

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial”***

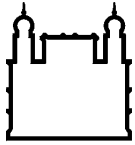
*por*

***Rafael da Silveira Gomes***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.ª Dr.ª Jussara Cruz de Brito*

*Rio de Janeiro, setembro de 2009.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***“O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial”***

*apresentada por*

***Rafael da Silveira Gomes***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Milton Raimundo Cidreira de Athayde

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Santos Silva Oliveira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Cruz de Brito – Orientadora

*Tese defendida e aprovada em 18 de setembro de 2009.*

## AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 18 de setembro de 2009.

---

Rafael da Silveira Gomes

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210  
Tel.: (0-XX-21) 2598-2730 ou 08000230085

E-mail: [secasp@ensp.fiocruz.br](mailto:secasp@ensp.fiocruz.br) Homepage: <http://www.ensp.fiocruz.br>

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

G633 Gomes, Rafael da Silveira

O Trabalho no Programa Saúde da Família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. / Rafael da Silveira Gomes. Rio de Janeiro : s.n., 2009.  
171 f.

Orientador: Brito, Jussara Cruz de  
Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1. Programa Saúde da Família. 2. Estratégias. 3. Trabalho.  
4. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

*A todos que acreditam e lutam por  
um Sistema Único de Saúde digno e  
público.*

## Agradecimentos

*Ao final de uma trajetória árdua como a realização de um doutorado lembramos de todos que nos ajudaram e sem os quais a produção da tese seria impossível. Corresponsáveis por esse momento, gostaria de agradecer:*

*à Prof. Jussara Brito, pelas orientações valiosas, paciência e confiança mesmo nos períodos mais difíceis.*

*ao Prof. Milton Athayde por me apresentar o “campo” e pelas reflexões e observações pertinentes*

*ao Prof. Carlos Otavio pelas considerações sobre o projeto e pela consideração.*

*aos Prof. Helder Muniz e Simone Oliveira pela leitura cuidadosa e carinhosa da tese*

*à Prof. Beth Barros pela amizade, pelos “bons encontros” e por me fazer querer ser professor.*

*à Prof. Roseni Pinheiro pela luta pela saúde pública e aposta.*

*aos colegas do grupo PISTAS pelas discussões e questionamentos.*

*aos companheiros do NEPESP pelos debates, aprendizados e amenidades.*

*aos professores da psicologia da UFES e da ENSP por me ensinarem sempre mais do que diziam as teorias.*

*aos trabalhadores da Unidade de Santa Martha por compartilharem seu trabalho comigo e à Semus-PMV por me autorizar a realizar a pesquisa.*

*à minha família: pai, mãe, irmãos, tios, tias, sobrinhos, primos por me apoiarem e protegerem sempre que eu precisei e mesmo quando não precisava.*

*aos meus amigos, antigos e recentes, família que escolhi e me escolheu, pelo conforto de saber que não estou sozinho e pelo prazer da companhia.*

*à Adelina, minha Miss Sunshine, pelo riso e pela alegria de acordar ao seu lado.*

## Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, sendo creditada a ele a possibilidade de transformar o modelo assistencial, hospitalocêntrico e curativo. Desafio que é marcado pela influência da racionalidade biomédica nas práticas, valores e saberes dos trabalhadores, e os limites que ela impõe a essa proposta. O objetivo deste estudo foi co-analisar, a partir do arcabouço conceitual da ergonomia da atividade, ergologia e clínica da atividade, a atividade desenvolvida por trabalhadores do PSF, buscando compreender as condições e as formas de organização do trabalho em que a mesma acontece, bem como a produção de normas, saberes e valores na atividade. Para isso, optamos por utilizar uma adaptação de duas propostas metodológicas: a instrução ao sócia e a auto-confrontação cruzada. A pesquisa foi realizada junto a médicos enfermeiros e agentes comunitários de saúde de uma unidade básica de saúde no município de Vitória, ES. Percebemos que os trabalhadores de saúde do PSF têm que lidar todo o tempo com o debate de normas e valores referentes ao modelo tradicional biomédico e ao novo modelo proposto pelo SUS. O trabalho no PSF carrega o desafio de romper com práticas sedimentadas, ainda hegemônicas na formação e nos serviços. A aproximação da realidade dos usuários, inseridos em seu território, inerentes ao trabalho no PSF, faz com que as questões sócio-econômicas tomem de assalto os encontros entre os trabalhadores e usuários, expondo as limitações das práticas tradicionais e convocando à produção de novos modos de agir. Essa dimensão dramática dos usos de si no trabalho é potencializada diante das contradições e inconsistências desse período de transição modelar. Ao final, consideramos que poucos subsídios materiais e/ou simbólicos são disponibilizados aos trabalhadores para a inclusão destas multiplicidades e a produção do cuidado, que a fragilidade dos instrumentos e do patrimônio para agir em congruência com o novo modelo exige dos trabalhadores uma mobilização intensa para realizar as atividades sem recorrer às práticas referentes ao modelo biomédico. Por outro lado, constatamos também a produção incessante de saberes pelos trabalhadores para lidarem com essas novas situações de trabalho e a potencialidade das mesmas para produzir rupturas e inflexões nos serviços, assim como para contribuir com a construção de novas estratégias de formação.

*Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Atividade, Trabalho em Saúde, Racionalidade Biomédica, Modelo Assistencial.*

## Abstract

The PSF (Family Health Program) was implanted in 1994. It was believed that it was able to change the healing hospital centered care model. This challenge is highlighted by the biomedical rationality influence in the practice, values and workers' knowledge. It can also be mentioned the limits imposed by the proposal. This study aimed co-analyze PSF how the workers developed their activities according to the perspective of activity ergonomic, ergology and Activity Clinic. It seeks for information on how the program works analyzing the conditions and the work organization. It also pursues the production of rules, knowledge and activity values.

In order to be successful, we used two methodological proposals, but adapted to our needs: The instructions for the double approach and the crossed self-confrontation. The research was developed with physicians, nurses and also with community health agents, all of them from a basic health unit in Vitória, ES Brazil. We noticed that PSF workers must deal with rules and values presented in the previous biomedical model and also with the ones present in the latest model. The PSF worker is challenged into breaking this old practice, still present in the training and in the services.

As close as it gets to the reality of the PSF users, the social economical issues make the limitations more visible. That is why new ways of dealing with the situation are needed. This self use dramatic reality becomes more apparent through the contradictions and inconsistencies of this changing period. We concluded that few aids are available to the PSF workers in order to include this multiplicity. An intense mobilization is necessary in order to make the practice working not following the biomedical model. On the other hand, we noticed that these new working conditions led the PSF workers into new formation strategies.

**Keywords:** Family Health Strategy, Activity, Health work, Biomedical Rationality, Care Model.



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1- O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>16</b>
<b>1.1 DAS PRESCRIÇÕES</b>	<b>16</b>
1.1.1. A TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL	16
1.1.2 O TRABALHO EM EQUIPE E A REORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	19
<b>1.2 DAS NORMAS E VALORES</b>	<b>23</b>
1.2.1. A RACIONALIDADE BIOMÉDICA: DA MUDANÇA MACROPOLÍTICA À MICROPOLÍTICA.	23
<b>1.3 ACERCA DA FORMAÇÃO: A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SITUADO.</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 2 - A VIDA COMO PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS: “TODO ATO DE CONHECER PRODUZ UM MUNDO”.</b>	<b>35</b>
<b>2.1 “TODO FAZER É CONHECER E TODO CONHECER É FAZER”: A VIDA COMO PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS, DE SI E DE MUNDO.</b>	<b>35</b>
<b>2.2. A SAÚDE COMO PRODUÇÃO DE NORMAS DE VIDA: CANGUILHEM E A SAÚDE COMO CAPACIDADE NORMATIVA.</b>	<b>38</b>
<b>2.3 A ATIVIDADE COMO PRODUÇÃO DE NORMAS: CONHECIMENTO PRODUZIDO NO TRABALHO</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO 3. METODOLOGIA</b>	<b>59</b>
<b>3.1 CAMINHOS, ESCOLHAS E PRODUÇÃO</b>	<b>59</b>
<b>3.2 O USO DA CONFRONTAÇÃO COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.</b>	<b>64</b>
<b>3.3 CENÁRIO DA PESQUISA</b>	<b>69</b>
<b>3.4. ENTRADA, PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.</b>	<b>70</b>
3.4.1. ENTRADA	70
3.4.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS	72
<b>CAPÍTULO 4 – NA ENCRUZILHADA: O MÉDICO, A BIOMEDICINA E O PSF</b>	<b>75</b>
<b>4.1. FLEXNER E A BIOMEDICINA: DESAFIOS PARA O MÉDICO DO PSF</b>	<b>75</b>
<b>4.2. APROXIMANDO-SE DA VIDA COMO ELA É: O TRABALHO DO MÉDICO NO PSF</b>	<b>80</b>
4.2.1. A MEDICINA REAL E A REALIDADE DA POPULAÇÃO: AS LIMITAÇÕES DA FORMAÇÃO E A PRODUÇÃO DA DESVALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	81
4.2.2 AMBIENTE INADEQUADO OU REPERTÓRIO INADEQUADO: A VISITA COMO CONSULTA MÉDICA EM DOMICÍLIO.	86
4.2.3. A BIOMEDICINA E A ESTANDARDIZAÇÃO DAS NORMAS ANTECEDENTES.	95
4.2.4. CONSTRANGIMENTOS DA ORGANIZAÇÃO E A PRÁTICA DOS MÉDICOS	101
<b>CAPÍTULO 5 – ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: NO FIO DA NAVALHA.</b>	<b>104</b>
<b>5.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO</b>	<b>104</b>
<b>5.2- A ATIVIDADE DAS ENFERMEIRAS: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS.</b>	<b>108</b>

5.2.1. ENTRE GÊNEROS, PATRIMÔNIOS E PROTOCOLOS	108
5.2.2. QUANDO O FLUXO VIRA EXCEÇÃO: A PRODUÇÃO, REPRODUÇÃO E OS EFEITOS DAS PRÁTICAS QUE SE PRETENDE SUPERAR.	115
5.2.3. SOB OS LIMITES DOS PROTOCOLOS: ALGUMAS DIMENSÕES IMPRESCRITÍVEIS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO PSF.	117
5.2.4. NA CASA DO USUÁRIO: OS RISCOS E BENEFÍCIOS DA PROXIMIDADE.	120
5.2.5. O TRABALHO PARA DENTRO DA UNIDADE: SUPERVISÃO E GERENCIAMENTO.	124
<b>5.3. O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO FIO DA NAVALHA: O EQUILÍBRIO ARRISCADO ENTRE OS MODELOS.</b>	<b>126</b>

## **CAPÍTULO 6. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DO CORPO-SI NO DESERTO DE PRESCRIÇÕES.** **128**

<b>6.1 NOS APROXIMANDO DA ATIVIDADE DOS ACS: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS.</b>	<b>132</b>
6.1.1. APENAS UMA PESSOA COM UM MONTE DE PAPEL: A (AUSÊNCIA DE) FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS ACS	132
6.1.2 NEGOCIANDO COM A COMUNIDADE: A “POLÍTICA DE BOA VIZINHANÇA” COMO FERRAMENTA DE TRABALHO	135
6.1.3- ACS 24x7 - 24 HORAS POR DIA, 7 DIAS POR SEMANA.	137
6.1.4 NA CASA DO USUÁRIO: TRABALHANDO EM UM ESPAÇO INCONTROLÁVEL, IMPREVISÍVEL E... IMPRESCINDÍVEL.	140
6.1.5. SER A PONTE ENTRE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E A COMUNIDADE ADSTRITA: GERINDO AS RELAÇÕES “PARA DENTRO” E “PARA FORA” DOS SERVIÇOS.	145

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS** **151**

## **REFERÊNCIAS** **158**

## Introdução

A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem conseguir – os fracassos - aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento. É necessário acrescentar aqui – um paradoxo freqüente – atividade é aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito ou ainda o que se faz sem desejar fazer. Sem contar o que deve ser feito. A atividade possui então um volume que transborda a atividade realizada. Em matéria de atividade, o realizado não possui o monopólio do real <sup>1</sup> (p.116)

A citação de Clot que abre esse trabalho é um desafio transversal a essa tese. Mais que um suporte teórico para fundamentar nossas considerações sobre o trabalho em saúde, nosso tema central, ela nos instigou a simultaneamente buscar pôr em análise o real da atividade de pesquisa, e nos desafiou a dobrarmo-nos sobre nosso próprio fazer, no próprio ato de fazer.

