende dos serviços e, assim como os seus usuários cadastrados, sofre enquanto espera. Ela se coloca no lugar do usuário e se identifica com ele em sua luta por acesso à saúde.

*“Falta medicação na farmácia. Não é só aqui, acho que é geral, né? Certas coisas para os cadastrados deveria ter mais prioridade... Tipo marcação de exames. Eu mesmo to passando por um processo que... Meu marido tá precisando de um exame e não consegue marcar pela rede. Eu falo com os cadastrados, que eu que trabalho na saúde e não consigo o exame. O nome dele tá lá na fila de espera lá na Dom Walmor” (ACS Silvia Regina).*

Outra situação que traz muito sofrimento a equipe é a não garantia do local ou maternidade em que a grávida que fez todo acompanhamento pré-natal na unidade possa dar a luz com tranquilidade.

*“Uma gestante que já tava ganhando neném praticamente e foi acompanhada por nós aqui, e na hora de ganhar o neném ela veio pra cá. A gente encaminhou pra Posse, quando ela chegou lá disseram que ela não podia ficar, que não tinha vaga, ela voltou. E aí liga pra li, vai pra cá... O pessoal já nos conhece, fala, liga aqui de casa, vamos chamar a SAMU, a SAMU nada. Conclusão: nós colocamos ela no carro e chegando lá, nós tivemos que peitar mesmo pra ela ficar. Foi uma situação que eu pensava: 'se o neném vier eu é que vou ter que fazer o parto...' Foi uma situação terrível” (enfermeira Maria Ângela).*

Esta mesma enfermeira confessa que é muito comum as grávidas do município terem seus filhos nas maternidades dos outros municípios próximos da baixada fluminense ou outra região metropolitana e, quando entram em trabalho de parto, ficam vagando em busca de vaga em algum hospital ou maternidade da rede pública ou conveniada ao SUS.

Entre as saídas para minimizar o sofrimento causado pelos processos de trabalho na unidade, estão os acordos coletivos, ou não, que podem tanto gerar uma prestação de serviços mais adequada ou ao contrário produzir relações de descuido. Há um acordo entre ACS, enfermeiros e médicos para que a maioria das crianças até dois anos seja atendida pelo pediatra e não pela Dra. Carolina (ginecologista), assim como grávidas com risco fazem pré-natal são encaminhadas para a Dra. Carolina (ginecologista) e não para os pediatras. Essa combinação é confirmada pelos médicos da equipe azul e amarela, já o médico da equipe verde afirma que não aceita essa permuta. Ele justifica que só deve atender a população cadastrada na sua área de abrangência. No entanto, na prática, como não conhece a fundo a população que atende, as enfermeiras quando é preciso e em menor escala, encaminham pacientes para que ele atenda, em geral, a demanda espontânea que chega ao posto, sem avisar que se trata de não cadastrados da sua área. As enfermeiras, nesse caso transgridem a divisão prescrita de trabalho a sem o conhecimento do médico. Trata-se de uma transgressão, a revelia do médico, em favor da garantia do acesso, da minimização do sofrimento do outro. Nesse caso, diz respeito a um pacto coletivo, cooperativo em se tratando dos médicos da equipe azul e amarela e

que se apóia em um segredo e na exclusão do outro médico da equipe verde. Para Dejours (1999), a cooperação pressupõe confiança e transparência sobre o real do trabalho como condição de sua existência. É uma atividade de construção de acordos e, portanto, sujeita à discussões, conflitos e dissidências.

*“Não nos prendemos a atender os nossos pacientes exclusivamente. É claro que é feito assim e deve ser feito assim, mas quando há uma urgência, a gente tenta envolver todos. A demanda é trazida sempre pelo ACS e essa demanda é trabalhada por nós, por mim como médico tentando dar um encaminhamento que for necessário” (Dr. Vicente – médico equipe amarela).*

O acordo sobre os atendimentos das grávidas e crianças pelos respectivos especialistas e não pelos médicos que cobrem a área de residência do cadastrado, pode ser vista como uma “transgressão” ao modo de organização do trabalho prescrito. É uma transgressão prevista inclusive na legislação que dispõe sobre o PSF, uma vez que preconiza que cada médico tenha sua população adscrita, com intuito de gerar vínculo e atendimento longitudinal a família etc. Vale lembrar que se trata de um acordo informal e não oficializado pelos profissionais em reunião de equipe. Da mesma forma, expõe um outro tipo de ajuste do trabalho em equipe, uma cooperação possível em meio às adversidades do cotidiano e ao reconhecimento do despreparo do médico (um especialista em ginecologia ou pediatria que atende como generalista) em lidar com situações específicas da clínica. Este arranjo de cooperação, a princípio, funciona com a intenção de levar a uma melhor produção do cuidado. De fato, ainda são recentes as formações voltadas para a atuação do médico como generalista. A maioria dos currículos de medicina está ligada ao desenvolvimento de uma carreira cada vez mais especializada.

Em alguns momentos é possível perceber o sentimento de impotência, e frustração pelo trabalho “mal feito”. Entre aspas, não com o intuito de culpabilizar alguém e sim para tencionar uma contradição clara entre a resolutividade que se espera da atenção básica a custos baixos e sua execução prática, como exemplifica a enfermeira:

*“As pessoas voltam pra você sem ter conseguido o atendimento e quando voltam perguntam pra você: ‘ – E agora o que que eu vou fazer?’ E eu não sei mais. Com as gestantes então, isso acaba comigo. Já fiz pré-natal das gestantes durante o 1º trimestre, 2º trimestre e não tem um exame que tenha conseguido fazer. Chega no último momento é que você vê que ela tá com a glicose alta ou com colesterol. **Depois que chega o exame, você pensa que tudo poderia ser evitado. Um simples hemograma completo**”* (enfermeira Maria Ângela).

Menzies (1970) analisa as estratégias de defesa contra a ansiedade produzida pelo trabalho em saúde – neste caso um hospital-escola – na equipe de enfermagem. Uma delas é a definição quase ritual de instruções precisas acerca da maneira pela qual cada tarefa deva ser realizada de maneira rígida. O serviço de enfermagem tenta minimizar o número e a variedade de decisões que devem ser tomadas através da padronização de processos. Em parte, essa postura foi encontrada na unidade. Há historicamente na construção da profissão de enfermagem uma centralização de procedimentos burocráticos e de organização dos serviços de saúde. Essa concentração das decisões também ocorre em NO, talvez como uma tentativa de eliminar as variações acerca do processo de trabalho. As enfermeiras da unidade são as responsáveis quase que exclusivamente, por organizar o serviço. Desse modo, limita a possibilidade que os demais profissionais tenham iniciativas e planejamento sob seu próprio trabalho.

Outro evento que a autora aborda é a capacidade de se adaptar as mudanças. As mudanças, embora inevitáveis, implica sempre em muita ansiedade por parte das equipes de saúde, principalmente devido ao seu caráter desconhecido. A fim de fugir dessa incerteza, o serviço tende a se agarrar àquilo que é conhecido, tentando evitar a mudança a qualquer preço. Para Menzies, a dificuldade inerente ao fato de ter que trabalhar com uma demanda flutuante – queixas muito diversas e muitas vezes não configurando demandas de saúde – tende a ser enfrentada com aumento da prescrição e rigidez, cumprindo função de retorno ao já conhecido, uma espécie de compulsão a repetição. A autora expõe como traço característico do sistema de defesa, o seu papel em *“auxiliar o indivíduo a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. Tanto quanto é possível, isso é feito através da eliminação de situações, acontecimentos, tarefas, atividades e relacionamentos que causam ansiedade”* (Menzies, 1970:29).

Uma das representantes do sindicato dos ACSs é lotada lá na unidade. Ela é bastante ativa na defesa dos direitos dos ACSs e exerce certa militância entre os demais

ACS da unidade para que se limitem apenas a realizar as atividades previstas entre as atribuições do agente de saúde no PSF. Por isso, há na unidade uma resistência por parte de um grupo de ACS em aceitar a prática de algumas tarefas administrativas e burocráticas da unidade, por vezes solicitados a fazê-lo. Para aqueles que tentam “quebrar o galho” de vez em quando, chega a haver certa pressão dos colegas de trabalho para que não realizem tais tarefas. Isso gera uma espécie de conflito entre o grupo. A partir da transição do contrato de trabalho – a unidade ficou sem os técnicos de enfermagem, que organizam a sala de espera para consultas, bem como sem os administrativos que foram substituídos e não tinham experiência em unidades de saúde além de não conhecer o funcionamento de NO – o acúmulo de trabalho recaiu sobre o restante da equipe. As duas enfermeiras que permaneceram na unidade, tinham que dar conta do trabalho de três equipes, mais o trabalho das técnicas, ensinar o trabalho para os administrativos novos, e muitas vezes solicitavam ajuda dos ACS para fazer o cartão SUS do usuário, ou mesmo organizar a fila de espera.

*“Me chamam muito do contra porque eu faço coisas que não são da minha alçada. Eu procuro sempre estar ajudando. Agora se eu não estivesse aqui, estaria lá dentro fazendo outra coisa. Se alguém diz, ‘ – Tem como você fazer o cartão do SUS pra mim?’ Não é minha função, mas eu faço. Hoje eu fiz isso. Não fui pra rua porque tava chovendo e fiquei lá dentro marcando ali. Algumas pessoas não gostam. Não porque tem os administrativos... Eu faço na boa” (ACS Márcio).*

Os dois parágrafos acima ilustram duas situações de transgressão em relação ao prescrito. A primeira diz respeito à não fazer o que não está prescrito, quando os médicos não atendem os usuários cadastrados em sua área por sentirem-se mais confortáveis atendendo a sua especialidade. A segunda, fazer além do que está prescrito ou fazer o que não está prescrito, na situação do ACS que realiza tarefas administrativas quando é solicitado ou quando percebe que outros membros da equipe estão precisando de sua ajuda.

Ambas decorrem de um movimento muito particular de cooperação cujos determinantes pode ser vários. No primeiro caso, talvez seja o resultado de um mecanismo de defesa coletiva contra o sofrimento e a angústia diante de situações no trabalho para as quais o profissional não se sente preparado. Uma defesa contra a

angústia gerada pelo não saber associada a uma defesa gerada pelo sofrimento do outro e pela necessidade de garantir o acesso ao cuidado adequado. No segundo caso, parece ser mais um movimento individual de cooperação, de fazer o trabalho do outro – ou para o outro – como tentativa de solução para o seu sofrimento frente às precariedades das condições de trabalho (Sá, 2005). De todo modo, as duas situações se apresentam como forma de lidar com o sofrimento decorrente das relações produzidas no cotidiano do trabalho e da constatação do sofrimento da população. Os profissionais das equipes se sensibilizam a partir do momento em que se colocam na posição do outro, percebem o sofrimento do usuário em sua luta por acesso aos serviços de saúde e se identificam com este lugar.

É preciso considerar o stress e o sofrimento que as equipes sentem ao se depararem não só com a dificuldade de lidar com a doença das pessoas e o sofrimento que lhes causa, bem como o despreparo da rede de atenção e a convivência com demandas que vão além do setor saúde.

*“NO é a unidade que absorve na maioria das vezes tudo aqui: Viga, Engenho Pequeno, Caiçara, Miguel Couto, até Vila de Cava o pessoal vem pra cá. ‘ – Ah, em NO eles atendem’. **Porque a gente é muito sensível.** (...) a gente não vai permitir, eu pelo menos, que uma pessoa saia daqui sem ter ouvido uma palavra, sem a gente tentar ajudar, fazer alguma coisa. Eu considero a gente aqui é muito humano. Posso resumir NO? **A galera aqui é humana pra caramba. Muitas vezes a gente passa além do profissional.** Faz mais do que o profissional, como aquele moço que apareceu aqui quando a gente tava indo embora [um morador de rua, molhado de chuva e com tuberculose]. Uma saiu correndo pra buscar uma camisa seca pra ele vestir, outra foi esquentar o arroz doce que tava lá pra ele comer quentinho por causa do frio...” (ACS Kátia).*

Mais uma vez, a realidade dos serviços públicos de saúde impõe a necessidade de fazer além do prescrito. Este relato é um exemplo da manifestação de um sentimento de compaixão talvez com origens também em processos identificatórios. A ACS continua relatando que, em meio a isso tudo, também há preocupação em resguardar a própria saúde, com cuidado de evitar criar qualquer constrangimento ao usuário. Aqui, há um misto de sentimentos, já que agora a relação com este outro está pautada pela ameaça.

*“Você até deve conhecer, né, o usuário que frequenta aqui, que agora é morador de rua e tá tuberculoso. Ele entra e sai do posto e outro dia ele chegou aqui, quase na hora da gente sair, super molhado de chuva, tossindo em cima da gente. E a gente encara. Fazer o que, vai dizer não posso, sai daqui. E a questão da humanização, você não pode fazer isso e muito menos sair correndo e pegar uma máscara e botar. Olha o choque que é. E a gente não tem nada que nos ampare quanto a isso”.*

O risco de contrair tuberculose era real, devido, sobretudo, às limitações materiais. No entanto, é interessante notar que o risco de contágio é percebido também, para além do risco real de contrair a doença, como uma fantasia, um risco imaginário vivido a partir da angústia de indiferenciação com um outro considerado miserável, que inspira nojo e outros sentimentos ambivalentes. (Sá, 2005). A idéia de contágio possui, ainda uma conotação de exclusão, de discriminação, de contato com a miséria do outro e repulsa, demonstrada tanto na fala exagerada da ACS *“tossindo em cima da gente”* quanto na expressão manifestada durante a entrevista. Esta situação é também uma importante fonte de sofrimento no trabalho.