Este trabalho acadêmico com seus seis capítulos não exprimem, tampouco dariam conta de apresentar o real da atividade de construção desse texto. Este resultado material, não possui o monopólio do real, não consegue apreender diversos movimentos, fugas, afetos e afecções que me tomaram e transbordaram nesses últimos quatro anos. Alguns não vistos, não ouvidos. Outros não sentidos. Alguns por limitação do pesquisador, outros por ignorância. No entanto, como nos instiga Deleuze <sup>2</sup> (p.18): “Como escrever senão sobre aquilo que não se sabe ou que se sabe mal?”.

Assim, mais que objetivar capturar um real já dado, aqui se inicia um exercício de pensar a co-emergência do real e da tese, do real como produto e produtor da própria pesquisa. Esse é nosso desafio e nosso risco nas páginas que se seguem, sabendo que o que está expresso aqui já é passado.

### **Qual a história desta tese?**

O relato dessa história é um recorte posterior construído a partir de memórias, de algumas passagens, de mais de quatro anos atrás e dos anos seguintes. Essa dobra do presente no passado traz, logicamente, todas as imprecisões e transformações e resignificações das lembranças que, no entanto, nos é impossível escapar.

O projeto dessa tese nasceu de desdobramentos das minhas escolhas anteriores, do afastamento de alguns temas e do encantamento com outras propostas. Após o mestrado fui me afastando gradualmente da discussão sobre os acidentes de trabalho, tema da minha dissertação. No entanto, a discussão sobre a atividade e a análise do trabalho manteve-se como temática central nos meus estudos, atividades e produções. Neste período aproximei-me de algumas discussões sobre o trabalho em saúde, em especial sobre o trabalho em equipe, sobre a atenção primária no SUS e, sobretudo, do Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF se transformou na grande aposta do Estado Brasileiro nos últimos quinze anos para organização da atenção básica e da entrada dos usuários no sistema público de saúde. Nesta década e meia o número de municípios que possui alguma cobertura de equipes de saúde da família já atingiu 5235, dos 5564 municípios existentes (94,1%), alcançando uma cobertura de 49,5% da população, aproximadamente 93.178.011 de habitantes<sup>3</sup>. A magnitude do PSF, somada a proposta de ser uma estratégia de saúde responsável pela mudança do modelo de assistência, que aconteceria, sobretudo, pela reorganização dos processos de trabalho, me chamou a atenção.

Proposta para aproximar os serviços da população, organizada em equipes multidisciplinares, com a presença de uma categoria de trabalhadores *sui generis* – o agente comunitário de saúde – que não possui uma formação específica, mas que “carrega” o saber da população do território em que atua e adentrava com ele nos serviços, a estratégia do PSF encantou-me. Em alguns momentos tive que me policiara para não me deixar levar pela melodia do canto e manter os sentidos abertos para o “real do PSF”. PSF que não é aquele cantado nas cartilhas e documentos ministeriais, mas o que acontece no cotidiano dos serviços de saúde, aquele que se efetiva nas práticas dos trabalhadores e usuários.

Os serviços estão preparados para isso? Os trabalhadores foram ou estão sendo formados para isso? Como a população responde a esta proposta de transformação? O que ela espera dos trabalhadores? Como os trabalhadores vivem essa transição? Como desempenham a atividade de trabalho? Estas foram algumas das questões que surgiam na leitura dos textos sobre o programa.

Este foi o mote inicial para a produção deste trabalho, uma vez que o PSF propunha como foco principal para a mudança do modelo de assistência, para a transformação da

organização e dos processos de trabalho. Quais contribuições o olhar para a atividade de trabalho no Programa Saúde da Família, a partir dos referenciais da ergonomia, ergologia, e clínica da atividade, poderia trazer para essa empreitada?

Estes referenciais indicam que os trabalhadores ao realizarem a atividade produzem saberes para lidar com as defasagens entre o que lhes é oferecido pela organização do trabalho e as exigências da realidade. Essa abordagem da atividade dos trabalhadores do PSF tem a potencialidade de, junto aos trabalhadores, produzir análises sobre seus fazeres, e também de disparar o diálogo sobre como estes saberes poderiam ser postos em circulação para que as propostas do PSF pudessem ser efetivadas ou, ao menos, que fosse possível se aproximar delas.

Com isso, simultaneamente a proposta de análise da atividade emergiu uma dimensão formativa que nos acompanhou e permeia a tese, ora de forma mais explícita, ora de forma mais velada, mas que está sempre presente. Nosso objetivo foi analisar a atividade desenvolvida por trabalhadores de Equipes de Saúde da Família, buscando compreender as condições e as formas de organização de trabalho em que a mesma acontece, bem como a produção de normas, saberes e valores na atividade dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos.

No primeiro capítulo apresentamos o Programa Saúde da Família (PSF) e o desafio creditado a ele de transformar o modelo de assistência à saúde no Brasil. Substituindo a prática do modelo tradicional biomédico (hospitalocêntrico e dirigido para a cura das doenças), para outro que propõe a mudança do foco, de intervenção do indivíduo doente para a família baseado-se nos paradigmas da Promoção e Vigilância em Saúde.

Após breve contextualização da proposta do PSF, apresentamos algumas de suas regulamentações, prescrições de organização e funcionamento. Expomos também algumas das críticas feitas a estas regulamentações, à sua capacidade de garantir as mudanças propostas e alcançar seus objetivos. Assim como a distância constatada entre as práticas concretas e as propostas.

Ainda neste primeiro capítulo discutimos a influência da racionalidade biomédica nas práticas, valores e saberes dos trabalhadores, e os limites que ela impõe a possibilidade de transformação dos serviços. A incongruência existente entre a realidade para a qual os profissionais de saúde são formados e o modelo assistencial que se pretende construir também é problematizada.

No segundo capítulo realizamos uma revisão bibliográfica dos conceitos de vida e autopeiose para Maturana e Varela, o conceito de saúde para Canguilhem e o conceito de atividade para as diferentes produções teóricas sobre a temática de linhagem belgo-francesa tais como: a Ergonomia da Atividade, a Ergologia e a Clínica da Atividade. Esses conceitos nos dão subsídios para olharmos a atividade dos trabalhadores da saúde a partir de uma perspectiva que os entenda, não apenas como executores de tarefas, ou sujeitos que precisam se adaptar a realidade de trabalho, mas como atores ativos do processo de trabalho, como produtores de saberes e normas. A partir desta perspectiva propomos que os trabalhadores para realizarem suas atividades sejam levados a criar, fazer arbitragens, negociar constantemente com a realidade. Nesta negociação utilizam os instrumentos, ferramentas, e saberes que possuem, agem como gestores do trabalho que realizam. Soma-se a isso a possibilidade de compreender e propor outras práticas formativas, baseadas e vinculadas às experiências de trabalho.

No terceiro capítulo apresentamos as nossas escolhas metodológicas. O objeto de estudo da pesquisa - a atividade de trabalho dos profissionais de saúde da família de uma unidade básica - a partir do entendimento proposto sobre o conceito de atividade, exigiu a utilização de técnicas e procedimentos metodológicos que incluíssem os trabalhadores como co-produtores das análises e que permitisse apreender os movimentos do trabalho e sua dimensão de negociação e arbitragem. Para isso, optamos por utilizar uma adaptação de duas propostas metodológicas da clínica da atividade: a instrução ao sócia e a auto-confrontação cruzada. A partir de uma abordagem dialógica da atividade dos trabalhadores da saúde buscamos produzir junto a eles outro modo de olhar para suas práticas cotidianas, buscando garantir a emergência dos atos invisíveis, das falas inauditas e das ações contrariadas. Tentamos junto a eles ampliar o olhar sobre a atividade para além do realizado, lidar com esse volume que o transborda.

Nos capítulos 4, 5 e 6 analisamos, respectivamente, as atividades realizadas pelos médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde pesquisada. Percebemos que os trabalhadores de saúde do PSF têm que lidar todo o tempo com o debate de normas e valores entre os modelos assistenciais, o modelo tradicional biomédico e o modelo proposto pela estratégia de saúde da família, pautada na promoção e vigilância à saúde. As normas e valores vinculados ao modelo biomédico, apesar de questionadas, permeiam as práticas dos trabalhadores bem como a expectativa dos usuários e em alguns momentos dos gestores. A própria organização

dos serviços carrega as marcas dessa contradição e transição, em que as propostas, exigências e expectativas, muitas vezes, demonstram-se incompatíveis. Por outro lado, destacamos diversos aspectos que demonstram o rompimento com o modelo tradicional e apontam para a emergência de novas práticas. Essa dimensão dramática dos usos de si no trabalho é potencializada diante das contradições e inconsistências desse período de suposta transição modelar.

Ao final, consideramos que a fragilidade dos instrumentos e do patrimônio dos trabalhadores para agir em congruência com o novo modelo produz inconstâncias. As práticas dos profissionais são capturadas e reproduzem os modos de trabalhar do modelo biomédico repetidamente. Por outro lado, constatamos a produção incessante de saberes pelos trabalhadores para lidarem com essas novas situações de trabalho, a potencialidade das mesmas para produzir rupturas e inflexões nos serviços, bem como para contribuir com a construção de novas estratégias de atuação dos trabalhadores do PSF.

# Capítulo 1- O Programa Saúde da Família

## 1.1 Das prescrições

### 1.1.1. A transformação do modelo assistencial

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil em 1994, quando foram formadas suas primeiras equipes, após seu lançamento em março do mesmo ano. Esta foi a primeira política específica de atenção primária de abrangência nacional formulada no país e retomou algumas proposições de políticas públicas federais importantes dos fins da década de 70 e início da década de 80, que visavam a expansão da cobertura e inclusão de grupos sociais marginalizados <sup>4,5</sup>.

Desde a época de seu lançamento foi a ele creditada a possibilidade de transformar o modelo assistencial anterior (hospitalocêntrico, baseado em procedimentos tecnológicos e medicamentosos, dirigido para a cura das doenças e extremamente fragmentado), uma vez que era considerado uma importante estratégia para a promoção da equidade da oferta dos serviços <sup>6</sup>. Isso se deveu ao fato de que, inicialmente, ele deveria privilegiar áreas de risco social <sup>7</sup>. Posteriormente, devido as suas características, o PSF constituiu-se como eixo estruturante da atenção básica tendo a responsabilidade de ser a “porta de entrada” para o sistema de saúde <sup>8,9</sup>.

Formulado em um período de “inércia” política, em que os três níveis de governo fundamentavam suas propostas em concepções de atendimento à saúde já superadas e criticadas, a regulamentação do PSF surgiu da necessidade de estabelecer um outro modo de funcionar que pudesse consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Um novo modo de funcionamento que possibilitasse minimizar a distância existente entre os princípios e diretrizes propostos pelo SUS e a sua implementação concreta que permitisse, efetivamente, transformar o modelo tradicional de atenção à saúde <sup>10</sup>.

A manutenção do modelo biomédico, cujas práticas ainda se apresentam como hegemônicas do setor <sup>11</sup>, vem sendo enfrentada desde a década de 70 <sup>10</sup>, uma vez que, não obstante o aumento substancial dos custos dos serviços e ações de saúde, ele não conseguiu ter impacto significativo na saúde das populações <sup>12</sup>, principalmente das mais pobres. A necessidade de produzir estratégias de transformação fundamentou-se no entendimento de que as inovações implantadas no SUS nos seus primeiros anos



resultaram em mudanças pouco perceptíveis na reestruturação e efetividade do sistema<sup>13</sup>.

Neste contexto, o PSF é considerado como uma possibilidade viável de se promover as mudanças desejadas, uma vez que

[...] incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que se propõe a organizar suas ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional<sup>14</sup> (p.714).

Em decorrência disto, o PSF deixou de ser entendido como um programa, e passou a ser proposto como uma estratégia de materialização dos princípios, diretrizes e objetivos do SUS<sup>15</sup>. Assim, ele passou a agregar um conjunto de expectativas e a responsabilidade de promover as mudanças que foram pautas de lutas do movimento sanitário e que ainda não tinham sido consolidadas<sup>16</sup>. No entanto, desde sua implantação ele continua abrigoando uma dicotomia. Por um lado é entendido como uma estratégia, por conter uma série de características que permite a reorientação do modelo de assistência a partir da atenção básica se difundindo para os demais níveis, conforme preconizado pelo SUS. Por outro possui uma série de características dos programas de saúde propostos anteriormente, como objetivos, metas e normas preestabelecidas<sup>17</sup>.

Para substituir o modelo assistencial do tradicional, o PSF propõe uma série de alterações nas práticas e organização da assistência à saúde. Uma delas é a reorientação do seu foco, que deixa de ser a doença de um indivíduo, em geral entendido fora de seu contexto social e econômico, e passa a ser a família. Esta deve ser entendida a partir do território em que ela está inserida, das relações que são estabelecidas na comunidade, das condições sócio-econômicas e de trabalho de seus habitantes.

Esta inflexão do objeto de atenção e assistência amplia a noção do processo saúde-doença<sup>10, 18</sup>, que passa a ser localizado numa dada realidade, situada espaço-temporalmente. Outro ponto que deve ser ressaltado é a delimitação da área e da população a ser atendida pelas diferentes unidades e equipes de saúde da família.

A definição e delimitação da área e população assistida facilitam o acesso aos cuidados de saúde pela população, uma vez que as unidades disponíveis devem funcionar como 'porta de entrada' preferencial e referência para os habitantes daquele território, o que

representa um avanço quando comparado ao padrão de “população aberta” adotado pelo modelo tradicional <sup>19</sup>. Essas duas características, adscrição da população no território e a proposição da família como foco da atenção são apontadas como duas das principais inovações do PSF <sup>20</sup>.

Pautado no paradigma da Vigilância em Saúde <sup>12, 21</sup> e da Promoção de Saúde essa estratégia amplia o espectro de intervenções, propondo ações que vão além das práticas curativas, incluindo as práticas de prevenção, promoção e educação à saúde. Ao programar ações a partir do território e de dados epidemiológicos da população adstrita, baseando-se na produção social da saúde e valorizando práticas intersetoriais como forma de promover condições mais saudáveis de vida, o PSF supera as críticas e/ou suspeitas iniciais de que seria uma espécie de medicina pobre para pobres, uma versão atualizada da medicina simplificada <sup>12</sup>. Esta crítica, ainda que reapareça vez ou outra, geralmente baseia-se numa visão limitada da proposta do PSF, uma vez que ela propõe o deslocamento da centralidade dos serviços de saúde na figura do médico e dos procedimentos médicos e inclui outros atores, inclusive os usuários, como protagonistas do processo de produção de saúde. O que não significa que algumas críticas sobre a precariedade das condições de trabalho e da baixa qualidade de alguns serviços não sejam pertinentes.

O seu ressaltado potencial estruturante sobre o modelo assistencial tradicional fez com que o Ministério da Saúde o considerasse a principal estratégia de qualificação da atenção básica. Prioridade que foi ratificada pela NOB/SUS/96 que definiu o PSF como estratégia para a transformação do modelo <sup>22</sup>. No entanto, essa expectativa produzida não se restringiu à atenção básica, visto que a reorganização da prática neste nível assistencial produz, potencialmente, efeitos nos demais níveis do sistema.

Atuando de forma simultânea no modelo de prestação de ações e serviços de saúde (modelo assistencial), de organização do sistema e nas modalidades de alocação de recursos e de remuneração das ações básicas de saúde, o PSF vem provocando profundas alterações na condução e operação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis de governo, além de modificar os padrões de consumo de serviços de saúde, reorientando a demanda nos locais aonde se encontra implantado <sup>23</sup>.

Ao PSF é atribuído a capacidade de agir como um instrumento estratégico para por em curso uma *reforma incremental* do sistema de saúde brasileiro, uma vez que estaria desencadeando um conjunto de mudanças no desenho e na operação das políticas do setor. Alterações tanto nas formas de organização do serviço e nas práticas de assistência, quanto nas formas de remuneração das ações de saúde e alocação de recursos <sup>11</sup>.

O crescimento do PSF trouxe para a centralidade dos debates a insuficiência dos arranjos organizacionais atuais e a falência das práticas profissionais e de gestão no que se refere especificamente à mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde <sup>12</sup> (p.1178).

Ainda que apresente dificuldades para sua implementação nos grandes centros urbanos, o PSF permitiu a inclusão de grandes parcelas da população historicamente alijadas do acesso aos serviços de saúde, o que é confirmado com a ampliação do acesso que ele tem garantido em regiões tradicionalmente deficitárias em serviços de saúde, principalmente nos municípios de pequeno porte <sup>4, 13</sup>. A prática de efetivar “buscas ativas” pelas equipes de saúde da família, que já eram realizadas pelos agentes comunitários no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vem contribuindo para reorganização da demanda do sistema de saúde, antes focada na demanda espontânea, permitindo ações preventivas e de educação em saúde a uma população mais ampla que no modelo anterior <sup>6, 13</sup>. Ainda que estas ações se mantenham como um nó crítico para a organização das unidades de saúde da família

### **1.1.2 O trabalho em equipe e a reorganização do serviço**

A apropriação do PSF como estratégia para consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e de substituição do modelo tradicional biomédico foi decorrente das características inerentes a proposição do seu modo de funcionamento e da forma como a organização do trabalho em saúde é proposta. O PSF é estruturado em Unidades de Saúde da Família (USF), uma unidade pública de saúde responsável por uma população delimitada ao seu território de ação, onde são desenvolvidas ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

A criação das USF não se refere à construção de um serviço paralelo ao já existente, mas à substituição das práticas de assistência convencionais por outro projeto, com

outro processo de trabalho, baseado na promoção e vigilância à saúde. Apesar de estar inserida no primeiro nível de ações (atenção básica), sua atuação deve garantir a atenção integral dos sujeitos por ela assistidos, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema <sup>18</sup>.

A transformação do modelo de atenção básica à saúde tem como um de seus pontos de destaque a organização do trabalho em equipe multiprofissional. Esta é considerada uma importante estratégia para reorganização do processo de trabalho em direção a uma abordagem mais eficaz e integral. A mudança do agir em saúde, em que as práticas convencionais focadas no indivíduo doente são substituídas por novas práticas voltadas à família e à comunidade <sup>4</sup>, não ocorre naturalmente, nem automaticamente, ela exige uma nova organização que permita dar conta de uma abordagem mais ampla da saúde dos usuários dos serviços, exigindo uma maior amplitude de saberes e diversidade de práticas <sup>24</sup>.

As equipes multiprofissionais mínimas propostas no PSF são compostas por um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que a inclusão de outros profissionais depende da necessidade local e da avaliação do município. A partir de 2000 foi incluída, ao conjunto de profissionais do PSF, a equipe de saúde bucal, composta por um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene dental <sup>24</sup>.

Cada equipe é responsável por um território delimitado e acompanha de 600 a 1000 famílias, atingindo no máximo 4500 pessoas, sendo que o número de agentes é condicionado à extensão da população atendida. A diversidade profissional das ESF's, cuja conformação difere sobremaneira das equipes tradicionais, é apontada como potencialmente capaz de melhorar o desempenho do novo modelo <sup>10</sup>.

Dentre as atribuições das equipes estão: cadastrar e manter atualizado o cadastramento das famílias e seus indivíduos, enfatizando as características sócio-econômicas, psicológicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território em que atuam; definir o território de atuação, mapeando a área adstrita; identificar os principais problemas de saúde e situações de riscos às quais a comunidade está exposta; construir junto à comunidade um plano de ação para o enfrentamento dos fatores que ameaçam a saúde, priorizando solução dos problemas mais freqüentes; prestar assistência integral, respondendo à demanda organizada e espontânea; valorizar a relação com os usuários

propiciando a criação de vínculo de confiança; desenvolver ações educativas para o enfrentamento dos problemas de saúde, promoção de um ambiente mais saudável e de discussão do conceito de cidadania <sup>16</sup>.

Dentre os diversos aspectos do trabalho da estratégia saúde da família destacam-se: o trabalho multiprofissional e em equipe, integrando diferentes áreas técnicas e profissionais com formações diversas; valorizar os diversos saberes e práticas a partir de uma abordagem integral e resolutiva, que permita a produção de vínculos de confiança entre os trabalhadores pautados na ética, compromisso e respeito; promover e desenvolver ações intersetoriais, a partir de parcerias e da integração com projetos sociais, voltadas para promoção da saúde, de acordo com as prioridades da gestão municipal; estimular a participação da comunidade no controle social, planejamento, execução e na avaliação das ações; e acompanhar e avaliar as ações para reformulações permanentes do processo de trabalho <sup>25</sup>.

Nessa perspectiva, a equipe de saúde da família é vista como o principal agente da mudança proposta. No entanto, essa mudança não é decorrente apenas da execução das normas e princípios técnicos, ela deve ser mais abrangente. Ela exige uma transformação nas relações estabelecidas no cotidiano dos serviços, tanto com os outros componentes da equipe de trabalho, quanto com a comunidade. Essa mudança refere-se, portanto, à própria concepção do fazer profissional, com as práticas dos profissionais de saúde, com a alteridade.

Como apontam Pedrosa e Teles <sup>26</sup> (p.304), “divisão do trabalho, status da profissão, posição no processo de trabalho, aspectos organizacionais, relações informais, redes de poder, valores e normas [...]” são aspectos fundamentais que influenciam o rendimento do trabalho. A própria composição da equipe exige uma construção de outro tipo de vínculo entre seus membros, outras formas de relação e de organização do trabalho. A inclusão dos agentes comunitários dá um caráter novo em relação às tradicionais equipes de saúde. Sem uma formação formal em saúde estes agentes, preferencialmente membros da comunidade foco das ações, trazem para equipe saberes e práticas do cotidiano do grupo em que está inserido e que são fundamentais para o trabalho.

A nova relação a ser construída entre estes profissionais deve facilitar a circulação e o compartilhamento dos diferentes saberes, a construção de novas práticas, diversificando os olhares sobre o processo saúde-doença e superar a fragmentação e hierarquia

tradicional do setor. A integração entre os diferentes profissionais da equipe permite que as informações sobre os usuários sejam compartilhadas permitindo a adequação da ação profissional <sup>27</sup>. Essa relação entre os profissionais baseada “[...] na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe” (p.9) <sup>16</sup>.

Outro ponto fundamental para implementação dessa estratégia é a relação com a comunidade. A integração das famílias exige a construção de um vínculo diferente do estabelecido anteriormente entre os profissionais de saúde e pacientes, visto que “[...] a família representa um sujeito ativo no processo de cuidado em saúde, com representações e estratégias próprias, que não podem ser desconsideradas pelos profissionais de saúde” (p.1641) <sup>21</sup>.

Isso é ressaltado em um dos textos produzidos pelo Ministério da Saúde no qual são apresentadas algumas diretrizes para implementação do PSF e descreve que dentre as atribuições específicas do médico estão presentes, ao lado de ações técnicas da própria profissão, características relativas à atuação profissional <sup>18</sup>. Características que devem ser levadas em conta inclusive no momento da seleção dos profissionais. É fundamental o comprometimento com os usuários dos serviços de saúde em suas diferentes dimensões (particular, familiar e social), além da construção de um vínculo de responsabilidade, fundamental tanto para o tratamento das doenças quanto para as ações de promoção de saúde.

A consolidação do PSF está condicionada à presença de profissionais com conhecimentos e habilidades que lhes permita atuar de acordo com as propostas que fundamentam esse novo modelo, que sejam capazes de trabalhar em equipes multiprofissionais, sejam abertos a práticas interdisciplinares e preparados para esta nova organização do trabalho em saúde <sup>22</sup>

[...] pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; na remuneração diferenciada; na delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; no trabalho em equipe; na incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; no vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; na incorporação mais efetiva dos instrumentos de

planejamento; e na necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico e o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica (p.150) <sup>27</sup>.

A preparação para esse novo processo de trabalho em saúde não se refere a pré-disposições individuais ou características intrínsecas ao sujeitos, a personalidade ou caráter, ela diz respeito a formação dos trabalhadores da área da saúde. Toda proposta ou pretensão de transformação das formas de trabalhar em saúde deve ser acompanhada de mudanças nos modos de formar os trabalhadores, tanto dos novos, como também dos que já atuam nos serviços de saúde.

## **1.2 Das normas e valores**

### **1.2.1. A racionalidade biomédica: da mudança macropolítica à micropolítica.**

Diante disso, fica claro que atuar apenas no plano das mudanças macropolíticas, de uma carta de intenções, ou de um desenho de programa bem amarrado não é suficiente para garantir a metamorfose que se propõe. É preciso problematizar sobre quais matrizes são produzidos os modos de ser e trabalhar na saúde, quais são os valores que atravessam e co-emergem às práticas dos diversos profissionais.

Mudar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, requer fundamentalmente interferir nos microprocessos do trabalho em saúde, nas concepções deste mesmo trabalho e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, ambos produtores do cuidado em saúde <sup>28</sup> (p. 59).

Um importante aspecto é entender que a prática biomédica moderna se situa no modo-de-ser técnico-científico. A medicina, principalmente a praticada no último século, é marcada fortemente pela objetivação do outro; pela fragmentação do corpo humano e pela especialização dos saberes sobre ele; pelo distanciamento e pela intermediação tecnológica da relação médico-paciente – reafirmando os ideais científicos de neutralidade e objetividade. O paradigma que fundamenta a medicina na contemporaneidade afastou de suas investigações diagnósticas e intervenções o

[...] sujeito humano sofredor como totalidade viva. Aliás, muitas vezes despreza-se o sofrimento do sujeito porque a relação do médico dá-se com a doença, o paciente é apenas o meio de acesso a ela, sendo freqüentemente entendido como fonte de distorções, cujas manifestações e comentários devem ser evitados <sup>29</sup> (p. 76).