É importante destacar ainda que o não cumprimento ou a incerteza quanto ao cumprimento das visitas por parte dos médicos – como foi relatado pela ACS que mesmo ao agendar a VD com o médico, nem sempre ele comparece – indica ser um dos fatores de sofrimento e ansiedade no trabalho dos ACS. Um sentimento de que não são (os ACSs) apoiados ou respaldados pelos médicos e desacreditados pela população atendida. Aqui, a não realização do trabalho do médico parece retirar a credibilidade e qualidade do trabalho dos ACS, já que há, em alguns casos, certa culpabilização do ACS por parte da população que apesar de ter agendado uma consulta médica em casa, esta não foi realizada. Daí a ACS não mais avisar ao cadastrado que marcou a VD com o médico, pois se ele for, será ótimo, caso contrário, não vai ser percebida a sua ausência.

Muitas vezes, o trabalho das equipes de SB foi interrompido, principalmente pela falta de materiais como luvas descartáveis, por exemplo. Não raro, os profissionais arcavam com a compra de materiais do próprio bolso. Essa atitude era motivada em muito pelo reconhecimento de que os usuários em tratamento, em geral, não poderiam esperar tanto tempo para serem atendidos. A compra de materiais pelos próprios profissionais se transforma, assim, em mais uma saída contra o sofrimento gerado pelas condições precárias de trabalho que impossibilitam o cuidado adequado da população.

## **8. O CUIDADO POSSÍVEL EM MEIO À PRECARIIDADE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO: IMPROVISANDO SAÍDAS E (AINDA) PRODUZINDO SOFRIMENTO.**

As condições de trabalho em NO impõe ao trabalhador desafios ainda maiores para conseguir manter atingir melhores maneiras de cuidar e produzir saúde. Trabalhar em um ambiente insalubre, não tanto pelas condições físicas de trabalho, mas principalmente pelas condições materiais que restringem o trabalho e impõem a construção de saídas mais criativas frente a adversidade das situações.

A precariedade das condições de trabalho contrasta com o imaginário que paira na idealização de unidade modelo. *“Ah todo mundo fala, né? NO é referencia. É o que a gente mais ouve. Não sei se é porque é uma unidade perto do centro. E que é uma unidade com três equipes formadas, completas”*. (ACS Kátia). Ou ainda *“Acho que essa unidade tem tudo para ser a melhor unidade do município. Me parece que esta é unidade referência da própria secretaria de saúde. Não sei se é verdade ou não”* (Dr. Francisco). Acho que é precipitado falar que há nas equipes esse imaginário de unidade “modelo”. Os discursos são, o tempo todo, ambivalentes. Reconhecem essa idealização atribuída à unidade, no entanto, desacreditam, não parecem estar convencidos plenamente disso.

*“Como se diz lá na secretaria, aqui é um posto de referencia. Até hoje eu não entendo porque, mas ouço isso muito. Que é uma das mais antigas ou que... não sei dizer por quê. Acho que funciona como as outras. Acho até que tem mais recurso do que algumas, mas funciona como as outras. Mas dizem que aqui é um espelho”* (ACS Marcos).

A unidade funciona, sobretudo, como um espelho da dura realidade do sistema de saúde municipal. Há um movimento no sentido de revestir esta unidade deste “imaginário”, mas que de fato não parece muito fecundo.

Muitas são as faltas que permeiam as condições de trabalho das equipes que implicam em diversas formas de agir e produzir cuidado ou descuido. A seguir são descritas algumas situações vivenciadas cotidianamente pelos profissionais de saúde da unidade, bem como os encaminhamentos e as análises produzidas por eles. O médico, conclui

*“falta muito ainda para ser uma boa unidade. Falta medicamento, há dificuldade para marcar os exames – antigamente a gente fazia os exames aqui, agora não faz mais, perdemos a vacinação que também poderia ser feita aqui – existe um espaço próprio pra isso e não é implantado. São coisas que poderíamos melhorar. Fazem uma reforma de ‘embelezamento’. Isso melhorou, mas não é o ideal. Ninguém quer maravilhas, mas quer também uma condição mais digna de trabalho” (Dr.Francisco).*

De certa forma, me parece que esse imaginário vem sendo minado em sua potência, cotidianamente enfraquecido pelas condições precárias e materiais do trabalho na unidade, levando a um déficit de ideais com relação ao sistema de saúde e a dificuldade de formular projetos coletivos mais idealizados, mobilizadores de ações de mudança.

Há praticamente três anos a saúde não faz licitação para compras de nenhum tipo de material, a contrapartida financeira que o município investe na saúde é usada unicamente para pagar recursos humanos. *“Pra se comunicar falta um orelhão. Falta uma obra legal, porque ta tudo ficando ruim. Você ta vendo a infiltração. E a obra nem tem muito tempo. Ta danificando muito rápido” (ACS Alice Maria).* Há muito o município deixou de fornecer lençóis descartáveis ou serviço de lavanderia para a maioria das unidades. Para não interromper o atendimento preventivo ao câncer do colo do útero, por exemplo, a solução foi pedir que as mulheres trouxessem para a unidade uma toalha limpa de casa. O mesmo acontece com a odontologia, que em casos extremos, é solicitado que o usuário traga luvas e máscaras. Na primeira situação, quando o usuário traz o lençol que irá usar durante o preventivo, os profissionais contam com as condições de higiene do lençol trazido pela mulher atendida. No segundo caso, e a própria ESB faz reflexão, cria-se um critério de seleção, ou seja, só quem pode comprar esses materiais tem acesso à consulta, gerando uma barreira de acesso, e, portanto, segundo a equipe, tal prática só é utilizada em casos de emergência.

Tais precariedades materiais constantes nas situações de trabalho da unidade estudada, apresentam como consequência um impacto importante sobre a qualidade do cuidado, sobre a segurança do paciente, já que precisa se submeter à estas condições e leva ainda, à uma restrição no acesso aos serviços de saúde.

Durante todo o período da observação não tinha material para curativo e não havia uma sala específica para a prestação desse serviço na unidade, mas a enfermeira atendia e acolhia as pessoas que vinham à procura de curativos e, quando possível fazia limpeza, orientação sobre como proceder, o que comprar e encaminhava para outra unidade caso necessário.

A chegada da odontologia na unidade ocorreu mais recentemente, daí a necessidade de readequar os espaços e arrumar “a casa” para o início do trabalho. A dentista relata que esse início foi difícil, pois os equipos de odontologia estavam todos encaixotados, e não havia profissionais próprios para fazer a instalação. As equipes que foram chegando e arrumando seus espaços, eles se reuniram e construíram os seus locais de trabalho:

*“A odontologia não tem como trabalhar sem arquivo, a gente teve que providenciar gaveteiros. Conseguimos um arquivo velho, compramos o material e reformamos tudo. O trabalho aqui em nova Iguaçu não é ruim, mas falta aquela ajuda. Muita coisa aqui funciona porque a gente bota a mão na massa”* (Odontóloga Andréia).

As equipes de NO trabalham, muitas vezes, entre a improvisação de saídas para as dificuldades cotidianas e a realização de quebra-galhos para dar conta do real do trabalho. Outra fala bastante ilustrativa desse hiato entre o que idealizamos e o que é possível ser feito em meio à precariedade, ou seja, da distância entre o trabalho prescrito e o real do trabalho em ato:

*“Eu vejo que nós **estamos no afã de fazer uma grande triagem.** É o que a gente faz, né? Fazemos uma grande triagem. Porque a gente não tem acesso à maioria dos exames, então a gente não pode se considerar um clínico geral, desde que o nosso poder é limitado e a gente tem que lançar mão dos especialistas a nossa volta. Se nós tivéssemos condições melhores, poderíamos ter poder mais resolutivo. Sem sobrecarregar o restante da rede, poderíamos ser mais resolutivos”* (Dra. Carolina).

Essa imagem da unidade realizando um trabalho de triagem devido à falta de condições para se realizar um trabalho mais resolutivo é importante, pois aponta não só

para a total inversão daquilo que o modelo do SF pretende enquanto estratégia, como também, mostra um sentimento de impotência do profissional em relação a desorganização e o abandono em que se encontra a rede de serviços. O que estaria sustentando o trabalho dessas equipes de saúde? O que estaria cumprindo uma função de investimento no trabalho dessas pessoas? O que os leva a superar o sofrimento vivido nas relações de trabalho e não desistirem da busca de sentido em seu fazer? O que parece haver, por parte de alguns, é uma certa idealização da capacidade da equipe, da qualidade do trabalho das pessoas que compõem as equipes. Como diz a ACS Kátia: *“Posso resumir VO? A galera aqui é humana pra caramba”*. Ou nas palavras da enfermeira Manuela ao destacar os pontos positivos do seu trabalho: *“a interação da gente é uma coisa positiva”*. Ainda para completar tem a fala de outra ACS em relação às pessoas que compõem a sua equipe: *“São minhas companheiras. Gosto de todas (...) Em tudo que precisei pedir foram maravilhosas”*. (ACS Alice Maria).

*“Essa unidade funciona. Apesar dos pesares, dos contratemos... Eu não sei como é lá fora, mas pelo pouco que ouço falar... Essa unidade aqui funciona bem. A gente tem um contingente aqui que nossa senhora! No dia que ela [a unidade] cair eu saio. (...) Eu to sabendo que a gente ta com excesso de contingente [demanda que procura a unidade], mas só de dar atenção àquela pessoa, faz diferença”* (Odontóloga Dinorah).

O que será que vincula afetivamente essas pessoas na unidade e as fazem permanecer nesse trabalho? Para a Dra Carolina: *“É uma unidade considerada **unidade modelo**. Aqui nos conseguimos levar as coisas porque existe muito boa vontade”*. Ou como afirma a enfermeira da equipe verde *“Essa unidade, comparando com as outras que passei, ela é excelente”* (Enfermeira da equipe verde). Novamente, a unidade parece funcionar, a despeito das precariedades, se apoiando no vínculo das pessoas da equipe entre si, a partir da criatividade dos profissionais em lidar com as situações desafiadoras do cotidiano, do uso de “quebra-galhos” e pela mobilização pessoal de cada um para continuar resistindo:

*“Eu imaginava, embora a teoria [sobre o PSF] seja belíssima, tem toda uma coisa escrita que você já vislumbra. E trabalhar aqui, no início, pra mim, me deixou ainda mais maravilhada. Mas tive também muitas decepções. Porque o que está ali no*

*papel muitas vezes não é executado na prática. Fiquei no paradoxo de gostar muito, mas também me decepcionar demais. (...) quem está aqui hoje no programa, que resiste, é porque realmente aposta”* (Enfermeira da equipe azul).

O vínculo com o trabalho assume a forma de resistência, resistência às adversidades, à impotência cotidiana em que são jogados os profissionais. As concepções de trabalho mudaram ao longo do tempo ganhando sentidos diversos. Diante desse contexto, até que ponto, o trabalho continua a ser hoje algo que “dignifique” o homem? Até que ponto é possível falar de uma identidade profissional? O que o trabalho percebido como resistência pode gerar de sentido na vida dessas pessoas ou pode ser uma afirmação do sujeito e sua existência no mundo?

Apesar de o salário ser reconhecidamente baixo em relação ao valor de mercado e as condições de trabalho deixarem muito a desejar, todos os profissionais entrevistados relataram se sentir recompensados pelo desenvolvimento do trabalho, seja pelo vínculo que estabelece com as pessoas que gera sentido a sua prática, seja devido ao reconhecimento por parte dos usuários e demonstrações de carinho frente ao cuidado prestado. *“Já me ofereceram salários maiores, maiores mesmo. Mas acontece que eu tenho uma ligação com a equipe. E eu moro longe daqui, cerca de 40 km e venho todos os dias”* (Dr. Francisco).

Quando a ACS Kátia é perguntada sobre se considera seu salário compatível com as suas atribuições, responde rapidamente que *“Não. Porque a gente lida com muitas pessoas, com todo o tipo de pessoas”*. Ela fala sobre o atendimento a um usuário com tuberculose, sem máscara e diz *“E a gente não tem nada que nos ampare quanto a isso (...) A gente vai ao médico porque o cadastrado estava com tuberculose, com pneumo? Nada”*. (ACS Kátia). Há aqui um sentimento de desamparo e de abandono do profissional em relação aos desafios que encara no cotidiano.

Apesar da grande demanda que procura a unidade, alguns profissionais se preocupam em oferecer um pouco de escuta, demonstrando boa vontade em atender mesmo que não resolva o problema do usuário definitivamente. Essa atitude muitas vezes dá uma sensação de conforto tanto aos usuários quanto aos profissionais

*“Me sinto (recompensada). Quando posso ajudar as pessoas do jeito que a gente faz. Às vezes não dá pra resolver nada, mas*

*uma palavra amiga, um abraço. A pessoa as vezes precisa de você pra ouvir. Então só de você ouvir a pessoa, já está sendo recompensada. Abrir o coração. Às vezes tem muita gente dentro de casa, mas não tem ninguém que ouça”* (ACS Alice Maria).

Esse recorte é bastante ilustrativo de que frente à precariedade das condições materiais de trabalho, oferecer a palavra, o afeto é uma também uma saída para o sofrimento do profissional nesse encontro com a alteridade, no encontro com o sofrimento do outro e ainda contra o sofrimento gerado pela sua própria impotência para resolver os problemas ou atender às demandas do outro.

Na opinião do ACS, *“Acho que você tem que tratar as pessoas assim ó [faz gesto: na palma das mãos] porque esse aqui é o seu trabalho. Por pior que você esteja na sua casa, ou seja, lá onde for. Não pode descontar em ninguém aqui. Tem que entender que a maioria que chega aqui está com problemas”* (ACS Márcio). Neste caso, a necessidade de tratar o paciente *“na palma da mão”* aponta para o zelo no sentido dado por Dejours (2008), ou seja, tudo aquilo que é desempenhado pelo trabalhador ao realizar tarefa que torna seu resultado mais eficaz, trata-se de fazer além do prescrito. Aqui há uma identificação do ACS com os problemas enfrentados pelos usuários. É uma aposta no *“uso de si”* para o trabalho e que ao tratar bem seu usuário, conseguirá apaziguar seus problemas. Tem um duplo sentido: melhorar a qualidade do trabalho para diminuir o sofrimento do outro e/ou uma saída para lidar com o seu sofrimento diante daquela situação difícil que lhe é imposta pelo trabalho.

*“Tem situações que a gente não quer, não pode se envolver, mas acaba se envolvendo porque de tanto que você conhece aquela família, fica todo mundo amigo e ela fala o problema e você não consegue resolver, dá vontade de ir lá e fazer coisas que você não pode, como eu já cansei de fazer (...) Já cansei de emprestar dinheiro, compro remédio ou algo parecido”* (ACS Márcio).

Essa fala trata de envolvimento, vínculo, capacidade de se afetar pelo sofrimento do outro e não se tornar indiferente a ele. Trata-se, do mesmo modo de saídas contra o sofrimento que a presença do outra causa em nós. São processos identificatórios desse tipo que levam a compaixão e a solidariedade e que mobilizam o sujeito para a ação.

Michel de Certeau, em “A invenção do cotidiano”, faz uma diferenciação muito interessante entre estratégia e tática. A estratégia é um campo de negociação com aquilo que é instituído, ou seja, produz formas de agir, mas as mantém em um registro restrito às regras, normas e representações dominantes. Ao contrário, a tática é uma potência que produz territórios novos, pertence ao campo do desejo, da invenção de si e do mundo. Está além e aquém do instituído. A tática é o encontro com o outro, o estranho-em-nós que produz potência de vida. Para o autor, a tática “*tem constantemente que jogar com os acontecimentos para transformar em ‘ocasiões’*” (Certeau, 1999, p. 47). Essas “maneiras de fazer” táticas manifestam “*a que ponto a inteligência é indissociável dos combates e dos prazeres cotidianos que articula, ao passo que as estratégias escondem sob cálculos objetivos a sua relação com o poder que os sustenta, guardado pelo lugar próprio ou pela instituição*” (ibid.). Práticas cotidianas como falar, escrever, cozinhar, trabalhar, entre outras, podem ser do tipo ‘tática’ desde que estejam abertas as experiências que se produzem em nós e nos movem a ação. Penso que esse encontro com o outro faz emergir relações intercessoras e produtoras de algumas táticas nos processos de trabalho que apesar de tímidas fertilizam atuações mais cuidadoras, mesmo que, em muitas vezes, reproduzam práticas idênticas àquelas que lutamos tanto para transformar.

Esse contato direto com o outro e com a sua diversidade produz mudanças no processo de trabalho das equipes. Bons ou maus encontros, produzindo mudanças no sentido do maior cuidado do descuido. De todo modo, já não é mais possível continuar a tarefa prescrita do mesmo modo que aprendeu durante sua formação profissional, com as regras pensadas para uma realidade ideal e sem contradições.

*“Eu não olho só a boca. Quando você entrou já ta olhando o bairro, a casa, você acaba olhando tudo. Eu lembro uma das primeiras visitas que nós fizemos, na região de Gramma, uma mãe que reciclava fralda descartável das crianças. Ela lavava e pendurava as fraldas das crianças tudo na corda. Várias fraldas descartáveis. São coisas que nos ajudam. Porque na hora de falar com essa mãe eu não vou dizer que ela tem que trocar as escovas de três em três meses. Eu tenho maior cuidado (...) Fio dental a gente ensina fazer uma rabiola de saco plástico [colocada nas duas pontas do fio dental para economizá-lo]. É importante conhecer a realidade do usuário. E a visita dá essa base. Uma coisa que passa despercebida dos meus olhos, outro capta. Cada um tem um olhar. A visita vai o dentista, o ASB e ACS” (Odontóloga Andréia).*

Dejours (2008) nos convida a pensar sobre a mobilização da inteligência prática e da criatividade dos trabalhadores. Os quebra-galhos, muitas vezes são bons exemplos disso. O real do trabalho impõe resistências, exigindo que o trabalhador coloque algo de si no decorrer do seu trabalho. No relato acima, o contato com uma realidade pobre em que as fraldas descartáveis precisam ser reutilizadas, torna-se impossível, falar em comprar fio dental recorrentemente. Daí a engenhosidade do trabalhador ao pensar uma forma de economizar o fio dental: corta-se um pedaço bem menor e amarra um pedaço de plástico nas duas pontas a fim de facilitar o seu manuseio. Trata-se aqui do uso da inteligência prática do trabalhador para o desenvolvimento de um trabalho cuidadoso e atento à realidade da população que atende.

Da mesma forma, essa abertura para se deixar afetar pela realidade cotidiana é uma das possíveis maneiras de se aproximar da integralidade das ações do cuidado. Para o cuidado ser integral, é preciso não recortar o sujeito em uma especialidade e sim ampliar o olhar para o sujeito como um todo. *“você não pode sentar o paciente na cadeira e olhar só a boca, não dá pra olhar só o dente e não saber do todo. Então antes de sentar na cadeira eu converso, preencho a ficha e daí a gente vai criando um laço, uma intimidade”* (Odontóloga Dinorah). O ACS de sua maneira relata que: *“eu gosto de cuidar das pessoas. Eu acho que vim pro lugar certo. Eu gosto muito de conversar. Mas eu também gosto de ouvir. Os nossos pacientes, nossos cadastrados precisam de alguém que ouça, né?”* (ACS Silvia Regina).

Concordamos com Campos (1994) quando afirma que

*“Não há como atender e, ao mesmo tempo, transformar a demanda ávida por ações médicas que deságua em prontos-socorros, sem a contribuição da própria clínica reformulada e competente para estabelecer novas relações com a clientela. Daí a importância estratégica de temas como Vínculo, Acolhimento, Contrato, Auto-cuidado, entre outros, todos componentes essenciais ao repensar do exercício moderno da clínica”* (Campos, 1994:51).

Se por um lado, as práticas das equipes se mostram produtoras de sofrimento, quando perpetuam a lógica restrita de produção de cuidado baseada no trabalho medicalizante, prescritivo e médico centrado, por outro, são capazes de produzir bons

encontros, vínculo, valorização da fala e da experiência das pessoas e acolhimento em contato com uma realidade muitas vezes adversa. Constroem, assim, condições para que as pessoas se apropriem da sua maneira de cuidar da própria saúde e de sua família, isto é, de mais autonomia nos modos de andar a vida.

De outra maneira, os profissionais demonstram certo prazer no trabalho para além dos recursos materiais que recebem em troca, algo presente nas suas práticas faz com que ganhe sentido o seu fazer.

*“Fico realizada quando vejo as coisas acontecendo. Quando vejo o cadastrado sendo bem tratado, sendo bem atendido, conseguindo medicação, com exame marcado. Então isso gratifica. Às vezes até supera o dinheiro. Porque dinheiro sabe como é que é, né? Sempre falta” (ACS Silvia Regina).*

### **8.1 O trabalho como caridade: que cuidado é esse?**

A médica da equipe azul expressa uma fala muito comprometida com seu processo de trabalho e possui vínculo tanto com usuários quanto com as equipes de profissionais, contudo tem a concepção de que o trabalho que desenvolve com aquela comunidade é uma “caridade”. ***“Considero o meu salário bom porque me permite fazer a caridade, que eu faço aqui me dando alguma coisa. Então eu não preciso fazer caridade sem ganhar nada, porque aqui eu faço a minha caridade”*** (Dra. Carolina).

Por mais que essa médica demonstre comprometimento com o seu trabalho, entendo que a prática de pensar o trabalho como caridade, desresponsabiliza o profissional, na medida em que não o percebe como um conjunto de direitos e deveres que deve cumprir. A própria rotina de trabalho que não respeita o cumprimento de horário e as atividades prescritas na Estratégia Saúde da Família, como VDs, grupos de trabalho com a comunidade, desenvolvimento de palestras fora da unidade, e até mesmo a participação nas reuniões de equipe, pode ser justificado por esse imaginário. Da mesma forma, faz com que pareça que por se tratar de uma população carente, qualquer coisa serve, a caridade, qualquer que seja ela, satisfaz.

Há ainda outros relatos na unidade que se aproximam dessa idéia.

*“Inclusive fiz uma entrevista pra trabalhar no PSF, lá de baixo, do Rio e me perguntaram por que eu queria trabalhar com o PSF. Eu expliquei que ajudava um orfanato, que sempre vivi no meio disso e sempre gostei. Desde criança minha mãe dizia que eu não podia ver mendigo na rua que eu queria levar pra casa”* (Odontóloga Dinorah).

Sawaia, discute o sofrimento ético-político a partir de um debate com a literatura de Souza Santos, Espinoza e Hanna Arendt, recuperando a distinção interessante que esta última autora faz entre compaixão e piedade.

*“A compaixão é sofrimento que nos faz voltar à ação social, pode adquirir um caráter público e unificar os homens em torno de um projeto social. A piedade é a paixão pela compaixão, é sentimento que encontra em si mesmo o seu próprio prazer, aprisionando o homem ao seu próprio sentimento. (Sawaia, 2001:105).*

Nessa perspectiva, a autora define dor e sofrimento de maneira também distinta, uma vez que dor se refere aquele sentimento próprio à capacidade de sentir do humano, que provem das afecções do corpo no encontro com outros corpos, da capacidade do sujeito de ser afetado. Já a categoria de sofrimento, aqui, sofrimento ético-político *“é a dor mediada pelas injustiças sociais. É o sofrimento de estar submetida à fome e a opressão e pode não ser sentido como dor por todos”* (Sawaia, 2001:104).

Nos dois casos das profissionais – médica e odontóloga – descritos acima, diria que elas estão mais no plano da piedade e da dor do que do sofrimento e da compaixão. Elas se afetam pela carência do outro mais esse sentimento não é potente para mobilizarem-se em direção de uma ação social. Importante analisador para pensar os desafios da solidariedade e da cooperação em relação ao cuidado da vida das pessoas nos serviços de saúde. Alguns achados semelhantes se fazem presentes em outros trabalhos acadêmicos (Sá, 2005; 2008).

## 9. A COOPERAÇÃO PRESCRITA E A COOPERAÇÃO POSSÍVEL: DESTINOS DA SOLIDARIEDADE EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

### *9.1 Equipe Prescrita e Equipe Possível: diluição das fronteiras normativas entre as equipes*

Neste capítulo, me parece fundamental destacar um ponto central: a indiferenciação entre as equipes (azul, verde e amarela) apontada pela maioria dos profissionais, uma diluição das fronteiras normativas que definem o pertencimento de cada profissional a determinada equipe e a afirmação de laços de cooperação, parceria, solidariedade e confiança a partir de outros determinantes.

Quando perguntados sobre que profissionais considera importante para o desenvolvimento do seu trabalho, a maioria dos entrevistados responde que todos os profissionais são imprescindíveis para tal, cada um contribui a sua maneira.

*“Eu entendo essa divisão de equipe azul, verde e amarela como uma coisa burocrata, mas eu não tenho divisão. Por exemplo, estamos sem o doutor Vicente e o que vai fazer com essa gente? Quem vai atender? Vou dizer que não é da minha equipe e não atendo? Todos os agentes daqui sabem que podem contar comigo para qualquer coisa. Sempre disse pra eles, se qualquer um de vocês precisar pode me esperar que eu vou. Eles sabem disso. Todos eles” (Dra. Carolina).*

Esta fala mostra da médica afirma que não há diferenças entre as equipes, ou seja, as pessoas (trabalhadores e usuários) não se vinculam unicamente às suas equipes de referencia. De certa forma as três equipes se misturam e a separação das equipes é determinada unicamente pelas áreas de abrangência de que são responsáveis. O trabalho, de fato, se embaralha de forma que a divisão das equipes não se constitui em barreiras para o trabalho integrado entre membros de equipes distintas. Isso se apresenta na prática, quando a médica vai fazer VD de urgência em outra área de abrangência, com ACS de outra equipe; quando o ACS procura outra enfermeira para tirar dúvidas do trabalho, ou quanto cadastrados escolhem ser atendidos por outro médico que não o da sua equipe. A ACS reafirma esta impressão:

*“Quando um cadastrado ta com algum problema eu procuro a enfermeira e pergunto se ela pode ajudar, caso ela ache necessário ela encaminha pro médico examinar. Se o médico do cadastrado não tiver pode ser outro médico. Eles não negam atendimento pra gente. Tendo necessidade todo mundo ajuda. Pelo menos nunca disseram não pra mim. O que precisar, eles tendo condições não negam” (ACS Alice Maria).*

Os enfermeiros das três equipes e os 18 ACS trabalham de forma bastante parceira. Muitos ACS recorrem no cotidiano de trabalho, não só à enfermeira da sua equipe e sim à enfermeira mais disponível no momento. E quando perguntados sobre o que fazem quando têm alguma dúvida, no dia-a-dia de seu trabalho, a maioria responde que procura em primeiro lugar a enfermeira. O mesmo ocorre entre a equipe de SB, como demonstra essa fala da dentista se referindo a auxiliar de saúde bucal que trabalha com ela. *“Eu não sou muito de trabalhar sozinha. Preciso sempre de uma parceria. Porque você ta com luva, coloca a mão na boca da pessoa...”* (odontóloga Dinorah).