Esta postura é resultado de uma estratégia de afirmação do discurso médico oficial, para a manutenção de sua hegemonia em detrimento do discurso popular sobre a doença. Várias foram, e continuam sendo, as estratégias utilizadas para conservar a relação médico-paciente assimétrica <sup>30</sup>. Estas vão desde a forma de (não) se comunicar com o paciente, de negar ou desqualificar seus conhecimentos sobre sua saúde, até a utilização de procedimentos técnicos e tecnológicos que acentuam sua posição de objeto:

O doente nu, deitado, imóvel e silencioso é, realmente, objeto das manipulações físicas do médico, que, vestido, de pé e com seus gestos livres, ausculta-o ou apalpa-o, ordena-lhe que se sente, que estenda as pernas, pare de respirar ou tussa <sup>30</sup> (p.57).

Conforme <sup>31</sup>, nesta relação em que o paciente é considerado pelo outro um objeto e sente-se como objeto, subtrai, além de seu corpo e de seu psiquismo, símbolos, significados pessoais e sociais sobre o seu processo de adoecimento, menosprezando a importância do aspecto simbólico para a realização do tratamento.

A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais <sup>32</sup> (p.650).

Tais características ultrapassam o âmbito do consultório médico, da relação médico-paciente, e se (re)produzem nas diferentes esferas das práticas de saúde “[...] esse tencionamento relacionado à dificuldade em lidar com a alteridade [...] está, na verdade, instalado no coração do desenvolvimento tecnocientífico da moderna biomedicina” <sup>33</sup> (p. 93). Crémadez <sup>34</sup> propõe a existência de um paradigma médico, que não se restringe aos médicos, ao qual os profissionais de saúde são fiéis e que contribui para a cristalização das práticas, minimizando a possibilidade de mudança. Segundo esse autor



a erosão deste paradigma é fundamental para a emergência de uma crise que ampliaria a possibilidade de transformação.

Neste momento em que se fala de uma crise da saúde <sup>35</sup>, o PSF emerge com um conjunto de propostas para a superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica ocidental está aprisionada. Considerando que, dentre outras ações, propõe o estabelecimento de uma relação com o usuários em que ele não é transformado em objeto. É na tentativa de superação da *cisão eu-outro* <sup>33</sup> e da construção de uma relação entre sujeitos singulares e situados que o PSF insere-se como uma importante estratégia em direção à integralidade <sup>36</sup>.

No entanto, apesar das características estruturais e dos princípios do PSF, a racionalidade biomédica preenche várias de suas porosidades. Pedrosa e Teles<sup>26</sup> afirmam que os profissionais, por eles analisados, não percebem mudanças significativas seja no modelo assistencial, nos padrões de cuidado ou nas relações de trabalho. A mudança é percebida em outras áreas, principalmente na aproximação entre profissionais, comunidade e unidades de saúde.

A prática dos profissionais do PSF mantém-se, em larga medida, pautada na biomedicina. Apesar de uma primeira abordagem empática por parte dos, a condução dos contatos entre os médicos e os pacientes mantém diversos traços inerentes àquela racionalidade. Ao comunicar-se com os pacientes

[...] 39,1% dos médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema, bem como em 58% das consultas, o médico não verifica o grau de entendimento do paciente sobre o diagnóstico dado. Os médicos, em 53% das consultas, não verificam a compreensão do paciente sobre as indicações terapêuticas <sup>32</sup> (p.142).

As autoras ainda relatam que esses profissionais desprezam fatores não inerentes à prática tradicional como os aspectos psicossociais. Em 91,4% das consultas os medos e ansiedades não são abordados, restringindo o olhar sobre o processo saúde-doença, o que os impede de compartilhar as visões deste processo presentes na comunidade, assim como os valores e crenças construídos ao longo da vida de seus constituintes.

Somado a isso, os médicos que trabalham no PSF são constantemente desvalorizados pelos médicos das unidades tradicionais de saúde, e exigem respeito ético creditando ao programa a intervenção nos setores pobres e desprivilegiados da sociedade, tal qual o

campo da saúde coletiva tem sido historicamente identificado nas formações profissionais <sup>26</sup>.

É importante, de acordo com o que já descrevemos anteriormente, perceber que não estamos nos referindo a algo que perpassa apenas a prática do médico, mas também a dos outros profissionais de saúde. Segundo Pedrosa e Teles <sup>26</sup>, os enfermeiros compartilhavam com os médicos a visão da comunidade como “[...] aglomerado amorfo, indistinguível, desorganizado, consumista de medicamentos e que apresenta hábitos não saudáveis sendo sua intervenção necessária e imprescindível [...]” (p.310).

Os mesmo autores apontam que os agentes comunitários de saúde, muitas vezes líderes comunitários e detentores de um saber específico – o conhecimento sobre a realidade da comunidade, imprescindível para o programa -, subordinam essas habilidades a ações técnicas de medir pressão, fazer curativo e aplicar injeção, sugerindo sua transformação em auxiliares de enfermagem. Nunes <sup>21</sup> demonstra que a relevância dada à atividade dos ACS, por seu pertencimento ao universo de intervenção e sua suposta compreensão intracomunitária dos fenômenos abordados, muitas vezes é restringida por análises descontextualizadas e sem uma reflexão sobre a realidade concreta. Esses agentes frequentemente classificam os moradores da comunidade a partir das recomendações biomédicas.

Costa e Miranda <sup>37</sup> afirmam que mesmo depois de mais de uma década as práticas cotidianas no PSF continuam permeáveis ao modelo biomédico tradicional. Com isso sua capacidade de alteração do modelo assistencial é questionada, pois o modelo que precisa ser alterado ainda se impõe à própria estratégia de reformulação e “suga suas forças”. Segundo os autores, não obstante à existência de um modelo teórico consistente, as UBS, com algumas exceções, pouco avançaram na ampliação dos tipos de ações ofertadas. Ainda que afirmem que a ampliação da oferta de serviços de saúde após a expansão do PSF tenha contribuído para a equidade e a universalidade de acesso, o mesmo não pode ser afirmado para a integralidade das ações, pois as ações ainda permanecem em grande medida restritas às já ofertadas no modelo anterior <sup>9,37</sup>.

Souza <sup>38</sup> aponta três limites que continuam a dificultar o acesso aos serviços de atenção básica, que representam três dimensões da fragmentação: a primeira se refere à baixa integração entre as equipes de saúde da família entre si e com outras equipes das unidades básicas tradicionais; a segunda, à fragmentação entre os níveis do sistema e a

pouca eficiência ou inexistência de políticas de referência e contra-referência; a terceira se refere à pouca articulação intersetorial das equipes de saúde da família com outros setores do estado e/ou da sociedade. Com isso os serviços se mantêm limitados às ações tradicionais, centradas na figura do médico, com trabalho em equipe frágil e pouca possibilidade de construção de rede e vinculação dos usuários.

Franco e Merhy <sup>39</sup> fazem uma série de críticas à capacidade do PSF de conseguir transformar o modelo assistencial. Segundo esses autores a proposta não traz inovações suficientes para transformar o modelo conforme propõe. O foco nas ações “higienistas” em detrimento das “sanitaristas”, o alto grau de normatividade que nega a diversidade de realidades no país, dificultando a criação de modelos alternativos, e o fato de se basear em propostas anteriores que não conseguiram produzir grandes transformações são alguns dos limitantes. Destacam que para conseguir garantir a mudança no modelo assistencial é preciso alterar mais que as estruturas dos serviços, é necessário modificar as referências epistemológicas. Silva <sup>40</sup> aponta a insuficiência das regulamentações e protocolos propostos para organização do PSF e a importância da gestão do trabalho realizada pelos trabalhadores diante das exigências do meio. Ressalta que as transformações e reorganizações do trabalho, realizadas pelos trabalhadores em atividade, são fundamentais para a eficiência do serviço estudado.

### **1.3 Acerca da formação: a importância do conhecimento situado.**

O fosso existente entre as exigências de serviços e práticas de saúde, condicionantes da proposta do PSF, e as práticas exercidas pelos profissionais, pode ser explicado através da análise da formação destes atores. Conforme Caprara e Rodrigues <sup>41</sup>, “nos cursos tradicionais para médicos e enfermeiros, os estudantes adquirem uma série de conteúdos e capacidades práticas que levam a considerarem somente os aspectos físicos, excluindo as características culturais e socioeconômicas” (p.144). Desta forma constata-se que a formação dos trabalhadores de saúde é incongruente com uma atuação baseada na perspectiva da atenção integral, em ações de promoção, prevenção e atenção precoce recomendado pelo Programa Saúde da Família e fundamentais para a mudança do modelo assistencial <sup>10</sup>.

Não obstante às exigências de interdisciplinaridade, de práticas generalistas e horizontalizadas, a formação dos profissionais de saúde no Brasil, ainda hoje, baseia-se no modelo flexneriano, cientificista e fragmentado, que limitam o cuidado às práticas pontuais e curativas. A definição do hospital como espaço da cura e eixo estruturante da formação, o privilégio dado à abordagem clínica/individual, à especialização intensiva e extensiva, a ênfase dada à pesquisa biológica, entre outras práticas hegemônicas, demonstram a penetração deste modelo no ensino e nas práticas de saúde atuais<sup>9,10,22,42</sup>.

O modelo flexneriano, baseado num paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, gerou, entre outras coisas, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. O modelo de atenção à saúde no Brasil tem sido historicamente marcado pela predominância da assistência médica curativa e individual e pelo entendimento de saúde como ausência de doença, princípios definidores do modelo flexneriano<sup>28</sup> (p.57).

Como aponta Nemes Filho<sup>43</sup>, a principal estratégia para formação de trabalhadores do SUS esteve baseada na formação de sanitaristas, seja para ações específicas como vigilância, seja para posição gerencial nos serviços e/ou para a gestão municipal. O PSF, como vimos anteriormente, propõe um conjunto de transformações no trabalho em saúde, em particular ao inserir o médico generalista e a necessidade de construção de vínculo com a população adstrita, bem como ao propor o trabalho em equipe, exigindo, com isso, mudança da formação profissional na área da saúde.

Diante disso, fica clara a relação entre os fundamentos que guiam a educação/formação e a prática em saúde dos diferentes profissionais de saúde. Destarte, para que o PSF atinja seu objetivo de ser uma estratégia para a substituição do modelo assistencial vigente<sup>18</sup> é fundamental a produção de novos saberes e a produção de novos sujeitos (trabalhadores das equipes de saúde da família, gestores e usuários).

Apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos. É colocar em pauta na agenda

da saúde da população brasileira conceitos como: vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada e humanística <sup>37</sup>.

A implementação da Estratégia Saúde da Família com objetivo de produção de mudanças no modelo assistencial esbarra, cotidianamente, no fosso existente entre a formação dos profissionais e as exigências da realidade da atenção básica em saúde. Os trabalhadores da saúde, em sua grande maioria, ainda são formados para o modelo biomédico, hospitalocêntrico e fundamentado na especialização profissional e na fragmentação do cuidado.

Nas discussões recentes sobre a reforma sanitária, há um reconhecimento generalizado sobre a importância da instituição de novas formas de “fazer saúde” que diferem das formas de agir para as quais os profissionais vêm sendo formados nas últimas décadas <sup>10</sup>.

Esse novo paradigma aponta claramente para a insuficiência dos processos de formação e desenvolvimento de recursos humanos que não são recentes, mas que o momento atual evidencia e explicita de maneira mais radical as contradições existentes nesse processo <sup>38</sup> (p. 150).

A disponibilidade restrita de profissionais no mercado com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo, apresenta-se como um nó crítico para consolidação do PSF.

Tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação <sup>10</sup> (p.491).

Diante dessas especificidades do trabalho na atenção básica, realizados em espaços em permanente transformação e em meio a diversos conflitos culturais e políticos <sup>44</sup>, em 1997, o Ministério da Saúde propôs a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa Saúde da Família para subsidiar as práticas das equipes <sup>22</sup>. Entre suas ações estavam a realização de cursos introdutórios para capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família

segundo a lógica proposta pelo programa. Apesar de possuir objetivos explícitos de superar as necessidades percebidas no fazer das equipes de saúde, os pólos de capacitação, conforme foram propostos, apresentavam um caráter muito formal e externo à atividade dos trabalhadores, baseando-se primordialmente em cursos de capacitação técnica.

Souza et al <sup>38</sup>, apontavam que a estratégia de criação dos Pólos era importante, pois estimulava o movimento reflexivo nas instituições de ensino superior, principalmente nos que se refere à co-responsabilidade junto ao serviço, à qualificação dos profissionais de saúde. No entanto, o mesmo trabalho indicava o “descompasso entre a necessidade do serviço e a capacidade de oferta das instituições de ensino parceiras”, bem como a inadequação dos conteúdos oferecidos nas capacitações com as necessidades locais.

Ceccim e Feuerwerker <sup>45</sup>, ao analisarem uma série de iniciativas de formação, capacitação e mudanças curriculares, afirmam que apesar de contribuírem para o desenvolvimento de um pensamento crítico e de reforçar o movimento que apóia as mudanças no processo de formação, elas tiveram tímidas repercussões nas práticas dominantes no sistema de saúde. Esses cursos ainda que tenham produzido mudanças na formação e cuidado em saúde, não transformaram a lógica pragmática das ações em saúde.

Sua exterioridade às práticas, ao processo de trabalho em saúde efetivamente realizado, acaba por manter esses “cursos de capacitação” num nível de abstração em relação à realidade do trabalho que não permite vislumbrar de forma clara a utilização dos conhecimentos obtidos na transformação desta realidade. A idéia de capacitação nos remete à noção de uma formação estática, diretiva, abstrata, à “educação bancária” <sup>46</sup>, na qual, os profissionais “sem as capacidades necessárias” ali as recebem e retornam ao trabalho “capacitados”, repletos de novos conhecimentos, mas que nem sempre são condizentes com a sua realidade.

Na maioria das vezes, os modelos fechados, como o de aprendizagem para domínio individual do conteúdo, não oferecem espaços adequados para a aprendizagem a partir de problemas concretos ou exemplos baseados nas realidades locais. Não estimulam a busca ativa e a manipulação de informações das mais diversas naturezas e formatos, impossibilitando uma aprendizagem significativa

(*meaningful learning*), em consonância com os desafios impostos pela sociedade da informação <sup>47</sup> (p.159).

O modelo de educação continuada em que se enquadram os cursos clássicos de atualização profissional eram, em geral, organizados de forma fragmentada (a partir de uma abordagem disciplinar ou de especialidades) e visavam primordialmente a atualização técnico-científica. A dificuldade de “aplicar” os conhecimentos transmitidos nos cursos de capacitação contribui para a sensação de frustração dos profissionais quando estes retornam aos serviços. Além disso, limitam as explicações para as dificuldades das transformações das práticas à falta de conhecimento, ao domínio cognitivo <sup>22</sup>.

[...] a educação (formal e continuada) no campo da saúde raramente privilegia um enfoque que possibilite a estudantes e profissionais a oportunidade de vivenciar ativamente a aprendizagem como construção de conhecimento, por meio da reflexão sobre suas próprias experiências, bem como a participação ativa em estudos, investigações e foros de debate [...] Do ponto de vista pedagógico, participantes de programas de formação são expostos a métodos de ensino reprodutivistas, que conduzem à passividade e à superficialidade, assim como à falta de criatividade, de curiosidade e de compreensão sobre os fenômenos e as experiências vivenciados <sup>47</sup> (p.158).

O que se propôs para superar essas limitações é uma inflexão conceitual e metodológica: a substituição da educação continuada pela educação permanente em saúde. A primeira baseia-se em oferecer cursos complementares, de atualização, baseados em metodologias tradicionais, com conteúdos e duração definidos, que se seguem à formação inicial dos profissionais e que garantam a manutenção ou o aumento da competência dos mesmos.

Esses conhecimentos rígidos e pré-definidos partem de uma representação abstrata dos usuários e dos serviços, negando todas as peculiaridades e singularidades presentes no cotidiano. Ao destacar a questão técnica do trabalho nos processos de formação, a educação continuada, como estratégia para capacitação para os trabalhadores dos serviços de saúde, reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho <sup>48</sup>.

Essa percepção já havia sido destacada por Haddad et al. <sup>49</sup>. Eles afirmavam que, embora a educação sempre tenha sido considerada um importante instrumento para transformar os sistemas de saúde públicos em sistemas mais democráticos, equânimes e menos fragmentados, o seu potencial de mudança é considerado limitado pela desvinculação entre a prática dos profissionais e os conteúdos e métodos utilizados nestas formações/capacitações dos profissionais do setor.

A mudança do modelo de educação para os trabalhadores de saúde já havia sido proposta pela OPAS no fim da década de 1980, após a constatação de que a educação continuada não atingia os objetivos de qualificar e transformar os serviços de saúde na América Latina, restringindo-se a responder a momentos conjunturais, interesses individuais ou a circunstâncias “políticas” <sup>50</sup>.

Alguns dos problemas levantados pela instituição naquele momento foram: a ausência de uma articulação efetiva entre o processo educativo e o que era realizado em serviço; os métodos utilizados não estavam adequados aos contextos locais e às necessidades e características dos diferentes trabalhadores; os programas eram direcionados a profissões isoladas e individuais, ainda que as estratégias de trabalho fossem multidisciplinares; a intenção de integrar instituições docentes e instituições de serviço não conseguiu superar o desconhecimento mútuo existente; a realidade dos países de terceiro mundo exigia uma proposta educativa que incluísse a instabilidade e mudanças constantes na realidade dos serviços de saúde. Dessa forma, a OPAS <sup>50</sup> propôs uma série de princípios que deveriam guiar o processo educativo dos profissionais da saúde: deve durar toda vida laboral dos trabalhadores; a realidade do trabalho deve ser o eixo central da aprendizagem; deve ser vinculada ao contexto real de onde emanam as questões sociais, políticas e sanitárias; deve ser uma prática educacional interdisciplinar e em “equipe” uma vez que o trabalho se constitui desta forma.

Uma das condições essenciais para a reforma do setor saúde é a formação e educação permanente da força de trabalho, que deve estar preparada para enfrentar mudanças constantes e para acompanhar produtivamente o acelerado avanço científico e tecnológico da sociedade contemporânea. Nesse sentido, o processo educativo, em todos os seus níveis, integrando ensino, investigação e prática, torna-se um elemento estratégico <sup>47</sup> (p.158).



Neste sentido, a inserção dos saberes produzidos e das necessidades que emergem na atividade do trabalho passam a ser constituintes da própria formação dos profissionais. A troca permanente de conhecimentos deve ser incorporada ao cotidiano, o distanciamento entre o saber e o fazer deve ser combatido. A problematização do processo de trabalho deve fundamentar tanto as práticas quanto a organização do trabalho, as mudanças de estratégias da atenção surgirão da prática concreta das equipes Brasil <sup>22</sup>.

Assim, não basta disponibilizar os conhecimentos formais e técnicos. A mudança da formação e da gestão do trabalho em saúde deve abarcar alterações nas relações, nos processos e nas práticas, exigindo uma mudança nos modos de ser e trabalhar nos serviços de saúde que compõem o SUS. O processo de trabalho é indicado como o local privilegiado de aprendizagem e produção de conhecimentos e no trabalhador é investida a responsabilidade de transformar suas práticas e garantir a qualidade dos serviços de saúde. Por isto apostamos em uma formação que deve partir desses conhecimentos, uma formação situada.

A formação em situação, tal como o trabalho situado, nos convoca a habitar esse plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam <sup>51</sup> (p.79).

A formação dessa maneira não se restringe à transmissão de conteúdos ou uma atividade voltada para produção intelectual. Essa direção formativa, fundada na emergência, socialização e produção de saberes coletivos, saberes situados, potencializa a produção de novas formas de trabalhar nos serviços de saúde.

A formação se dá como intervenções formadoras, isto é, todo o processo de formação é desde sempre, situado, contingenciado pelas condições e meios do processo de trabalho, condições e meios do trabalhador viver no trabalho. Formar, portanto, equivale a intervir na situação sempre coletiva do trabalho <sup>51</sup> (p.78).

O compromisso ético-político, em que o cotidiano de trabalho é incorporado à formação dos trabalhadores da saúde, seria o ponto principal desta proposta. A abertura pedagógica aos acontecimentos imanentes, a permeabilidade às transformações e as mutações incessantes dos serviços são pilares, construção e realimentação das práticas a partir dos conhecimentos produzidos no cotidiano pelos próprios atores. Conhecimentos que muitas vezes são invisíveis, negados, desconsiderados e descartados pelos que habitam os serviços de saúde - dos trabalhadores que ocupam os cargos de gestão aos

que estão na “ponta”. No entanto, são saberes que não cessam de ser produzidos, são inerentes a vida, são produtos concretos das atividades e fundamentais ao seu exercício e sucesso.

## **CAPITULO 2 - A Vida como produção de conhecimentos: “Todo ato de conhecer produz um mundo<sup>1</sup>”.**

Para ressaltar a compreensão da vida e da atividade concebidas como inseparáveis da produção de saberes e conhecimentos fizemos algumas opções e recortes teóricas. Assim, optamos por fundamentar essa tese em autores e teorias que tomem essa produção incessante como princípio. Valeremos-nos das contribuições sobre a vida, de Maturana e Varela, em seu caráter autopoietico e a proposição vitalista de Canguilhem sobretudo em relação à dimensão normativa dos seres vivos. No campo da análise do trabalho destacaremos toda uma linhagem francófona de estudos que destacam a atividade em seu aspecto inventivo e produtor de variações e transformações na realidade.

### **2.1 “Todo fazer é conhecer e todo conhecer é fazer<sup>2</sup>”: a vida como produção de conhecimentos, de si e de mundo.**

*“Porque se não morressem, se não perdessem aquilo que os constituía como seres vivos, seriam iguais às pedras, seriam mera permanência, de modo que sua transitoriedade era central”<sup>52</sup> (p. 40).*

Em “A árvore do conhecimento”, Maturana e Varela <sup>53</sup> apresentam aos leitores um aforismo proposto para conduzir a leitura do livro: “Todo fazer é conhecer e todo conhecer é fazer (p.68)”. Nessa curta frase eles nos convidam a discutir, analisar e construir um entendimento no qual vida, ação e conhecimento estão intimamente relacionados. Mais que isso, propõem que vida, ação e conhecimento são co-emergentes. Esse aforismo fundamenta uma noção de que o mundo se produz na práxis do próprio viver <sup>54</sup>, a partir de uma “coincidência contínua do nosso ser, nosso fazer e nosso conhecer” <sup>53</sup> (p.67). A inseparabilidade entre o ser e o fazer caracterizam esse modo peculiar de organização dos seres vivos.

---

<sup>1</sup> Maturana e Varela, 1995, p.68.

<sup>2</sup> Maturana e Varela, 1995, p.68.

Segundo estes autores, o que caracteriza os seres vivos é exatamente sua capacidade de autocriação, a capacidade de produzirem continuamente a si mesmos. A essa capacidade, que propuseram como elemento constitutivo do vivo, denominou-se autopoiese. Os seres vivos produzem continuamente a si mesmos a partir de suas interações com o meio.

A capacidade dos seres vivos de criarem-se cotidianamente efetiva-se mediante uma organização que define as relações dinâmicas que a unidade autopoietica estabelece para manter-se adaptada. Desta forma a adaptação é resultado de uma interação e não resposta às exigências do meio. Cada ser vivo

[...] classifica e vê suas contínuas interações com o meio de acordo com sua estrutura a cada instante, que por sua vez está em contínua mudança devido sua dinâmica interna. O resultado geral é que a transformação ontogênica não cessa até a sua desintegração<sup>53</sup> (p.112).

A vida só persiste enquanto sua capacidade autopoietica se mantém, sua capacidade de diferir, de produzir transformações em sua estrutura for possível num dado meio, de maneira congruente com esse meio. A desintegração é a morte, a imobilidade é a morte; enquanto há vida há mudança. A vida exprime-se e garante-se na possibilidade de mudança, de autocriação (autopoiese).

A história de um ser vivo é a história de suas interações com o meio e é isto que determina seu modo de ser no mundo. “Toda variação ontogênica resulta em modos diferentes de ser no mundo em que vivemos, porque é a estrutura da unidade que determina sua interação no ambiente e o mundo que configura”<sup>53</sup> (p.123). Esse entendimento carrega em si uma inflexão na medida em que a relação dos seres vivos com o meio não é de determinação, mas de perturbação. Vivo e meio interagem produzindo perturbações mútuas que desencadeiam efeitos em suas estruturas, mas que não são determinados um pelo outro, mas sim por sua própria estrutura. Em última instância as mudanças estruturais de todos os seres vivos são limitadas pela conservação da autopoiese.

Desde que haja compatibilidade, que a interação entre a unidade autopoietica e o meio não desencadeie desintegração, essas relações de perturbações recorrentes resultam num histórico de transformações estruturais mútuas, num processo permanente de mudanças. “A mudança estrutural contínua dos seres vivos com a conservação de sua autopoiese

ocorre a cada instante, continuamente e de várias maneiras ao mesmo tempo. É o pulsar de tudo que vive.”<sup>53</sup> (p. 136)

É importante ressaltar que a determinação estrutural dos seres vivos, não impede o movimento ou transformação, uma vez que isso é o que garante a manutenção da vida, ou seja, é o que caracteriza a própria vida segundo essa perspectiva. Estamos falando de estruturas altamente plásticas, cambiantes, que produzem a si e ao mundo, incessantemente, a cada interação... até a morte. Exatamente o que, em última medida, os seres vivos tentam evitar em cada nova interação com o meio.