O grupo de enfermeiras é bastante unido e elas, a seu modo, fomentam a integração da equipe. Esta parceria se confirma, ainda, nos poucos espaços de reunião de equipe – freqüentados quase exclusivamente por agentes e enfermeiros –, que funciona como um lugar de acerto no processo de trabalho desses profissionais e, guardando as devidas proporções, uma possibilidade de exercício de educação continuada.

*“Pelo menos uma vez na semana a gente faz reuniões. Sempre na quinta de manhã, mas essa semana a gente nem fez porque estava meio conturbado aqui, tava muito cheio e não deu pra dar uma parada e fazer a reunião. Mas eu sempre procuro e a Maria Ângela é sempre muito aberta pra gente chegar e falar o que tá acontecendo isso, o que a gente pode fazer pra melhorar? Quando é uma questão de equipe, a gente resolve na equipe.(...) E eu tenho liberdade com todas as enfermeiras. As vezes a Maria Ângela não está eu procuro a Manuela e digo que tá acontecendo isso, isso e isso... É como se ela fosse enfermeira da minha equipe. **O ela fala pra mim é como se fosse lei.** (...) Eu até brinco, porque falo pra Manuela que eu sou dela, falo pra Sabrina que eu sou dela também. **A gente é de todo mundo.** Cada um é um pouquinho de cada equipe mesmo. Porque cada um ajuda um pouquinho cada um” (ACS Kátia).*

Apesar da afirmação “*O ela fala pra mim é como se fosse lei*” sugerir uma conotação de subordinação ou adesão excessiva. Não me parece ser esse o caso. Neste caso, chamo atenção mais para o sentimento de pertencimento que a ACS apresenta não só em relação a sua equipe (ou em relação à enfermeira de sua equipe), mas também o amparo e a confiança que deposita nos demais do mesmo modo: “*A gente é de todo mundo*”.

Em muitas falas, a equipe que aparece é aquela formada pelas três equipes juntas. Talvez as faltas tenham servido para unir o grupo e torná-los uma equipe única.

*“A minha equipe sou eu, Silvia Regina, Sandrinha, Edwiges, Edna (ACSs). Não tenho o que falar. São minhas companheiras. Gosto de todas. O que a gente puder fazer pra ajudar a outra a gente faz. Minha enfermeira Sabrina que foi embora também era maravilhosa. As duas que ficaram também não tenho o que falar. Em tudo que precisei pedir foram maravilhosas. Os médicos, os três, no que eu precisasse também”* (ACS Alice Maria).

Os ACS também estão sempre muito atentos às necessidades dos cadastrados que identificam no território, sem fazer distinção entre o cadastrado que está na área de abrangência da equipe azul, verde ou amarela. Os usuários solicitam ajuda ao enfermeiro ou a um ACS de outra equipe, que se prontificam a fazer o que for possível para ajudar. “*A gente lida com pessoas, com vidas. Isso é o que satisfaz a gente. Quando a gente tá no sufoco. Quando alguém precisa e sabe que pode chegar junto. Sem ter essa diferença de que equipe é essa, que pessoa é essa*” (ACS Alice Maria). Nem todos os profissionais apresentam a mesma capacidade de mobilização diante das demandas/sofrimento da população, e isto talvez possa ser um dos principais elementos diferenciadores dos vínculos estabelecidos entre os trabalhadores e entre trabalhadores e cadastrados, bem como da distância entre a “equipe prescrita” e a “equipe real”.

As decisões técnicas em geral são tomadas pelas enfermeiras. Quando o assunto envolve uma decisão administrativa, o coordenador da unidade entra em cena. Mas no final das contas, as decisões são passadas para o restante da equipe e, de alguma forma é solicitada a opinião das pessoas sobre os assuntos que envolvem o processo de trabalho. “*O que vai fazer ou deixar de fazer, todo mundo fica a par*” (ACS Alice Maria). De certa forma, a unidade reproduz o histórico da própria da profissão de enfermagem em

relação à organização e provisão dos insumos para o cuidado; organização dos horários e das tarefas burocráticas do serviço. O coordenador da unidade não é um profissional de saúde e não tem experiência em gestão de unidades, simplesmente é uma figura política – muitas vezes trabalham como “boca de urna” junto a comunidade em períodos de campanha eleitoral – que após a eleição, o vereador local o indica para assumir a posição de coordenador de unidade de saúde de seu bairro. Em NO, o exercício de, se é que podemos chamar liderança, é exercido pelas enfermeiras.

Há ainda certa relação de cumplicidade entre os profissionais. Muitas falas demonstram a disponibilidade por parte dos integrantes da equipe em não deixar furos mesmo perante a precariedade das condições de trabalho.

*“Essa semana, tui a Maria Ângela que não me deixa mentir (enfermeira entra na sala), eu e ela ficamos garantindo o posto praticamente. O nosso relacionamento é ótimo. A gente exerce uma função aqui em que não existe falta. Estou aqui há mais de cinco anos e não existe falta. A gente tenta fazer com que nosso trabalho seja realizado da melhor maneira possível. Independente de saber se o colega ta vindo ou não”. (Dr. Francisco).*

Ainda que a expressão “*não existe falta*” esteja sendo para designar o modo de trabalho em equipe, soa no mínimo como curiosa, já que o comum da unidade é a falta, tanto material como recursos humanos.

Em algumas falas, a equipe da unidade parece ser a de ACS, ou a equipe de enfermeiros ou médicos. “*Não tenho problema nenhum com os meus colegas. Conto com eles em tudo e eles me ajudam em tudo que eu preciso. Se preciso fazer uma visita, se precisar me ausentar por qualquer motivo e precisar fazer uma visita na minha área, eu peço e eles vão pra mim, assim como eu faço pra eles*” (ACS Kátia).

A integração entre as equipes de SF e SB é ainda muito incipiente. Os prontuários da SF e SB são diferenciados, mas com a mesma numeração. Durante a entrevista, a dentista aponta para a necessidade de uma integração entre as equipes, principalmente em casos de hipertensão arterial – todos os pacientes com histórico têm sua pressão aferida, antes da consulta com o odontólogo e caso apresente PA alta, o mesmo só volta ao atendimento em SB depois que fizer o tratamento com médico e

tiver quadro regularizado. Este é só um dos exemplos das possibilidades de articulação entre as equipes, das muitas possíveis.

*“Essa unidade, comparando com as outras que passei, ela é excelente. A comunidade nos respeita, os ACS, não são todos né?, mas você sabe aquele em que pode confiar quando necessário, a equipe de enfermagem eu não preciso nem falar. Os médicos também a gente se dá bem. Se eu penso em fazer alguma coisa e falo, é claro, cada um tem a sua opinião, mas se eles acham que isso vai dar certo, a gente dá o braço e consegue fazer. Eu gosto muito daqui. (...) Aqui existe uma união no trabalho” (enfermeira Maria Ângela).*

A fala dessa enfermeira ainda se refere à diluição das fronteiras entre as equipes e em uma forma de cooperação baseada em processos de identificação. *“Aqui é uma equipe. A gente se entende. Ninguém vai se negar a fazer porque não é sua equipe. Aqui somos três equipes, mas forma uma só. Agora a gente tá sem uma enfermeira e as outras duas estão ali prontas, se desdobram e fazem mesmo” (ACS Alice Maria).*

*“O gratificante é o nosso ambiente de trabalho. O nosso ambiente é muito agradável. E é difícil ter isso fora daqui. Agora realmente a precariedade que a gente tem do vínculo, o reajuste que eu nem lembro mais quando foi o último. Quando eu entrei o pessoal já tava reclamando de não ter reajuste. O pessoal já reclamava de ser cooperativa, agora não tem nem a cooperativa. Mas tinha day off. Agora não tem nem o day off. Não tem uma data fixa de pagamento. Então é desgastante, tem dias que é difícil” (Odontóloga Andréia).*

Mais uma vez o ambiente de trabalho e as pessoas são motivadores para agüentar as dificuldades do cotidiano, a precarização do trabalho e dos vínculos trabalhistas. Não há um amparo. Não há garantias nesse trabalho. A saída é buscar apoio entre os profissionais das equipes. Um apoio baseado na idealização da equipe.

Há o reconhecimento de que ainda se está distante do ideal, mas como todo processo, está passível de modificações, rearranjos, avanços e retrocessos.

*“Mas é uma unidade boa de se trabalhar, composta por pessoas normais, como todas nós, e portanto passíveis de coisas não*

*muito boas. Mas que me ajudaram muito, que contribuíram muito também na minha formação. Se sou a profissional que sou hoje, eu devo à unidade, por ter contribuído pra isso. Mas tem muita coisa pra rever ainda. Porque é um processo, e como processo ele muda, você não consegue definir hoje, amanhã ele muda e é isso mesmo evolui cada vez mais”* (enfermeira Manuela).

## **9.2 Divisão técnica do trabalho ou divisão social do trabalho?**

A unidade segue dois arranjos distintos que convencionamos denominar de “padrão vertical” e “padrão horizontal” de cooperação. A primeira regida por uma divisão social do trabalho e a outra por uma forma mais democrática de organização. Uma das situações que possibilita a identificação desses dois modos de cooperação diz respeito à realização da limpeza na unidade.

NO conta com apenas um auxiliar de serviços gerais. Trata-se de um senhor que faz serviços de manutenção e de tempos em tempos faz uma limpeza superficial da unidade, que de fato é muito grande para ele dar conta sozinho. *“Aqui a gente tem que fazer até a faxina. É porque tinha o seu Dario. Ele era operacional e agora é vigia. Eu gosto muito do seu Dario, mas ele gostava de limpar o posto ou quando tava chovendo ou quando saia o pagamento”* (odontóloga Adriana). Então os ACS ajudavam, mas não são responsáveis pela limpeza. A unidade ainda não possui material de limpeza e higiene fornecido regularmente – já havia um ano que não recebia esse material do almoxarifado. *“Não se tem uma equipe de limpeza no posto. Então a gente improvisa”* (Dra Carolina).

Quando os profissionais não agüentam de tanta sujeira, a equipe se reúne para definir o dia do “faxinão”. Como é organizado este procedimento? Os médicos pagam o material de limpeza, os enfermeiros coordenam o mutirão e os ACS que realizam a limpeza da unidade toda e ganham um dia de descanso do trabalho em recompensa pelo “trabalho” realizado. Vale lembrar que nem todos participam desse processo, a presença no mutirão da limpeza é opcional, mas lembro ainda que todos os profissionais têm um *day off* oficializado pela coordenação da unidade, exceto o ACS. Tal organização reproduz e naturaliza uma divisão social no trabalho.

O mesmo procedimento ocorre quando a grama atrás da unidade fica alta. A médica começa a reclamar dos mosquitos – esta área fica atrás do consultório da equipe azul. A solução utilizada é pedir para dois ACSs capinarem a grama e em troca é dado um dia de folga para os mesmos.

Se por um lado os corporativismos e “sindicalismos” das profissões e, muito presente em NO, resguarda a classe de alguns abusos e preserva o direito do trabalhador; por outro lado, quando é encarado de forma extrema – leva a um engessamento das práticas que, principalmente na saúde, pode se tornar um obstáculo à possibilidade de cooperação. Como por exemplo, o caso do ACS que era criticado pelos colegas por realizar eventualmente atividades administrativas, a fim de colaborar com a equipe no suporte a sobrecarga de trabalho. Há ainda aqueles que se fixam na rigidez das regras como uma forma de desresponsabilização e uma possível defesa contra o sofrimento gerado pelas condições de trabalho precárias.

Contudo, ao realizar uma atividade que não é atribuição do profissional, em certos casos, faz com que o trabalhador não lute por aquilo que é seu direito. Em relação à faxina, por exemplo, aquele que trabalha limpando o posto ganha como “prêmio” um dia de folga, enquanto isso não reivindica que o município forneça material de limpeza e o profissional de serviços gerais para a unidade, condições básicas para o desenvolvimento do trabalho em uma unidade de saúde. Desse modo, o profissional se sente recompensado com o dia de folga e não busca mudanças nesse quadro desrespeitoso para com os profissionais e usuários da unidade.

As ESB se organizam para a realização da limpeza de modo distinto do descrito acima e bastante interessante também. Todos da equipe participam da limpeza. Em geral, esta ocorre antes dos atendimentos, eles se encarregam de comprar o material e limpar seus consultórios e o banheiro que usam juntos. Diferente da limpeza da equipe de SF, aqui não se afirma uma divisão hierárquica do trabalho para a realização do faxinão.

Outro exemplo interessante do que convencionamos chamar de padrão “horizontal” de cooperação é a mobilização do almoço realizada pela ESB. Um dos odontólogos da equipe de SB não gostava de comer “quentinha” e tampouco da comida preparada pela pensão mais próxima onde a maioria dos profissionais da SF almoçam. Daí começou a incentivar a equipe para que fizessem a comida na unidade – onde há um fogão a gás. Por isso, quase sempre eles se organizam, cada um trás um ingrediente,

eles preparam a comida de forma coletiva e almoçam juntos. Já entre a equipe de SF, é comum que um ACS busque a comida (“quentinha”) dos enfermeiros quando voltam do horário do almoço. Os médicos quase nunca almoçam na unidade, pois assim que terminam os atendimentos vão embora.

Será que a maior interdependência entre os trabalhadores da ESB para produção do cuidado poderia explicar em parte este padrão mais “horizontal” de cooperação? De certa forma, o desenvolvimento do trabalho da ESB depende mais de seus membros, isto é, para realização de cada consulta odontológica é imprescindível a participação dos auxiliares de saúde bucal. Os atendimentos do THB são sempre muito interligados aos odontólogos. As VDs de SB são constantemente acompanhadas pelos THB ou ASB. Talvez esse convívio de trabalho mais imediato e parceiro, aproxime também os vínculos entre os integrantes da equipe deixando os laços mais fortes do que entre os membros das equipes de SF.

## 10. TEORIA E PRÁTICA: DISTORÇÕES DO MODELO SF

Muitos autores já apontam para o abismo entre teoria e prática, para não correr o risco de ser redundante, me restrinjo apenas à idéia de que o que planejamos e construímos como o ideal a ser alcançado, nunca se realiza do jeito que pretendemos e que faz parte da singularidade das situações e do imperativo da realidade fazer ajustes.

A maioria dos ACS entrou na unidade sem ter idéia do que era de fato o programa e sem ter experiência alguma em outros serviços de saúde. Muitos deles fizeram o curso introdutório tempos depois de já estar trabalhando e foram aprendendo a medida que praticavam. Uma das ACSs conheceu o PSF porque era uma cadastrada do programa. *“Me explicaram como era o programa. Eu passei a levar a minha filha. Foi aí que eu conheci o trabalho e achei muito bonito”* (ACS Silvia Regina). E muitos agentes contam que tiveram medo no início, o quanto era difícil entrar na casa das pessoas, falar da saúde delas e perguntar coisas particulares de suas vidas e do cotidiano da sua família. *“Nos cursos de capacitação (...) foi quando a gente começou a ver o que era o PSF. E a história do PSF é muito linda. A teoria é muito bonita, infelizmente não é assim. A gente vê que a nossa unidade não é assim”* (ACS Kátia).

O debate sobre as atribuições do ACS no programa ainda é incipiente no município, e apesar da longa experiência deles com o trabalho na unidade, muitos tem dúvidas quanto seu o papel nas atividades de promoção e prevenção. *“Depois que tiveram esses cursos aí que a gente ficou sabendo que o trabalho do ACS é na rua. Então assim, não é pra fazer o cartão SUS, não é pra marcar exame, não é pra faxinar o posto. Mas a gente acaba, é ética, a gente acaba fazendo”* (ACS Rosana).

A ACS Berenice da equipe azul, está há 11 anos na unidade e tem clareza dessa defasagem, relata que hoje o trabalho no posto é diferente do que prevê a Estratégia SF porque os profissionais não conhecem a família e atendem não só a sua população cadastrada. O médico da equipe três também faz essa análise e reconhece que o trabalho da unidade se processa de forma tradicional

*“É difícil porque na medida em que você fica dentro do PSF, mas na verdade funcionando como uma unidade básica, não tem a disponibilidade de tempo ou mesmo de conhecimento das prioridades das pessoas daquela área. Em tese, o ideal seria que*

*antes do profissional vir aqui atender ele fosse conhecer a área dele (...) Acho que uma das carências é essa. Esse atendimento por não ser voltado para os programas de saúde, você acaba tendo que atender essa demanda livre e fica sem tempo pra conhecer sua população. Você conhece aqueles 10% que frequenta a unidade os outros 90% não conhece” (Dr. Vicente).*

A unidade atende a uma grande demanda e funciona ainda numa lógica ambulatorial, como é afirmado pelo médico:

*“a gente acaba tendo muito de demanda e não de programa. Vem pessoas aqui pra tratar de gripe, resfriado, otite, sinusite, como se fosse uma unidade básica ou até um SPA [Serviço de Pronto Atendimento] (...) Do programa mesmo a gente desenvolve muito pouco. É claro que a gente tem ainda um pouco de HIPERDIA [Programa de Hipertensão e Diabetes], mas o que a gente faz com mais frequência, com mais solidez é a puericultura e o pré-natal. Esses sim são agendados e pré marcados. O agente quando vai pra rua, não sei se por falta de informação, não sei como funciona isso pra eles. Eu ainda não entendi. Eles não trazem os programas. Eles trazem a demanda livre, SPA. O cara tá passando mal em casa, então vamos lá. Leva ele lá, marca e atende. Isso não deixa o programa como PSF evoluir ” (Dr. Vicente).*

No entanto o médico não se coloca no lugar de co-responsável pelo problema. Responsabiliza unicamente o ACS e insiste em trabalhar com agenda de marcação de consultas, sem sair do seu consultório para conhecer o território, as demandas da comunidade, tentar trabalhar em cima de outra lógica e propor mudanças no seu processo de trabalho. Não se trata de culpabilizar ou fazer julgamentos morais sobre os profissionais, mas sim demarcar um campo de forças que atravessam o cotidiano dos serviços de saúde e operam para a reprodução dos instituídos e para a cristalização de algumas práticas. *“Acho que naturalmente a gente trabalha como se fosse uma unidade de triagem” (Dra. Carolina).*

O que atravessa o cotidiano dessa unidade que não favorece o desenvolvimento de um trabalho de base territorial, mais parceiro da comunidade, menos medicalizante e ambulatorial? Além de tudo o que foi exposto acima, arrisco mais algumas suposições baseadas nas análises dos próprios profissionais: *“Aqui a gente age muito mais no processo de doença do que no processo de saúde” (Dr. Vicente).* Se por um lado o PSF

é oficialmente uma política nacional de saúde, assegurado institucionalmente, ainda vigora no cotidiano das equipes e dos usuários um modelo assistencialista e médico centrado, ou seja, a conservação do instituído. Há ainda certa dificuldade dos médicos e de muitos profissionais de saúde em trabalhar com grupos e ações de promoção e prevenção, continuando a desenvolver ações puramente curativas. *“O técnico aqui trabalha mais com atendente. Faz consultas, afere PA, pesa, mede... Entra no esquema do ambulatório”* (Dr. Vicente). Ainda que alguns profissionais tenham consciência da lacuna que se interpõe entre o que define o PSF e a realidade das práticas da unidade, são envolvidos nas malhas sedimentadas do instituído, produzindo poucas linhas de fuga. O pouco conhecimento do território impede que seus recursos sejam usados pela equipe na efetivação do cuidado de acordo com o que preconiza o PSF como um programa de base territorial.

Outros estudos apontam para o paradigma médico centrado como um desafio ao desenvolvimento de outras maneiras de se produzir o cuidado em saúde, de forma mais abrangente e integral. Uma concepção hegemônica de modelo assistencial que perpetua a compreensão de saúde como ausência de doença e se apresenta como um entrave para a proposta de saúde mais ampla do PSF. A própria população, via de regra, recorre a uma atenção à saúde voltada para os exames, consultas e medicamentos, se colocando no lugar de que nada sabem ou nada podem fazer para melhorar a sua saúde, sem se apoderar daquilo que é o seu modo de cuidar e viver a vida. Romagnoli (2009) reflete sobre a experiência de trabalho e a prática profissional em dois PSF da rede municipal de Betim e encontra situações muito similares a que nós encontramos:

*“a vida encontra-se presa no segmento da reprodução, no querer ‘fazer igual’, que é mantido tanto nos usuários quanto na equipe, denotando um plano de organização cristalizado e endurecido. Nesse plano os usuários desejam assiduamente um cuidado curativo, que responsabiliza o médico e sua equipe pela sua saúde, como se nada tivessem a fazer nesse sentido, como se a sua própria vida não lhes pertencesse”* (2009:530).

Merhy (2007) contribui para o debate ao afirmar que *“para haver uma produção intercessora é fundamental que os trabalhadores reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador”* (2007:14). Afirma ainda que é preciso expor essa disputa e trazer para análise do trabalho, não

como forma de confronto, mas, sobretudo, de maneira a compor uma prática que considere essa micropolítica nas relações de cuidado.

O uso excessivo de medicamentos é outro sinal de um modo de cuidar que encara o remédio como o principal tratamento de saúde. Fuganti (2007) promove um debate importante sobre essa questão. O autor faz uma denúncia o controle que certas concepções de cuidado exercem sobre a vida, gerando uma nova demanda por determinado valor de saúde. A medicalização, neste sentido, surge como uma como um dispositivo de controle sobre a vida, ou nas palavras do autor, de biopoder. Trata-se do investimento de um tipo de vida sobre outra, que pressupõe modos de agir, pensar, sentir que se abatem como uma verdade despejada sobre a existência. O remédio vira uma mercadoria como qualquer outra a ser consumida por essa vida fabricada e onde a demanda por saúde torna-se necessidade. O excesso de medicamento se faz necessário para suportar uma vida separada da sua potencia ativa e afirmativa.

Delba Barros (2004) se dedicou, em sua dissertação de mestrado, à análise da redução do número de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares como um dos resultados esperados a partir da implantação da Estratégia da Saúde da Família no município de Quissamã (RJ). Barros apresenta as contradições e desafios da Estratégia que conta com 100% de cobertura no município. A autora alerta para o não acompanhamento, pela equipe de saúde da família, dos problemas de saúde do usuário no âmbito da unidade, referindo para atendimento em outros serviços do sistema de saúde local, não diminuindo o impacto sobre a demanda de atendimentos ambulatoriais nas emergências dos hospitais

*“O acolhimento implica escutar as necessidades da população no momento da demanda, e para isso é preciso estar com as portas abertas da unidade de saúde tanto para a demanda programada como para a demanda espontânea, avaliando os riscos para definir prioridades e recursos terapêuticos necessários a cada caso. (...) O não acolhimento, traduzido pela falta de diálogo entre trabalhador-usuário, pela desatenção e não responsabilização às questões demandadas pelo usuário gera um esvaziamento da unidade de saúde, fragilização do vínculo profissional-usuário e descrédito do serviço pela comunidade”.* (Barros, 2007:36).

Com isso, quero chamar atenção para o cuidado de não desvalorizarmos a demanda dos usuários, qualquer que seja, mesmo em se tratando de atendimentos puramente curativos. O PSF deve dar conta também da atenção às demandas médicos-curativas, sem se restringir xiitamente às atividades de promoção e prevenção. O cuidado integral abarca o sofrimento, o estabelecimento de vínculos com o usuário, a responsabilização pela atenção em saúde e não uma visão dicotômica entre promoção e assistência curativa.

Os ACS também reclamam muito que muitos cadastrados só os atendem porque sabem que é por meio deles que conseguem consultas. Apontam ainda para a confiança que os usuários depositam na ética e no sigilo dos médicos e a dificuldade de expandirem essa consideração para os outros profissionais, principalmente os ACS. “*Só querem médico. Porque tem gente que acha que vai falar alguma coisa pra você e você vai espalhar pras pessoas. Porque realmente eu vou pra casa de todo mundo, mas eu não vou dizer nada*” (ACS Silvia Regina). Um sentimento de desvalorização do seu trabalho e o não reconhecimento do ACS como profissional de saúde, e portanto, não devendo sigilo e sem ética profissional.

Há ainda na unidade uma ACS que trabalha como agente administrativa – pessoa de confiança do coordenador – e sua área não era coberta por nenhum outro ACS. Essa prática também era comum em outras unidades, sem nenhuma interferência por parte da equipe e qualquer discussão sobre como aquelas famílias teriam acesso a unidade e seus recursos.

De certo modo, os ACS possuem um vínculo importante com aquela população, uma vez que são do território, vizinhos dos seus cadastrados e conhecem as potencialidades e recursos da comunidade. “*A grande maioria me conhece desde pequena. Eu amo de paixão o meu trabalho (...) É claro que tem coisas faltando, muita coisa faltando mesmo. Mas eu gosto muito.*” (ACS Alice Maria). Nas VDs que acompanhei, os ACs não se limitam a fazer visitas padronizadas e se relacionam bem com as famílias que visitam:

*“as pessoas vão às nossas casas de noite, vai sábado, vai domingo. Já aconteceu de ir na minha casa 4hs da manhã. Eu tinha uma Kombi de um trabalho que eu fazia fim de semana e a pessoa achava que eu tinha que levá-la, achava que a Kombi era extensão do trabalho no posto de saúde”* (ACS Otávio).

Ainda que centralizem suas ações focando a doença mais que a saúde. Algumas falas apontam em outro sentido:

*“Porque é um trabalho diferente do ambulatório. Realmente a gente cria um vínculo, não só com a comunidade, mas com a própria equipe e com as pessoas do trabalho. Diferente do trabalho ambulatorial que é muito corrido. Que tem pouco tempo de conhecer até os próprios colegas”* (Odontóloga Andréia).

Os prontuários da unidade são organizados por família, apesar disso, o atendimento e a lógica que guia o processo de trabalho dos profissionais de saúde está ainda baseado em uma visão muito individualizada. O reconhecimento do sujeito inserido no contexto de sua família e de seu território e os modos de intervenção da saúde junto a esses condicionantes ainda é incipiente entre as equipes da unidade estudada. Os prontuários ficam sob a responsabilidade dos ACS, sem, contudo poder ter acesso às informações ali contidas e nem tampouco preencher as informações observadas nas casas e no território de circulação dessa família. A ESB também não tem livre acesso ao prontuário para obter informações ou ainda preencher com dados relevantes de sua saúde bucal, talvez pelo cotidiano corrido da unidade e pela dificuldade de comunicação entre as equipes. As fichas de atendimento odontológico são organizadas em lugar separado e o acesso ao prontuário do SF é recorrido somente em casos específicos.