Os seres vivos operam como um sistema fechado, a partir de sua estrutura, em uma rede cujos processos e efeitos remetem a essa própria rede. No entanto, a clausura operacional constitutiva dos vivos não aponta para uma impermeabilidade às alterações e influências produzidas pelo meio, apenas ressalta que seus efeitos são dependentes da estrutura do ser vivo em cada momento. Em outras palavras o “ser vivo funciona sempre em seu presente estrutural”<sup>53</sup> (p.155).

Ao propor que a atuação dos seres vivos não é determinada pelo meio, mas pela estrutura de cada ser, a teoria da autopoiese aponta para outro entendimento da relação sujeito-mundo. Uma vez que mundo e sujeito se influenciam mutuamente, mas são determinados pela suas próprias estruturas, podemos inferir que se cada nova interação transforma suas respectivas estruturas e que essas transformações se dão durante toda a duração dos seres vivos. A cada ação, no ato do viver, os seres vivos produzem novos mundos e novos modos de se relacionar com eles. “Produzir o mundo é o cerne pulsante de nosso conhecimento, e está associado às raízes mais profundas de nosso ser cognitivo, por mais sólida que nos pareça nossa experiência”<sup>53</sup> (p.69).

Neste contexto, a noção de conhecimento não se vincula a um conjunto de saberes sobre o mundo, uma vez que essa perspectiva rompe com a separação entre um sujeito cognoscente e o mundo a ser conhecido. Ambos são co-emergentes. Não existe um mundo a ser conhecido, nem um sujeito já dado, mas mundos e sujeitos produzidos a cada nova relação. O conhecimento nesta concepção é proposto como ação, como aquilo que permite aos seres manterem a autopoiese.

Conhecer é ação efetiva, ou seja, efetividade operacional no domínio de existência do ser vivo [...] uma ação que permita a um ser vivo

continuar sua existência em determinado meio ao produzir aí seu mundo<sup>53</sup> (p. 71).

Conhecer surge vinculado à capacidade do ser de agir em concordância com o mundo, do operar adequado a uma circunstância. Está diretamente ligado as ações que contribuem para a manutenção da vida.

Conhecer [...] é apresentar uma conduta adequada, uma conduta congruente com a circunstância na qual essa mesma conduta se realiza, sendo ambos possibilitados e determinados pela estrutura do ser vivo em questão<sup>54</sup> (p. 23).

A incongruência com sua circunstância, a perda do seu conhecimento, leva a morte do ser vivo. “No momento em que o organismo não está mais em congruência com sua circunstância, morre – acaba o conhecimento de sua circunstância”<sup>52</sup> (p. 36).

O grande paradoxo que se apresenta é que este fechamento do sistema vivo, a clausura operacional apontada pela teoria da autopoiese, ao invés de limitar, expande o entendimento de vida como vida produtiva, que produz a si, que produz o mundo. Vida inseparável da experiência, da ação e da produção do conhecimento. Vida que se constitui e se mantém nelas.

Esse imperativo à construção ininterrupta de conhecimento, não de conhecimento sobre o mundo, mas de conhecimento-mundo, entendido como movimento de vida e de oposição a morte, do conhecimento como ação situada, condicionada, mas não determinada pelo meio, da vida como atividade inventiva, nos convida e nos desafia a repensar noções como aprendizado, formação, trabalho e saúde: o aprendizado não representacional, que não pode ser baseado na transmissão, mas na criação, uma vez que dependente da estrutura de cada humano; a formação necessariamente permanente, visto que enquanto há vida há produção de conhecimento; o trabalho como atividade industriosa, inventiva, e não previsível e por isso inalienável; e a saúde produzida cotidianamente pelos bons e maus encontros que estabelecemos ao andar a vida.

## **2.2. A Saúde como produção de normas de vida: Canguilhem e a saúde como capacidade normativa.**

A concepção de vida proposta por Maturana e Varela, ainda que não faça referência direta à obra de Canguilhem, possui, a nosso ver, diversos pontos de contato e atravessamentos ao seu entendimento sobre o tema. Ao analisar as relações entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico, na primeira metade do século XX, este autor propôs uma concepção de vida fundada na capacidade normativa dos seres diante das exigências do meio.

Para ele a relação entre organismo e meio deve ser entendida a partir da noção de meio como um fato biológico e não como um fato físico, ou seja, como um fato em permanente constituição e não como fato dado, constituído. Quando consideramos a relação organismo meio como fato biológico, em que o ser vivo ao invés “de sofrer influências, recolhe as influências e as qualidades que correspondem as suas exigências, então os meios nos quais os seres vivos estão colocados, estão delimitados por eles, centrados neles”<sup>55</sup>. O meio só impõe alguma ação a um determinado organismo quando este, a partir de suas orientações, se abre ao meio.

Desta forma, o ser vivo não é passivo ao meio, não responde às exigências de um meio independente que o determina. “O organismo não está jogado num meio ao qual ele tem que se dobrar, mas ao contrário, ele estrutura seu meio ao mesmo tempo que desenvolve suas capacidades de organismo”<sup>55</sup> (p.259). Meio e organismo co-emergem numa relação que se atualiza incessantemente e é produzida pela ação dos seres, e não como efeito das condições de existência apresentadas por determinado meio.

[...] as funções biológicas são ininteligíveis [...] quando só traduzem os estados de matéria passiva diante das transformações do meio. De fato, o meio do ser vivo é também obra do ser vivo que se furta ou se oferece eletivamente a certas influências<sup>55</sup> (p.143).

A concepção vitalista de Canguilhem tem na busca e atividade dos seres vivos para manterem-se vivos seu foco principal. A vida é esforço, potência em permanecer vivo, persistência em existir. Segundo o autor<sup>55</sup>, para morrer basta estar vivo, mas para viver é preciso lutar. “A vida procura ganhar a morte, em todos os sentidos da palavra ganhar e, em primeiro lugar, no sentido em que o ganho é aquilo adquirido por meio do jogo. A vida joga contra a entropia crescente” (p.208). Assim a vida seria esse constante jogo, uma luta contra a entropia, que em último estágio significa a morte do ser vivo.

A vida deve ser entendida como curso temporal, como duração, que flui num plano imanente, onde encontros acontecem e relações com o meio são estabelecidas. Desde que nascemos padecemos às exigências e constrangimentos apresentados pelo meio. Um meio sempre mutável e que, por isso, nos é infiel, “sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história”<sup>55</sup> (p.159). A vida apenas se mantém como vida produtiva, vida criativa, enquanto é possível inventar novas composições com o meio, novas formas potentes de existência, “como atividade de oposição à inércia e à indiferença”<sup>55</sup> (p.208).

“A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação [...] com o meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas.” (p.160)

A vida só se mantém a partir da capacidade normativa dos seres vivos, da sua capacidade de questionar as normas em situações críticas e produzir novas normas. Normas que devem ser entendidas não como leis naturais que determinam seus efeitos, mas como possibilidades. Uma norma não é imposta, ela é uma proposta de “unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença” (p.212). A norma emerge como um modo possível, uma possibilidade de referência e regulação. Uma possibilidade de referência que só se institui quando a norma é escolhida como proposta de transformar um estado negativo ao ser num estado positivo. A vida não é indiferente as imposições que lhe são feitas pelo meio. “Viver é, mesmo para uma ameba, preferir e escolher” (p.105).

A vida persiste numa relação arriscada com o meio em que é preciso se ativo, negociar com as condições. A saúde, para Canguilhem, é entendida não como a subordinação passiva ao meio, mas como empreender, o atuar imerso nele. Nesse sentido, a saúde expressa a capacidade dos seres vivos de serem normativos em diferentes situações, de tolerarem as infidelidades do meio e produzirem novas normas válidas às novas circunstâncias.

Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar as infrações a norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.<sup>55</sup> (p.158)



Como afirma Caponi <sup>56</sup>, o conceito de saúde em Canguilhem está vinculado à abertura ao risco, uma vez que ele está sempre presente. A saúde está relacionada à capacidade de enfrentá-lo e de expandir suas condições de vida, é um modo de vida ampliado, com generosidade criativa, audacioso. Ela não se refere apenas a sensação de adequação ou adaptação aos meios, mas a capacidade de correr riscos e produzir novas normas de vida para além das exigências do meio. Bem como de lidar com as conseqüências dessas escolhas, que podem ser catastróficas. Desta maneira a própria “possibilidade de abusar da saúde, faz parte da saúde” <sup>55</sup> (p. 162).

A saúde é o estado que garante aos seres vivos permanecerem no jogo, que nos garante as pequenas vitórias cotidianas. O estado de saúde não é um estado puro e estático de não-doença, incompatível com ela. Ao contrário, a saúde é um estado em que a idéia da doença seria uma constante. Uma saúde perfeita, completa é anormal uma vez que a experiência do seres vivos sempre inclui a doença. As doenças são produtos da própria vida, produzida pelo simples ato de existir <sup>55,57</sup>, a doença é um signo da presença da morte na vida.

As doenças do homem não são somente limitações de seu poder físico, são dramas da vida. A vida humana é uma existência, um ser-aí para um devir não preordenado, na obsessão do seu fim. Portanto, o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por sina, mas por sua simples presença no mundo” <sup>57</sup> (p. 63).

Apesar de a doença ser normal à vida, ela é um estado contra o qual precisamos lutar para prosseguir vivendo. É “próprio da doença vir interromper o curso de algo”<sup>55</sup> (p.107) portanto, para persistir vivendo faz-se importante combater a doença, buscar sua cura. As reações patológicas nunca ocorrem da mesma maneira e nas mesmas condições para o indivíduo normal, pois a doença implica uma nova relação com um novo meio, mais limitado, já que o doente não consegue mais responder às exigências do meio normal anterior.

Dado que o “normal é viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis” <sup>55</sup> (p.146), uma norma que é válida sob um espectro mais amplo de condições é superior a outra cuja efetividade é mais restrita. Uma norma de vida que permite ao ser vivo atuar em determinadas situações pode se tornar patológica se permanecer inalterada à revelia das alterações das condições presentes da vida. O organismo sofre as conseqüências quando se sente incapaz de realizar as tarefas impostas pelas novas

circunstâncias. “Um organismo saudável compõe com o mundo circunvizinho, de maneira a poder realizar todas as suas capacidades. O estado patológico é a redução da latitude inicial de intervenção no meio”<sup>57</sup> (p.65).

A doença não é um estado que expressa a ausência de normas, ela é uma norma de vida inferior, limitada, cuja capacidade normativa é restringida ou mesmo perdida. A doença impossibilita a transformação de uma norma em outra, limita as circunstâncias ao dado, não tolera variações, não institui novas normas diante de novas condições. O doente não o é por ausência de normas, mas pela incapacidade de produzir novas normas.

A cura sempre acarreta perda para o organismo, mas ao mesmo tempo sempre impõe uma nova ordem, uma saúde diferente da antiga. A normatividade biológica é irreversível, não voltamos ao estado anterior, restabelecendo a antiga saúde. O que não significa que o novo estado seja sempre mais frágil, ele pode estar mais próximo da saúde ou da doença dependendo do grau de abertura às modificações e às infidelidades do meio. A tentativa de manutenção do mesmo, ou retorno ao estado anterior, é, não apenas impossível, como contrária a vida. Se o estado patológico remete a um sentimento de vida contrariada a saúde “é o sentimento de uma capacidade de ultrapassar capacidades iniciais, capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer inicialmente”<sup>57</sup> (p.43). Um homem saudável não é aquele para o qual não exista a possibilidade da doença, mas aquele que em contato com a doença consegue frear um processo que em outro ser humano poderia levar a morte.

No caso dos seres humanos, a capacidade de produzir normas próprias de vida, ocorre inserida em uma circunstância em que estas concorrem todo o tempo com normas sociais, que produzem uma série de exigências e constrangimentos, bem como desejos e necessidades. Cabe aos seres a capacidade de habitar o espaço polarizado entre a autonomia e a heteronomia.

Canguilhem propõe que, quando pensamos a vida humana como efeito da relação ativa entre os homens e o meio, devemos somar ao entendimento do meio como fato físico e biológico, já mencionados anteriormente, a dimensão do meio como fato geográfico, entendendo-o como produto das atividades humanas, da história das técnicas e cultura. “O homem é um fator geográfico e a geografia está profundamente impregnada de história, sob a forma de técnicas coletivas”<sup>55</sup> (p.125).