Pulsa ainda a capacidade de se afetar e a produção da alteridade que só é possível no encontro: *“O PSF é isso aí. O PSF é esse ‘Tête-à-Tête’ com os usuários, é a gente se envolver no drama de cada um, tentar ajudar, tentar socorrer. O PSF é vínculo paciente/ equipe. É um contato com tudo que envolve o paciente”* (Dra. Carolina). A ESB também demonstra a inclinação por um contato próximo daqueles que atendem: *“quando a gente entra na casa não é só a boca que olhamos. É o que a gente aprende no PSF. A gente olha o paciente como um todo. Quando o paciente chega pra mim para uma anamnese, ou pra parte ambulatorial eu já sei tudo, porque fica tudo anotado aqui”* (Odontóloga Andréia).

O discurso da especialidade ainda atravessa com força as relações na unidade e dificulta muito que o grupo se reconheça enquanto equipe e desenvolva o trabalho de maneira mais coletivizada.

*“O que importa é a hierarquia. Não de obediência, mas hierarquia de reconhecimento da importância de cada um, não querendo ultrapassar os seus limites. Você vai fazer uma visita a uma paciente grave, que necessita de cuidados médicos, e o ACS que vai com você fica dando opinião, falando coisas que não devia falar. Tem que ouvir o médico falar e ficar quietinho” (Dr. Francisco).*

Mesmo que em algumas ocasiões se disfarce em uma simples organização técnica do trabalho que se integra aos ideais do PSF.

*“Então mesmo eu sendo pediatra, tenho formação médica que capacita a gente pra tentar resolver bem os problemas. Existe um trabalho que a gente se integra. E isso é importante. O fato da sua especialidade deve estar integrado ao programa. E acho que aqui no serviço, os médicos que aqui trabalham, estão integrados” (Dr. Francisco).*

Em outra fala, o ACS faz uma avaliação positiva em relação à melhoria – que para ele é devida ao início do programa – das condições de saneamento, violência e qualidade de vida das pessoas no bairro.

*“É um bairro que melhorou muito. Antes a gente não tinha asfalto. Quer dizer em alguns lugares tinha asfalto e outros não. A minha área de trabalho era toda lama. O esgoto era a céu aberto. Com o programa de saúde isso melhorou. Tinha problema de tóxico, de homicídio e de acordo com o programa de saúde e a melhora na parte de asfalto, da comunidade, e esgoto a céu aberto que não tem mais, melhorou muito” (ACS Otávio).*

## **11. BAIXA RESPONSABILIZAÇÃO E GOVERNABILIDADE: O TÉRMINO DA COOPERATIVA COMO ANALISADOR DOS DESCAMINHOS DA GESTÃO MUNICIPAL**

Esse capítulo faz uma rápida descrição do término da cooperativa de trabalho dos profissionais da rede de saúde e a crise que se instaura a partir daí. Tal fato gera uma desorganização violenta na rede de assistência à saúde já fragilmente engendrada.

O contrato de trabalho da maioria dos profissionais de saúde do município é por cooperativa de trabalho. Durante cerca de cinco anos, passaram três tipos de cooperativas diferentes. O atraso no pagamento dos salários era muito comum, sem contar a ausência de reajustes salariais, a precariedade do vínculo e a negação de todos os direitos trabalhistas duramente conquistados.

Em meados de agosto de 2009, foi anunciado o término da cooperativa que regia o contrato de trabalho dos profissionais da saúde. A previsão para sua conclusão estava agendada para o início do mês seguinte, 09 de setembro de 2009, devido à determinação do Ministério Público Federal. Este fato ocorreu atrelado a uma demora na definição da nova forma de contratação por parte da prefeitura, bem como uma clara determinação de corte no quadro de funcionários da saúde. Este alarde é feito pela própria cooperativa que emite no dia 14/08 um comunicado dizendo que a partir de 09 de setembro o prazo da vigência do contrato municipal acabaria e que todos os cooperativados estariam sem garantia de salário. A prefeitura e a secretaria de saúde, por sua vez não se pronunciam e não dão qualquer esclarecimento sobre o episódio, isto só é feito tempos depois. Vale lembrar que paira sobre o município uma fama de mau pagador.

Tais acontecimentos levaram a uma forte instabilidade em toda a rede de saúde, composta na maioria por contratos precários pela cooperativa. Os técnicos de enfermagem foram desligados imediatamente – inclusive uma técnica que trabalhara por sete anos na unidade e que estava com gravidez de risco – com a proposta de serem substituídos por técnicos estatutários que esperavam no banco de concursos. Uma enfermeira foi desligada por acumular dois vínculos de cooperativa ultrapassando a carga horária obrigatória da jornada de trabalho.

Este período foi marcado por um clima de mal estar devido a indefinição da situação dos cooperativados e pela demissão de colegas de equipe, bem como a reclamação de sobrecarga trabalho, uma vez que a substituição de pessoas demorava a

acontecer. Durante uma semana a enfermeira assumiu o trabalho das três equipes, já que uma enfermeira foi demitida e outra ficou ausente na semana por motivos pessoais e não haviam chegado os técnicos de enfermagem concursados. Esta enfermeira um pouco depois desabafa: “*Não há técnico de enfermagem desde 09 de setembro, estamos fazendo o trabalho todo sozinhas e quase enlouquecendo, saio daqui um trapo*” (enfermeira Maria Ângela).

Havia um comentário geral de que a avaliação do processo seletivo não iria considerar o trabalho desenvolvido por eles durante todos esses anos, uma vez que não o conhece. O desabafo era acerca de certa renúncia da “prefeitura” e da própria gestão em acompanhar o cotidiano de trabalho e as dificuldades que eles enfrentam no dia-a-dia: “eles não visitam a unidade”; “não conhecem os profissionais”, “nós aqui matamos um leão por dia”. Falas que apontam para o não reconhecimento ou a invisibilidade dos trabalhadores pela administração municipal. Soma-se a isso, um histórico de favorecimentos políticos e gerência das unidades pelos vereadores locais, levando a um descrédito em relação a um processo seletivo idôneo gerido pela prefeitura. Uma clara situação de desgoverno.

Logo na primeira publicação do edital do processo seletivo, saiu o nome da maioria dos profissionais de VO, exceto os odontólogos. Com a equipe de SB, foi pior porque não foi publicado nenhum odontólogo, só os auxiliares de SB. A unidade ficou sem atendimento odontológico durante uma semana, depois ficou estabelecido que uma equipe voltaria a trabalhar e que o critério de escolha definido era antiguidade da unidade, ou seja, a equipe verde, gerando certo estranhamento entre os profissionais das equipes de SB:

*“como uma equipe precisa a outra também precisa. Rola um sentimento de culpa. Mas como eu vou decidir quem fica, tá teve o critério de antiguidade, mas como eu vou dizer isso. Na época até o clima entre a gente ficou meio pesado. Alguns colegas saíram meio estranhos com a gente, mas a gente não teve culpa. Não teve um pedido nosso pra ver quem ia ficar. Mas quem saiu não entendeu muito não”* (odontóloga Andréia da equipe verde).

Uma dificuldade gerencial do planejamento municipal que agravou as dificuldades de cooperação entre os funcionários da unidade, produzindo interrupção na assistência à população. Posteriormente foram convocadas duas entre as três equipes de

SB, a fim de não causar tanta desassistência à população. Mas a demora para o retorno ao trabalho, ocorreu principalmente devido a necessidade de reunir documentos necessários a efetivação de contrato e outras burocracias atreladas a isso.

Esse período foi caracterizado por certo “abandono” da unidade. Durante duas semanas – período entre o término da cooperativa, a publicação da listagem nominal convocando os profissionais para o trabalho e a efetivação da contratação para retorno ao trabalho – a unidade ficou vazia e sem atendimentos. O abandono, nesse caso foi duplo: pelos profissionais decepcionados, desorientados e sem garantias de trabalho, e pela gestão municipal, incapaz de se organizar para minimizar as perdas decorrentes dessa situação. Apenas dois ACS ficavam revezando na unidade avisando as pessoas que procuravam atendimento, que não havia médicos e enfermeiros atendendo e justificaram que não estavam fazendo visitas domiciliares, porque os usuários só o recebiam quando podiam marcar consultas.

Em visita a unidade na última semana do mês de setembro, a maioria dos profissionais já estavam de volta ao trabalho. O setor de recursos humanos da saúde solicitou que os técnicos de enfermagem voltassem aos afazeres nas unidades até que os concursados chegassem para substituí-los – só uma técnica voltou, pois uma estava de licença maternidade e a outra havia desistido do trabalho para o município. Muitos me perguntaram, como representante da gestão, sobre o processo seletivo, como seria a forma de contratação, se o pagamento iria atrasar, se teriam os direitos segurados pela legislação trabalhista, entre outras perguntas que de fato eu também não sabia responder. A dentista da equipe azul até ligou para unidade e pediu para falar comigo para saber sobre a convocação dos odontólogos e a definição de quais equipes permaneceriam atendendo no posto.

Sabrina, enfermeira da equipe amarela, desligada por acumular dois vínculos com a cooperativa, foi convocada pelo processo seletivo, mas lotada em outra unidade. Mesmo assim, de vez em quando vinha almoçar com a equipe e disse que o posto que está trabalhando fecha na hora do almoço. Aqui, parece haver outra violência, gerada pela cegueira por parte da gestão municipal em enxergar sequer a importância dos vínculos reais entre os trabalhadores. Vicente, médico da sua equipe, informou que ia tentar transferência da enfermeira junto ao vereador local. Quando o executivo se omite ou não sabe o que fazer, como governar, o legislativo julga que pode fazê-lo.

Durante o fim de semana seguinte, pouco antes de terminar o mês, sai publicado em diário oficial a anulação do processo seletivo a pedido do próprio prefeito. Logo na segunda, todos os profissionais da unidade vêm até a SAABPE para saber informações sobre a anulação. Os principais questionamentos eram: *“Que garantias a secretaria pode nos dar de que iremos receber pelos dias de trabalho?”* *“Há um histórico do município de mau pagador, como vamos acreditar?”* *“Que profissionais administrativos ficam?”* *“Há um boato de que os antigos profissionais cooperativados já desligados (administrativos) deveriam voltar, é verdade?”* A Secretária Adjunta estava em reunião fora da SMS. Eu – como representante da equipe e membro da assessoria técnica da SAABPE – e a Diretora do Departamento de Saúde da Família recebemos os trabalhadores e conversamos sobre o assunto. Eu estava na mesma situação – já que também era “profissional cooperativada” e posteriormente selecionada pelo concurso temporário, anulado e sem contrato firmado. Também não tinha garantia alguma sobre nada. Estava confiando na posição da secretaria e continuava a trabalhar cobrando respostas mais seguras da gestão municipal.

De fato, o responsável pela Secretaria de Administração da prefeitura, que detinha o poder orçamentário, afirmava se comprometer com o pagamento das pessoas, mas não emitia qualquer documento oficial que garantisse o pagamento. Logo em seguida a Secretária chegou e conversou calmamente com os profissionais. O meu não saber e a minha falta de resposta talvez se apresente aqui como uma metonímia analisadora do desgoverno da gestão municipal.

Como parte das entrevistas aconteceram no meio desse processo turbulento, a odontóloga diz que o que mantém os profissionais na unidade é o vínculo que se criou entre eles gerando um ambiente de trabalho agradável e falou da esperança que tinham com a mudança de contrato e a promessa de melhores condições de trabalho.

*“Então essa parte é o que nos segura. Já tiveram dias aqui que as colegas diziam: ‘ – Ai já não agüento mais eu vou embora’. Agente já passou por momentos muito difíceis. Quando teve o processo seletivo a gente dizia: ‘ – agora que vai ficar melhor você vai desistir?’ Aí cancelam o processo seletivo. Aqui é tudo muito difícil”* (odontóloga Andréia).

A equipe passa a ser aqui a única fonte de vínculos com o trabalho e o principal modo de amparo desses trabalhadores. Aparece aqui uma certa idealização da e na equipe.

Como resultado desse episódio, o contrato passou a ser direto pela prefeitura, e o pagamento realizado através do Termo de Ajuste de Contas. O primeiro salário atrasou e saiu junto com o mês seguinte o que levou a um desconto bem mais alto de imposto de renda, não ressarcido pela prefeitura, depois regularizou.

## 12. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES E ABERTURAS PARA NOVOS CAMINHOS

*"De tudo, ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre começando  
A certeza de que seremos interrompidos antes de terminar  
A certeza de que precisamos continuar  
Portanto devemos:  
Fazer da interrupção um caminho  
Da queda, um passo de dança  
Do medo uma escada  
Do sonho, uma ponte  
Da procura, um encontro".*

Fernando Sabino.

A aproximação do cotidiano de trabalho das equipes de saúde da família foi uma experiência fundamental para que o conjunto de discussões teóricas, aqui apresentado, tomasse corpo e resultasse em um trabalho pertinente para a saúde coletiva, podendo vir a contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas no SUS que considerem o trabalhador protagonista do processo de trabalho em saúde.

Propusemos-nos a estudar o trabalho em equipe e suas conseqüências para a construção do cuidado em saúde em uma determinada unidade. Foi possível observar a dinâmica do trabalho em equipe e a organização da unidade para dar conta de suas atribuições. Provavelmente, muitas observações apontadas nesse estudo podem não ser encontradas em outras unidades e se as observações continuassem outros achados poderiam ser debatidos. De todo modo, a realidade não deve ser tratada de modo estático e, portanto, não se supõe que esse texto deva desvendar uma suposta verdade sobre a atividade de trabalho encontrada na unidade estudada. Ao contrário aponta para a singularidade de situações e as estratégias encontradas pelas equipes na luta pela diminuição do sofrimento e as angústias geradas pelas situações de trabalho, levando à práticas mais ou menos cuidadoras, solidárias e cooperativas.

A diluição das fronteiras normativas das três equipes acompanhadas são modalidades possíveis de cooperação e solidariedade, base para um certo tipo de trabalho em equipe, não o idealizado pelos “manuais”, pelas normas e protocolos instituídos, mas o trabalho em equipe possível em situações tão adversas quanto a

examinada. É sobre este trabalho real, sobre o real do trabalho em equipe que os gestores, professores, formuladores de políticas e também nós, pesquisadores do campo da saúde deveríamos nos debruçar, para compreender melhor sua dinâmica e as possibilidades de intervenção sobre o mesmo.

Do mesmo modo, o imperativo das equipes em se mover no território impõe desafios que merecem destaque na análise do processo de trabalho em saúde. O primeiro diz respeito ao encontro com o desconhecido e com uma demanda não totalmente previsível, o outro ponto de análise volta-se para o fato de que esse dispositivo, justamente pela sua complexidade, poder ser uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional mais integrado, ainda que esta atividade não se apresente dessa maneira para as equipes estudadas.

As dificuldades encontradas na organização do sistema de saúde no município de Nova Iguaçu, ainda que a Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas se esforce em propor mudanças nos processos de trabalho da rede básica, são obstáculos para a construção de processos de trabalho que resultem em boas práticas de cuidado. Muitos são os atravessamentos e construções históricas que constituíram essas práticas de governo e que ainda agenciam determinados modos de pensar e fazer saúde nos serviços. Os movimentos de mudança são desafios em qualquer relação de trabalho vivo em ato e se alternam entre os avanços e retrocessos de acordo com os interesses colocados pelas forças em disputa.

Os descaminhos da gestão municipal que não cria uma alternativa viável quanto à contratação de pessoal em substituição à cooperativa de trabalho, cortando qualquer tipo de vínculo dos trabalhadores e produzindo desassistência, é um exemplo claro da incapacidade de construção de uma saúde de qualidade e de relações de trabalho mais respeitadas com os profissionais de saúde. Embora tal fato tenha implicado certa adaptação de algumas estratégias de pesquisa, mostrou-se um importante analisador das práticas que se estabeleciam no interior dos processos decisórios da gestão municipal, refletindo no cotidiano de trabalho das equipes e no cuidado produzido por ele.

Talvez uma das grandes questões da rede de serviços de saúde do município seja a dificuldade de formular projetos mais idealizados, capazes de mobilizar “corações e mentes” ou que sirvam de fato de como potência de vida. Um déficit de ideais com relação ao sistema de saúde que não impulsiona a união de trabalhadores, usuários e gestores na luta por uma nova forma de fazer saúde. É preciso pensar até que ponto a

precaridade e as deficiências não só materiais, mas políticas, organizacionais, as mazelas, o clientelismo, o fisiologismo entre outros não vêm, cronicamente, desprovendo também os serviços de saúde ou as equipes de saúde da capacidade de sonhar e, principalmente, de se verem como algo que valha a pena ser visto.

Entendendo que, mesmo em situações em que o trabalho é realizado sob estreitas determinações e forte precariedade de condições de trabalho, os trabalhadores operam, em algum nível, um tipo de luta pela vida e pela sua saúde. Acredito que na unidade de saúde estudada, os profissionais que ali continuam, resistindo nesse território, me ensinaram muito sobre os limites e as possibilidades de construção dos modos de andar a vida e produção do trabalho solidário.

O recorte que o tempo deste trabalho impõe, faz com que extrapolem questões ainda latentes e perguntas até então não formuladas, achados ainda por descobrir e perspectivas que se apresentam para investigações futuras. Gostaria de ter tido mais tempo para estudar outras situações que surgiram durante as observações, tais como o acompanhamento das consultas individuais dos médicos, assim como acompanhar os ACS durante as visitas domiciliares habituais sem a presença dos profissionais de nível superior. Também não foi possível fazer, antes da conclusão do texto final, o retorno para as equipes com as principais considerações sobre o material empírico. Essa devolução das análises do estudo para as equipes será realizada em momento oportuno e certamente produzirá novas abordagens e produções de sentido para as observações realizadas.

A proposta aqui não é mostrar um estudo acabado e sim um texto que dialogue com outros e se modifique nesse encontro. Em construção

Termino com uma fala bastante expressiva sobre o que a unidade e as relações que ali se estabelecem representam, apesar de tudo, para o grupo que trabalha e vive daquele trabalho.

*“Essa unidade aqui eu gosto muito. **NO é salva vidas. Um bote quando não tem mais nada na ilha. Essa é a nossa unidade. É uma unidade acolhedora. Acolhe a todos independente de ser cadastrado ou não. Do seu Francisco ao seu João. Todos. Está sempre pronta a receber. E faz na medida do possível o que pode. Eu a vejo assim, salva vidas**” (ACS Silvia Regina).*

O desafio do SUS coloca-se no cotidiano, na dimensão micropolítica dos processos de trabalho empreendidos nos serviços de saúde. É nessa relação que apostamos poder encontrar a potência de transformação necessária para furar nossas estruturas cristalizadas, até então bloqueadas em sua capacidade de criar práticas cooperativas que caminhem para relações mais cuidadosas.

### 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Athayde MRC. Produção da análise, análise da produção. In: Rodrigues HBC, Sá Leitão MB, Barros RDB. Grupos e instituições em análise. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

Azevedo CS. Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Azevedo CS; Braga Neto FC & Sá MC. Indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2002, 18(1): 235-247.

Ayres JR. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva 2001, 6(1): 63-72.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Rio de Janeiro: Saúde e sociedade 2004, 13 (3): 16-29.

Baptista. TWF; Fausto MCR; Cunha MS. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. Rio de Janeiro: Physis. Revista de Saúde Coletiva 2009, 19 (4): 1007-1028.

Baremblytt GF. Compêndio de análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998.

Barreto MMS. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2006.

Barros DM. Demanda de pronto-atendimento ao serviço de emergência de um hospital geral em um município coberto pela estratégia de saúde da família: o caso de Quissamã. [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007.

Barros MEB. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESC:ABRASCO, 2007.

Barros MEB, Mori ME, Bastos MEB. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST. In: Barros MEB & Santos-Filho SB. Trabalhador de saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: editora Unijuí, 2007.

Barros MEB, Vieira LFD, Bergamin MP, Scarabelli RS. As articulações saúde e trabalho: relato de experiência em um hospital público, Vitória, Espírito Santo. Rio de Janeiro UFRJ/NESC: Cadernos de Saúde Coletiva 2006; 14 (3):451-467.

Barros RB & Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Barros MEB & Santos-Filho SB. Trabalhador de saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: editora Unijuí, 2007.

\_\_\_\_\_. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007a.

Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/editora da UFRGS, 2007

\_\_\_\_\_. Dispositivos em ação: o grupo. In: Eirado A et al, organizadores. Saúde loucura 6: subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Clínica grupal. Niterói/ Rio de Janeiro: Revista do Departamento da UFF 1995; 7 (1): 5-11.

Barros RB & Passos E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinariedade. Brasília: Psicologia: teoria e pesquisa 2000; 16 (1): 71-80.

Barrus-Michel J. Clínica e sentido. In: Barus-Michel J; Enriquez E; Lévy A (Org.). Vocabulaire de psychosociologie: références et positions. Ramonville Saint-Ange: Editions Erès, 2002, 590p.

Bauman Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

Birman J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In: Kehl MR (organizadora). Função fraterna. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: Revista Brasileira de Educação. ANPED – Associação Nacional de Pós graduação e Pesquisa em Educação. Nº19. Campinas: Editora Autores Associados, 2002.

Braga JCS; Paula SG. Saúde e previdência: Estudos e política social. São Paulo: CEBES/Hucitec, 1981.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brito J. Trabalho Prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a.

\_\_\_\_\_. Trabalho Real. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO et al (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2):301-306.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE & Onocko R (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. *Escritos sobre a medicina*. Ribeiro VA (trad.). Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2005. (Original publicado em 1904).

Castoriadis C. *A Instituição Imaginária da Sociedade*. Reynaud G. Trad. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

Cecílio LCO et al (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. *Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital*. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva* 1999, 4 (2): 315-329.

\_\_\_\_\_. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R & Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. “O trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu) – comunicação, saúde, educação* 2007; 11 (22):345-363.

Cecílio LCO & Mendes TC. *Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: porque as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?* Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade* 2004, 13 (2): 39-55.

Ceccim RB. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro R; Mattos RA (org.). Cuidado as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) – comunicação, saúde, educação 2005; 9 (16):161-177.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero a formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Rio de Janeiro: PHYSIS Revista de Saúde Coletiva 2004, 14(1):41- 65.

Certeau M. A invenção do cotidiano 1: artes de fazer. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

Contandriopoulos AP et al. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS (organizadora) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Soudant F. (trad.) /Lancman S. & Sznelwar LI (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.

\_\_\_\_\_. Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. Reis ACF (trad.). São Paulo: Fundap: EAESP/FGV, 1999.

\_\_\_\_\_. Subjetividade, trabalho e ação. Rio de Janeiro. Revista produção 2004; 14 (3): 27-34.

Deslandes SF & Gomes R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: Bosi MLM. & Mercado FJ. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Ed.Vozes. Petrópolis, 2004.

Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. In: Donnangelo MCF e Pereira L. São Paulo: Livraria duas cidades, 1976.

Enriquez E. A organização em análise. Petrópolis: Vozes, 1997.

Fernández AM. O campo grupal: notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Foucault M. A ética do Cuidado de Si como prática da liberdade. In Foucault, M. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. Microfísica do Poder. Machado R. [org. e trad.]. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde. [Tese de Doutorado] Campinas: Unicamp, 2003.

Franco TB, Merhy EE. PSF: Contradições e novos desafios, 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Acessado em setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho, \_\_\_\_\_, 2007. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco\\_de\\_textos.html](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco_de_textos.html) Acessado em abril de 2009.

Fuganti LA. Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. Disponível em [http://escolanomade.org/tiki/tiki-read\\_article.php?articleId=37&highlight=fuganti](http://escolanomade.org/tiki/tiki-read_article.php?articleId=37&highlight=fuganti). Acessado em janeiro de 2010.

Giovanella L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009, 14 (3): 783-794.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

Grischi CLI, Bessi VG. Trabalho imaterial e resistência na contemporaneidade. *Porto Alegre. Boletim da saúde* 2006; 20 (1): 35-47.

Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Tradução Oliveira AL, Leão LC. São Paulo: Editora 34; 1992.

\_\_\_\_\_. Revolução Molecular. Pulsações Políticas do Desejo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

Guattari F; Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 1985. 7º edição revisitada 2005.

Giust-Desprairies F. Representação e imaginário. In: Barus-Michel J; Enriquez E; Lévy A (Org.). Vocabulaire de psychosociologie: références et positions. Ramonville Saint-Ange: Editions Erès, 2002, 590p.

HABERMAS J. Teoria de la acción comunicativa I – Racionalidad de la acción y racionalización social. Madri: Taurus, 1987a.

\_\_\_\_\_. Teoria de la acción comunicativa II – Crítica de la razón funcionalista. Madri: Taurus, 1987b.

Hardt M. O trabalho afetivo. In: Pelbart, PP & Costa R. Cadernos de Subjetividade. O reencantamento do concreto. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós- Graduated em Psicologia Clínica da PUC-SP. Editora Hucitec/Educ. São Paulo, 2003.

Hardt M, Negri A. Multidão: guerra e democracia na era do império. Editora Record. Rio de Janeiro e São Paulo. 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2000cgp.asp?o=7&i=P>. Acessado em 20/01/2010.

Honorato CEM & Pinheiro R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

Lazzarato M, Negri A. Trabalho Imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

Lèvy, A. Ciências Clínicas e Organizações Sociais. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2001

Luz MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004.

\_\_\_\_\_. Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre práticas corporais e saúde. São Paulo: Hucitec, 2003.

Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: In: Pinheiro R; Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

Matus C. O plano como aposta. São Paulo em Perspectiva 1991; 5 (4):28-42. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/index.php?men=res>. Acessado em 20/07/2007.

\_\_\_\_\_. Política, planificação e governo. Brasília: IPEA, 1993.

Mendonça PEX. (LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

Menzies I. O funcionamento das Organizações como sistemas sociais de Defesa contra ansiedade. Mimeo (traduzido e adaptado por Rodrigues AM. The Functioning of Organizations as Social Systems of Defence against Anxiety). Londres: Tavistock Institute of Human Relations, 1970.

Merhy EE. O ato de cuidar: a ama dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004:108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Corpo vida, mais um na multidão, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Acessado em janeiro de 2010.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: Merhy EE; Onocko R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Gestão da produção do cuidado do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde, 2007. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco\\_de\\_textos.html](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco_de_textos.html). Acessado em abril de 2009.

\_\_\_\_\_. Saúde: Cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007. (Original publicado em 2002).

\_\_\_\_\_. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

\_\_\_\_\_. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo E; Merhy EE; Gonçalves RBM. Razão e Planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec, 1995.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface (Botucatu) – comunicação, saúde, educação 2005; 9 (16):161-177.

Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família: somos contra ou a favor? Só analisando antes, para dizer depois, 2001. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>. Acessado em setembro de 2009.