Os homens têm a capacidade de produzir novos meios, garantir a vida em ambientes que a princípio são inóspitos ao organismo humano e alterar o próprio funcionamento do organismo. Esta capacidade permitiu ao homem se espalhar por quase toda superfície do planeta apesar de sua fragilidade orgânica. A vontade e a técnica humana podem alterar não apenas os aspectos físicos do ambiente como iluminação e temperatura, mas também os próprios ciclos circadianos. Ao produzirmos mundos e modos de ser e viver no mundo, produzimos também modos fisiológicos de ser. Modos e mundos que produzem saúde e/ou doença, em maior ou menor grau. Porém, não há uma fatalidade ou determinismo absoluto,

Os meios oferecem ao homem apenas virtualidades de utilização técnica e de atividade coletiva. É a escolha que decide tudo. É claro que não se trata de uma escolha explícita e consciente. Porém, a partir do momento que várias normas coletivas de vida são possíveis em determinados meios, aquela que é adotada, e por sua antiguidade parece natural, continua a ser, no fundo, a escolhida<sup>55</sup> (p.139).

Diante disso é fundamental pôr em análise os meios e as normas de vida produzidas socialmente pelos homens, bem como as escolhas coletivas, o que se considera natural, os modos de ser e viver. Se, por um lado, diversas produções e regulações do viver possibilitaram aos seres humanos manterem-se vivos nas mais diferentes situações, a despeito de sua suposta fragilidade biológica; por outro, algumas dessas intervenções no meio mostram-se produtoras de sofrimento, adoecimento e morte. Os meios de produção e de trabalho, bem como suas normas e organizações devem ser entendidos como espaços e práticas potenciais para produção de saúde e doença. A forma como é organizado o meio de trabalho e como as relações entre trabalhadores e meio são estabelecidas são aspectos destacáveis para se pensar a atividade dos homens e mulheres no trabalho, bem como sua relação com a produção de saúde e doença nestes espaços. Cabe sempre pôr em análise se a organização do trabalho potencializa ou nega a normatividade humana.

### **2.3 A Atividade como Produção de Normas: Conhecimento Produzido no Trabalho**

O trabalho no século XX foi fortemente marcado pela proposta taylorista de uma Organização “Científica” do Trabalho que se baseava em uma distinção acentuada entre

o trabalho de concepção e prescrição de tarefas, vinculado aos trabalhadores da gerência e o de execução destas pelo grupo de operários das fábricas. O Taylorismo, com a análise e planejamento do trabalho, com cálculos dos tempos e movimentos detalhados ao extremo, realizados pela gerência, buscou simplificar a tarefa ao ponto de tentar antecipá-la totalmente. Desta forma o próprio Taylor acreditava que seria capaz de prescindir do pensamento de quem a executava <sup>58</sup>.

Ao analisar o trabalho numa indústria taylorista no fim da década de 60 do século XX, um grupo de ergonomistas percebeu que não obstante a normatização rigorosa das tarefas a serem cumpridas, o trabalho realizado diferia daquele proposto e planejado <sup>59</sup>. Este estudo desencadeou uma torção epistemológica, uma inflexão no olhar sobre os trabalhadores - os operários fabris eram, até então, vistos como meros executantes de tarefas predefinidas - e sobre o trabalho operário. Percebeu-se que, ao realizar o trabalho definido pela gerência, os trabalhadores faziam algumas modificações durante a ação. A atividade analisada em situação por essa linhagem da ergonomia, inicialmente belgo-francesa, mostrou que o trabalho realizado jamais correspondia ao predefinido <sup>60</sup>. Diante dessa distinção, foram propostos os conceitos de “trabalho prescrito” e “trabalho real”.

O trabalho prescrito está relacionado à idéia de antecipação, de planejamento, é a concepção teórica do que se deve fazer. A tarefa sempre é definida por quem delega sua execução, e tem como objetivo definir e orientar, de maneira completa, o que deve ser feito e como fazê-lo <sup>61</sup>. Portanto, ela sempre preexiste à atividade, sendo determinada de forma anterior e exterior a sua realização.

A organização prescreve as suas regras e os seus objetivos, as formas de utilizar as máquinas e os instrumentos de trabalho, o tempo disponível para cada operação, os modos operatórios e as normas operatórias <sup>59</sup>. Telles e Alvarez <sup>60</sup> apontam que o entendimento sobre o trabalho prescrito não deve se restringir às tarefas definidas pelas prescrições. As autoras ressaltam que ainda que ele envolva as prescrições estabelecidas pela administração/gerência, o trabalho prescrito é mais amplo, uma vez que se relaciona também aos meios e condições disponíveis para sua execução. Dessa forma, a qualidade e disponibilidade dos materiais, o organograma, as condições do trabalho fazem parte do trabalho prescrito. Leplat e Hoc <sup>61</sup> reforçam tal definição propondo que o trabalho prescrito é um objetivo dado em condições específicas.

Brito <sup>62</sup>, nessa mesma direção, acentua a especificidade inerente ao trabalho prescrito, que é sempre situado, vinculado a uma expectativa do que deve ser feito num processo de trabalho singular, uma vez que remete a proposições de uma organização específica e a determinadas condições disponibilizadas aos trabalhadores. Ainda que nem sempre estejam explicitadas ou apresentadas de forma clara e precisa, as prescrições estão sempre presentes. A mesma autora aponta, sinteticamente, alguns elementos que o caracterizam:

- Os objetivos a serem atingidos e os resultados a serem obtidos, em termos de qualidade, prazo, produtividade;
- Os métodos e procedimentos previstos;
- As ordens emitidas pela hierarquia (oralmente ou por escrito) e as instruções a serem seguidas;
- Os protocolos e as normas técnicas e de segurança a serem seguidas;
- Os meios técnicos colocados à disposição;
- A forma de divisão do trabalho prevista;
- As condições temporais previstas;
- As condições socioeconômicas (qualificação, salário) (p.284)

O trabalho prescrito, mesmo entendido de forma ampliada, que não se restringe apenas à prescrição formal de *o que fazer* e *como fazer*, mesmo entendido a partir de uma visão que abarca os meios técnicos, a divisão do trabalho, o controle do ritmo e as condições sócio-econômicas, apresenta-se direcionado a um trabalhador modelar, a um homem homogêneo e estável, descolado da realidade da atividade. A prescrição não se opõe ao trabalho, ela nasce de atividades anteriores, ela é o resultado *esfriado* das atividades de gestão e concepção. Ela se vale da memória das atividades, das técnicas, regras, línguas e procedimentos, e os formaliza e, com isso, os *congela* <sup>63</sup>.

Canguilhem, em 1947, ao analisar a tentativa de mecanização do operário nas fábricas tayloristas, onde até mesmo as variações rítmicas dos trabalhadores, presentes em qualquer ser vivo, eram negadas, observou o seguinte:

Certamente, na condição de mecanizar o homem e de mecanizar o tempo, negligenciando sistematicamente o caráter rítmico de atividade de um ser vivo qualquer, pode-se estabelecer a norma de rendimento de um determinado operário pela medida do tempo mínimo praticado por diferentes operários para cada elemento de uma

tarefa decomposta. O inconveniente é essa norma não ter nenhuma significação concreta para um indivíduo tomado em sua totalidade bio-psicológica de sua existência<sup>64</sup> (p.118).

Reforçando tal perspectiva, Duc, Duraffourg e Durrive<sup>65</sup> afirmam que o sistema nega ou subestima as variabilidades dos seres vivos e concebe a tarefa para um homem médio inexistente, um homem mítico. A prescrição rígida negligencia tanto as variações individuais quanto as distinções entre os trabalhadores. Nega que esses sujeitos possuam características físicas e idades diferentes, histórias singulares, que durante suas vidas foram atravessados por distinções de gênero, etnia, classe social, religiosa, etc. E assim, na tentativa de expressar e direcionar a forma de trabalhar desse homem inexistente, a prescrição não pode ser seguida conforme foi planejada por nenhum homem concreto.

Teiger<sup>66</sup> afirma que o trabalho não é um conceito abstrato, tal como apresentado pela prescrição, o trabalho deve ser entendido como um conceito encarnado, situado num tempo, num espaço, inscrito e condicionado pelo corpo de quem o realiza. Conforme Daniellou<sup>67</sup>, toda situação de trabalho caracteriza-se pela relação entre um sujeito singular, com características próprias e objetivos e meios determinados por outrem. A diversidade dos trabalhadores é confrontada à relativa unicidade dos meios de trabalho, desta forma as tarefas propostas a diferentes trabalhadores constituem situações de trabalhos distintas.

O trabalho é uma atividade finalizada, realizada de maneira individual ou coletiva em um tempo dado, por um homem ou uma mulher dados, situada em um contexto particular que determina as limitações imediatas da situação. Esta atividade não é neutra, compromete e transforma, também, quem a realiza<sup>66</sup> (p.143).

Béguin<sup>68</sup> reforça e diz que a atividade é o que distingue o homem da máquina, é ela que insere o homem como protagonista do trabalho e não como mero executor. Segundo Teiger<sup>66</sup>, a análise ergonômica da atividade, considerando as dimensões fisiológica, cognitiva, afetiva e relacional da atividade, permitiu perceber a defasagem existente entre o que está prescrito e o que é efetivamente realizado. A atividade relaciona-se ao que se faz e ao como se realiza a tarefa, é referente às ações do trabalhador e dos coletivos de trabalho. Ela baseia-se no saber-fazer, nos conhecimentos que eles possuem. A distinção entre o que é prescrito e o que é realizado resulta das

variabilidades da situação concreta, da forma como o trabalhador as percebe e das estratégias que ele adota para contorná-las.

Existe na atividade humana uma atualização constante do “*como fazer*” que não pode ser reduzida a previsões possíveis ou prescrições de qualquer ordem. O trabalho em sua efetivação não possui regularidades ou determinações *a priori*, toda atividade sempre se realiza a partir de um encontro conflituoso

entre uma intenção inscrita em uma história e um projeto, de demandas e limitações às vezes exógenas (que provêm de um entorno material ou relacional mais ou menos estável) e endógenas (que provêm de um estado funcional instantâneo não estável) <sup>66</sup> (p.149).

Esse traço de imprevisibilidade que caracteriza as situações de trabalho, esse caráter singular pode ser entendido quando confrontamos o que se deve fazer com as transformações no concreto. O trabalho real abarca todas as alterações presentes no cotidiano que decorrem da forma como o trabalho é organizado, da relação com o aparato tecnológico utilizado na sua realização, da influência do tempo (duração e turno do trabalho; envelhecimento), de questões individuais e coletivas <sup>69</sup>.

Os trabalhadores no contato com o meio de trabalho modificam-no, subvertem-no com o intuito de dar conta das variabilidades, das infidelidades que se apresentam incessantemente. Eles transformam e reinventam constantemente seus modos de trabalhar, sua atividade, sem o que seria impossível sua realização.

Jobert <sup>70</sup> acrescenta que, por um lado, a distância entre o prescrito e o real se deve ao fato da prescrição - por mais próxima que seja da realidade - fundamentar-se sempre em pressupostos teóricos e situações estabilizadas, incapazes de acompanhar a dinâmica das situações reais. Por outro lado, há uma distinção no próprio discurso sobre a realidade produzida por quem prescreve ou produz conhecimento formal sobre o trabalho e o que os trabalhadores vivem, “como se, no discurso de qualquer ação no mundo real, uma parte irreduzível escapasse à sua simbolização pela linguagem e, por isso mesmo, à garantia do seu domínio” (p.229).

Todo e qualquer trabalho é permeado em maior ou menor grau pelas variabilidades do meio,

[..] mesmo na atividade percebida como o mais simples ato de execução, os trabalhadores são desafiados/constrangidos a fazer escolhas, decidir caminhos, mesmo que no infinitesimal; enfim, desafiados/constrangidos a renormatizar, em meio às prescrições e aos seus próprios referenciais de vida <sup>69</sup> (p.65) .

Os trabalhadores, desta forma, *cumprem uma função de regulação dos incidentes*, cabe a eles a responsabilidade de *gerir a disfunção* de gerir a distância entre o que está prescrito e o real. “Na realidade a produção da empresa somente ‘sai’ na quantidade e na qualidade conveniente, porque os trabalhadores não seguem à risca as instruções que lhes são dadas” <sup>59</sup> (p.43).

Como aponta Dejours <sup>71</sup> para que o trabalho se realize é necessário que os trabalhadores o subvertam. Além de conhecer os procedimentos e regulamentos eles devem usar sua inteligência e engenhosidade para garantir que o sistema funcione. Esta subversão do trabalho, esta gestão das disfunções, esta mobilização da inteligência e inventividade, fundamenta-se numa produção incessante de conhecimentos no trabalho, seja para permitir a aplicação das regras diante das variações incessantes ou para compensar sua falta ou inadequação <sup>70</sup> .