\_\_\_\_\_. Trabalho em saúde. Material produzido para a EPJV/ Fiocruz, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Acessado em abril de 2009.

Merhy EE, Queiroz MS. Saúde Pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública 1993; 9 (2): 177-184

Negri A, Cocco G. O trabalho da Multidão e o êxodo constituinte. In: Pacheco A, Cocco G, Vaz P. (orgs.) O trabalho da multidão: império e resistências. Rio de Janeiro: Gryphus. Museu da República, 2002.

Nova Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas. Caderno de Organização da Atenção Básica e Saúde Mental. Nova Iguaçu: SEMUS, 2010a. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home> . Acessado em 22/03/2010.

Nova Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas. Relatórios de Gestão de janeiro à março de 2010. Nova Iguaçu: SEMUS, 2010b.

Nova Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. Secretaria Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas. Relatórios de Gestão de março à dezembro de 2009. Nova Iguaçu: SEMUS, 2009.

Nova Iguaçu. Cooperação Técnica ENSP/Nova Iguaçu. Programa de Educação Permanente do Nova Saúde da Família. Nova Iguaçu: Cooperação Técnica ENSP/Nova Iguaçu, 2010. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home> . Acessado em 22/03/2010.

Oliveira JA, Teixeira AMF. Implantação do modelo de privilegiamento do produto privado (1966-1973). In: Oliveira JA, Teixeira AMF. A (Im)previdência Social Brasileira. Rio de Janeiro: ABRASCO/Vozes, 1986: 201-234.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [Tese de Doutorado] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1998.

\_\_\_\_\_. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rio de Janeiro. Revista de saúde Pública 2001; 35(1): 103-109.

Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões

públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

Pinheiro R & Guizardi FL. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: CUT/Ed. Annablume, 1998.

PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro/ IBGE IDH. Atlas de Desenvolvimento Humano. Brasília: PNUD/IPE/FJP/IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>. Acessado em 24/03/2010.

Rocha ML & Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. Revista Psicologia Ciência e Profissão do CFP, n. 4, pp. 64-73 ano 23, 2003.

Romagnoli RC. Breve estudo institucionalista acerca do Programa Saúde da Família. São Paulo: Saúde e Sociedade 2009, 18 (3): 525-536.

Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS; 2007. 1º reimpressão.

\_\_\_\_\_. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempos de globalização. In: Lins D. (org.). Cultura e subjetividade: saberes nômade. Campinas: Papyrus Editora, 1997.

\_\_\_\_\_. A vida na berlinda. In: Pacheco A, Cocco G, Vaz P. (orgs.) O trabalho da multidão: império e resistências. Rio de Janeiro: Gryphus. Museu da República, 2002.

Rovere M. Comentários estimulados por la leitura del artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. Interface (Botucatu) – comunicação, saúde, educação 2005; 9 (16):161-177.

Sá MC. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a ‘humanização’ das praticas de saúde, 2009 (MIMEO).

\_\_\_\_\_. A Abordagem Clínica Psicossociológica de Pesquisa e Intervenção. Slides da disciplina “Seminários Avançados I” realizada na Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 2007.

\_\_\_\_\_. Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. [Tese de Doutorado] São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; 2005.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001; 6(1): 151-164.

Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública* 2008, 24(6): 1334-1343.

Sawaia BB. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, BB (org.). *As artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

\_\_\_\_\_. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 221-242.

Schwartz Y, Durrive L. (orgs.) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Brito J, Athayde M [et al] (trad.). Niterói: EDUFF, 2007. (Original publicado em 2003).

Sennett R. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais o trabalho no novo capitalismo. Santarrita M. (trad.). Rio de Janeiro: Record, 2002. (Original publicado em 1943).

Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: A “porta”. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1989.

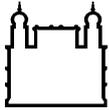
\_\_\_\_\_. Determinações e Constituição na investigação em saúde. In: Fleury S. (Org). Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

Tobar F. & Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Víctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

World Health Organization (WHO). Constitution of World Health Organization.1946. Disponível em: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/About\\_SEARO\\_const.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf) Acessado em novembro de 2008.

Zourabichvili F. O vocabulário de Deleuze. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Equipe: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Local da entrevista \_\_\_\_\_

Data do preenchimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

## ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA ACS

### PERFIL DO PROFISSIONAL

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Função que desempenha na equipe:  
( ) ACS ( ) Téc enfermagem
4. Qual a sua formação básica? (Fez curso introdutório ou outro em SF ou SC)?

### VÍNCULO PROFISSIONAL

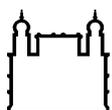
5. Há quanto tempo trabalha nesta unidade? E nesta equipe?
6. Qual é seu vínculo empregatício/situação funcional? Desde quando
7. Qual carga horária que executa?
8. Você tem outro vínculo público de trabalho? Neste município? Qual carga horária?
9. Antes de trabalhar nesta equipe saúde da família, possuía experiência anterior em trabalho no PSF?
10. Porque escolheu trabalhar no PSF?
11. Considera seu salário compatível com suas atribuições?  
Se sente recompensado de alguma forma pelo trabalho que desenvolve aqui?

### PROCESSO DE TRABALHO

12. Fale um pouco sobre a unidade SF em que trabalha.
13. Fale um pouco sobre o seu trabalho.
14. Que atividades você realiza rotineiramente no trabalho? Faz VD com que frequência?
15. Dentre essas atividades, me fale sobre aquelas em que está diretamente em contato com pacientes e/ou familiares dos pacientes em atendimento. Como vê o trabalho em contato direto (e diário) com usuários e familiares aqui no SF.
16. Como são organizados os atendimentos? Como você organiza a sua agenda? Quais os critérios de escolha para agendamentos de consulta?

### TRABALHO EM EQUIPE

18. Como são tomadas as decisões sobre a terapêutica/intervenção assistencial nos pacientes atendidos?
19. Em algum momento do di-a-dia do seu trabalho á teve alguma dúvida? O que você fez?
20. Como são tomadas as decisões sobre o trabalho das equipes funcionamento da unidade?
21. Fale sobre a equipe na qual você trabalha. Quais os profissionais você considera importantes para a realização/qualidade do seu trabalho?
22. Há reuniões de equipe? Fale sobre como elas ocorrem e são organizadas.
23. Quais são os espaços coletivos que a unidade possui? Se houver, você participa?
24. Fale sobre a relação da sua equipe com as outras equipes da unidade. ( O que você poderia me dizer das outras equipes? O que considerar importante)



Equipe: _____	Unidade: _____
Município: _____	Local da entrevista _____
Data do preenchimento: ___/___/___	Duração: _____

## ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR

<b>PERFIL DO PROFISSIONAL</b>	<b>PROCESSO DE TRABALHO</b>
<p>12. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino</p> <p>13. Idade: _____ anos</p> <p>14. Função que desempenha na equipe: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Odontólogo</p> <p>15. Qual a sua formação básica / formação complementar (especialização/residência/pós-graduação/em SF ou SC)?</p> <p><b>VÍNCULO PROFISSIONAL</b></p> <p>16. Há quanto tempo trabalha nesta unidade? E nesta equipe?</p> <p>17. Qual é seu vínculo empregatício/situação funcional?</p> <p>18. Qual carga horária que executa?</p> <p>19. Você tem outro vínculo público de trabalho? Neste município? Qual carga horária?</p> <p>20. Antes de trabalhar nesta equipe saúde da família, possuía experiência anterior em trabalho no PSF?</p> <p>21. Porque escolheu trabalhar no PSF?</p> <p>22. Considera seu salário compatível com suas atribuições?</p> <p>Se sente recompensado de alguma forma pelo trabalho que desenvolve aqui?</p>	<p>12. Fale um pouco sobre a unidade SF em que trabalha.</p> <p>13. Fale um pouco sobre o seu trabalho.</p> <p>14. Que atividades você realiza rotineiramente no trabalho? Faz VD? Com que frequência?</p> <p>15. Dentre essas atividades, me fale sobre aquelas em que está diretamente em contato com pacientes e/ou familiares dos pacientes em atendimento. Como vê o trabalho em contato direto (e diário) com usuários e familiares aqui no SF.</p> <p>17. Como são organizados os atendimentos? Como é feito o encaminhamento para CEO, caso necessário?</p> <p><b>TRABALHO EM EQUIPE</b></p> <p>18. Como são tomadas as decisões sobre a intervenção assistencial nos pacientes atendidos? Em algum momento do di-a-dia do seu trabalho á teve alguma dúvida? O que você fez?</p> <p>19. O que você faz quando um caso foge a sua especialidade?</p> <p>20. Como você vê a prática do generalista em contraste com a formação médica cada vez mais especializada?</p> <p>21. Como são tomadas as decisões sobre o trabalho das equipes funcionamento da unidade?</p> <p>22. Fale sobre a equipe na qual você trabalha. Quais os profissionais você considera importantes para a realização/qualidade do seu trabalho?</p> <p>23. Há reuniões de equipe? Fale sobre como elas ocorrem e são organizadas.</p> <p>24. Quais são os espaços coletivos que a unidade possui? Se houver, você participa?</p> <p>25. Fale sobre a relação da sua equipe com as outras equipes da unidade. ( O que você poderia me dizer das outras equipes? O que considerar importante)</p>

## **ROTEIRO PARA AS OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES**

- Observação da recepção aos usuários na unidade.
- Funcionamento da unidade: entrada de pacientes, tempo de espera para atendimento, procedimentos, consultas, imunização e realização de exames laboratoriais,
- Horários/turnos dos profissionais e fluxos entre os profissionais.
- Processo de trabalho cotidiano dos profissionais de saúde e atividades rotineiras.
- Divisão de tarefas entre os profissionais da equipe e o processo de tomada de decisões sobre a assistência.
- Acompanhamento de VDs
- Realização de grupos de usuários ou desenvolvimento de trabalho voltado para a comunidade no território
- A interação entre profissionais e usuários/familiares de usuários
- As reuniões de equipe e colegiados de gestão.
- Trânsito do paciente na unidade desde a entrada no serviço, seu atendimento, busca de medicamentos na farmácia, saída e/ou encaminhamento.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar do projeto de dissertação de mestrado “*O processo de trabalho em equipe: implicações para a produção do cuidado em saúde*”, desenvolvido para obtenção do título de mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ.

Este estudo pretende analisar a organização do processo de trabalho em equipe e sua gestão em uma Unidade Básica de Saúde da Família e suas implicações para a produção do cuidado.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semi-estruturada, com informações sobre sua inserção na Unidade Básica de Saúde da Família; atividades cotidianas; trabalho em equipe; avaliação da integração e continuidade dos cuidados. A entrevista será gravada em gravador digital, para ser transcrita posteriormente. Este material será guardado pela pesquisadora por um período de cinco anos, após o que deverá ser destruído.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua unidade de trabalho. Contudo, sua participação na pesquisa contribuirá para a produção de conhecimento sobre o trabalho em equipe nos serviços públicos de saúde e a qualidade do cuidado prestado.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os resultados serão divulgados na forma de dissertação de mestrado acadêmico em saúde pública pela ENSP/FIOCRUZ, artigos e trabalhos publicados em eventos científicos.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando para o telefone abaixo.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

---

Sujeito da pesquisa

Nome:.....

Cargo:.....

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Marcela Cunha  
Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilene de Castilho Sá  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Av. Brasil, 4036, sala 1001  
Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-361  
Tels.: 0055 (21) 2598-2600  
Endereço eletrônico: [www.ensp.fiocruz.br](http://www.ensp.fiocruz.br)

Comitê de Ética em Pesquisa  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 3º andar  
Tel: (21) 2598-2863  
E-mail: [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br)

## **TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO BÁSICA E POLÍTICAS ESTRATÉGICAS**

Pelo presente autorizo Marcela Cunha, mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, sob orientação da pesquisadora doutora Marilene de Castilho Sá a realizar na Unidade de Saúde da Família \_\_\_\_\_ a pesquisa de campo integrante de seu projeto de dissertação de mestrado, intitulado “*O processo de trabalho em equipe: implicações para a produção do cuidado em saúde*”, cujos objetivos e procedimentos metodológicos são os seguintes:

### *Objetivo geral*

Compreender como se organiza e se desenvolve o processo de trabalho em equipe e sua gestão em uma Unidade de Saúde da Família e suas implicações para a produção do cuidado.

### *Objetivos específicos*

1. Analisar as formas de coordenação e cooperação presentes no trabalho em equipe na Unidade de Saúde da Família estudada;
2. Analisar as relações de poder e os diferentes graus de autonomia presentes na atividade de trabalho em equipe da Unidade de Saúde da Família estudada;
3. Identificar os processos intersubjetivos/modos de subjetivação entre os profissionais da equipe e entre profissionais e usuários e suas conseqüências na produção direta do cuidado;
4. Problematizar as implicações que os modos de organização do trabalho em equipe na Unidade de Saúde da Família estudada apresentam para a qualidade do cuidado.

### *Procedimentos metodológicos*

- Estudo exploratório composto por visitas aos diversos espaços da Unidade de Saúde da Família e conversas informais com profissionais da equipe sobre unidade e suas atividades
- Observação direta e análise dos processos de trabalho/rotinas
- Realização de entrevistas individuais com profissionais da equipe

- Realização, caso o desenvolvimento do estudo indique ser necessário, de acompanhamento de pacientes durante o atendimento.

Todas as entrevistas (individuais ou em grupo) serão realizadas com o consentimento livre e esclarecido dos participantes, em termo próprio, segundo as diretrizes e normas estabelecidas pela resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

---

(Secretária Adjunta de Atenção Básica e Políticas Estratégicas)

## ORGANOGRAMA DA SAABPE