Eles compensam os incidentes múltiplos mobilizando uma competência que não tem status de uma qualificação real e salarial; eles desenvolvem cooperações (colaborações internas) entre os diferentes postos de trabalho e com os serviços, que são indispensáveis ao bom funcionamento da empresa, mas que se constroem em oposição às diretrizes existentes, enfim eles asseguram uma formação mútua oficiosa, necessária para ocupar o vazio criado pela falta de uma formação profissional ou para diminuir o distanciamento entre o treinamento – que se vincula ao trabalho prescrito - e a realidade do trabalho a ser efetuado <sup>59</sup> (p.43).

Estabelece-se, então, o paradoxo do trabalho, uma contradição em seu seio, uma vez que os trabalhadores são simultaneamente exigidos a cumprir as prescrições e mobilizados a criarem novas formas de trabalhar sob o risco de não conseguirem realizar suas funções. Ainda que não devemos demonizar a prescrição ou buscar seu banimento, uma vez que a ausência de normas exteriores já se mostrou tão nociva quanto sua imposição estrita, “[...] admitir os limites da normalização racional permite reconhecer que é necessário ‘algo mais’ para atingir a eficácia, realizar o desempenho,



enfrentar os acontecimentos”<sup>70</sup> (p.229). Desta forma, o trabalhador, a quem Taylor propunha e desejava eximir de pensar, é impelido incessantemente a criar e produzir novos conhecimentos para que o trabalho se efetive.

A distinção entre trabalho prescrito e trabalho real, proposta pela ergonomia situada, permitiu uma aproximação da atividade, mas focou-se, sobretudo, no trabalho operário nas fábricas tayloristas, em que as prescrições e definições das tarefas eram radicalmente marcadas e claras. Com o declínio do taylorismo e as transformações das relações e formas de trabalho ocorridas a partir da década de 1970, um grupo de pesquisadores franceses inspirados, entre outras disciplinas, na ergonomia, se propuseram a tentar entender o trabalho em meio às mudanças econômicas, sociais e tecnológicas que estavam acontecendo<sup>72</sup>.

A Ergologia, perspectiva que se desenvolve através da análise das situações de trabalho envolvendo uma sinergia entre diferentes saberes - científicos (ergonomia, lingüística, psicopatologia do trabalho, economia, etc.) e “da prática” (desenvolvidos no cotidiano por trabalhadores de diferentes setores) - apresenta uma série de elementos que são úteis no aprofundamento e ampliação do entendimento da atividade que extrapola o ambiente e a realidade fabril, bem como os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real<sup>72</sup>.

Schwartz<sup>73</sup> reforça proposta da ergonomia de que qualquer análise sobre o trabalho o entenda como uma atividade situada e questiona os limites de falar sobre ele antes de sua realização. Toda antecipação, que busca propor verdades, nega a história e as próprias características dos viventes, transformando-os em autômatos.

Comprazer-se na antecipação prospectiva significa pressupor que os encontros do trabalho não criam o imprevisível, não retribuem saberes e valores, não fabricam história. Significa transformar homens e mulheres em executantes, em marionetes cuja vida seria apenas o cruzamento do pensamento e dos valores dos outros e, até mesmo, de determinações cegas e anônimas (p.116).

Toda atividade humana, dentre elas a atividade de trabalho industriosa, sempre nos remete a um nível de arbitragens, de escolhas que são tomadas no curso da ação, para que a tarefa seja efetivamente realizada diante das variabilidades cotidianas, para contornar os obstáculos decorrentes dos incidentes ocorridos<sup>59</sup> considerando concomitantemente os entraves e os recursos intrínsecos e extrínsecos<sup>66</sup>. A atividade

não pode ser inteiramente antecipada, ela se configura como um processo cujas regras de funcionamento se transformam no curso temporal<sup>74</sup> e se vincula à história de quem a experiencia<sup>75</sup>.

A ação pressupõe uma multiplicidade de decisões locais. É raro que se possa aplicar, cegamente, um plano preestabelecido; é preciso adequá-lo à realidade, adaptá-lo às circunstâncias: urgência, carga de trabalho, imprevistos fazem que cada dia seja diferente do outro. Não há instrução que possa suprimir essa parte de improvisação controlada; não há tarefa que possa dispensar uma constante atualização, que escape à variabilidade, que prescindia do engajamento pessoal daqueles que a efetuam<sup>76</sup> (p.21).

Schwartz<sup>77</sup> afirma que toda atividade de trabalho é sempre “encontro”, mais do que isso, é encontro de encontros, já que reúne a história dos dispositivos técnicos, dos protocolos, a história de vida do sujeito que a realiza, um modo particular de utilização, seja pessoal ou coletivo, que remete à combinação de sujeitos singulares, com histórias singulares, etc. Os trabalhadores sempre tentam, com intensidade e sucesso variáveis, atualizar o meio de trabalho em função do que ele é, de suas crenças e de como ele desejaria que fosse<sup>73</sup>.

A impossibilidade da padronização perfeita exige que os seres pensantes procedam à arbitragem e às escolhas; diante dessas brechas de normas do meio circulante, os protagonistas devem construir para si mesmos normas para supri-las, para agir e administrar a situação e, a partir daí, produzir, por pouco que seja bem estar (p.118).

A atividade humana sempre se dá a partir desta relação dialética entre a antecipação e a confrontação com a realidade, de um debate de normas, da negociação entre o plano e a atividade. Duc, Durrive & Schwartz<sup>80</sup> propõem que a atividade acontece a partir de uma relação dialética entre dois registros, entre a dimensão do protocolo e a do encontro.

O registro Um é relativo ao que visa guiar e orientar a atividade anteriormente ao seu desenrolar, é o que preexiste a ela e a predetermina parcialmente<sup>71</sup>. Essas informações e conhecimentos são denominados normas antecedentes<sup>78,79,80</sup>.

Telles e Alvarez<sup>60</sup> e Brito<sup>62</sup> consideram que a noção de normas antecedentes amplia a noção de trabalho prescrito ao abarcar, além da dimensão prescritiva abstrata, baseada em preceitos técnicos, científicos e organizacionais, uma dimensão histórica marcada pelos saberes-fazeres, pelas experiências dos trabalhadores, a um patrimônio coletivo que se transforma no encontro com a situação real de trabalho; e uma dimensão político-jurídica que se refere a valores. As normas antecedentes estão vinculadas aos regulamentos, procedimentos de uma situação de trabalho específica, vinculada aos conhecimentos técnico-científicos e culturais de uma certa sociedade e aos seus valores.

O registro Dois refere-se à desneutralização das normas antecedentes, à ressingularização do fazer e ao que acontece em determinado momento da história, sempre singular na medida em que está determinado por um contexto e sujeitos únicos e por uma temporalidade também única, “é da ordem da gestão do singular, que registra, na atividade cotidiana de trabalho, o efeito da dimensão histórica de toda prática, a não repetibilidade perfeita das situações humanas, sociais, produtivas”<sup>79</sup> (p.41). A relação dialética entre os dois registros nunca se dá de forma descontextualizada, ela está sempre vinculada a um debate de normas. Trabalhar, desta forma, é gerir, uma vez que fazemos escolhas relativas à forma como se dará essa confrontação.

Para entender a distância entre a prescrição e o que é efetivamente realizado, Schwartz<sup>58</sup> propõe quatro proposições ergológicas. A primeira reforça a tradição ergonômica de que essa distância é universal, dentre outros aspectos porque toda situação de trabalho é imprevisível e marcada pelas variabilidades das situações da atividade e da própria vida. Assim, tudo que é planejado, por nós ou por outros, jamais coincide com o que vamos realizar, “[...] a standardização total é impossível, ainda que ela seja assintótica: ou seja, embora não estejamos longe ela não chega”<sup>78</sup> (p.92).

Concordando com a premissa de Canguilhem de que *o meio é sempre infiel*, Schwartz<sup>78</sup>, propõe que o trabalho é sempre marcado por uma dupla infidelidade, que se alimenta reciprocamente. A primeira infidelidade refere-se à transformação constante do meio, à sua variabilidade permanente, ao marco da história, ao fato de que o meio não se repete em momentos ou em situações de trabalho diferentes. Diante disso, as normas antecedentes nunca são suficientes, há sempre um *vazio de normas* que os trabalhadores buscam a todo o momento preencher ou minimizar. Essa ressingularização, marcada pela história e valores de cada trabalhador, emerge como uma fonte suplementar de variabilidade, formando uma segunda fonte de infidelidade do meio.

A atividade emerge na relação entre o “*impossível e o invivível*”: da impossibilidade de antecipar e controlar as variabilidades presentes no meio e assim produzir normas atemporais que possam ser aplicadas tal como foram propostas; e da incapacidade do humano ou do vivo de seguir absolutamente normas exógenas, pois ao vivente a heterodeterminação total é *invivível*.

Como propõe Canguilhem<sup>55</sup>, viver é produzir novas normas de vida, a restrição dessa normatividade é patológica. A saúde relaciona-se à capacidade dos seres vivos de, em sua interação com o meio, produzir normas que lhe garantam permanecer vivo.

A segunda proposição faz um movimento de flexão sobre o caráter universal e determinista da distinção “prescrito-real”. Isto porque, ainda que se possa afirmar que tal distância sempre existiu e que possa manter algumas regularidades e tendências, ela será sempre parcialmente singular. Essa distinção só será descrita com precisão a partir da ida ao campo e da discussão com o trabalhador. Ela está “[...] sempre a ser introduzida na história, porque se trata sempre de uma história particular, a história [deste trabalhador] com suas características morfológicas, psicológicas, culturais”<sup>58</sup> (p.43). Essa defasagem só é compreendida a partir da análise da atividade em situação, no concreto da ação e a partir do diálogo com seu protagonista.

A terceira proposição afirma que não há só uma racionalidade no trabalho, a razão está presente tanto na prescrição como nas estratégias e variadas mudanças que os trabalhadores implementam para realizar o trabalho. Se por um lado a racionalidade que rege a prescrição é facilmente enunciada, a que rege uma parte da ação dos trabalhadores é muitas vezes tácita.

Há um tipo de inteligência do corpo que passa pelo muscular, pela postura, pelo neurofisiológico, por todos os tipos de circuitos que, hoje em dia, têm sua extrema complicação medida pelas neurociências, o que não quer dizer que eles se passam automaticamente. Ao contrário, podemos dizer que muitos são resultado de nossa própria história, de um “adestramento” que pode ser cultural, mas que em seguida passa na inconsciência, eu diria feliz, do próprio corpo<sup>80</sup> (p.198)

Há, concomitantemente, escolhas conscientes e explicitáveis e escolhas inconscientes, que são feitas a partir de uma economia do corpo, um corpo que abarca o intelectual,

cultural, fisiológico, muscular, neuronal. Essa entidade enigmática, do biológico marcado pela história, que faz a gestão da diferença entre o prescrito e o real é denominada ‘corpo-si’. “A atividade mergulha suas raízes, ou seu trabalho, no mais obscuro do corpo, o nosso corpo. E por outro lado, ela tem a ver com o que há de mais cultural, histórico e moral (no sentido da filosofia prática, ou da ética)”<sup>80</sup> (p.203).

À medida que não há apenas execução e os trabalhadores são mobilizados de corpo inteiro na atividade, pode-se propor que o trabalho é sempre uso, uso de si por si e pelos outros. “Uso de si pelos outros” porque a atividade sempre é marcada por algum nível de normas exógenas, “uso de si por si” porque o trabalhador, diante da insuficiência das normas antecedentes, é sempre impelido a criar para dar conta das variabilidades do meio e desempenhar seu trabalho.

A quarta proposição diz que a distância entre o prescrito e o real remete a um debate sobre os valores. Tal defasagem cria um vazio que deve ser preenchido em todo momento pelos trabalhadores para que o trabalho seja realizado, ou seja, os trabalhadores fazem escolhas. A atividade sempre se realiza a partir destas escolhas, conscientes ou inconscientes, de um debate de normas e valores. Quanto mais impalpáveis e imperceptíveis forem essas escolhas, maior deve ser o esforço para realçá-las, caso contrário não se percebe o que é específico à atividade.

[...] toda atividade humana é sempre, e em todos os graus imagináveis entre o explícito e o não formulado, entre o verbo e o corpo, entre a história coletiva e o itinerário singular, o lugar de um debate incessantemente reinstaurado entre normas antecedentes a serem definidas a cada vez em função das circunstâncias e processos parciais de renormalização centrados na entidade atuante.<sup>81</sup> (p.135)

A atividade, pensada por esse ponto de vista - do debate, das escolhas e arbitragens - é marcada pela existência do risco. Toda renormalização se dá sob o risco de fracassarmos, sempre podemos fazer escolhas ineficazes/ineficientes, ou a partir de normas e valores distintos das pessoas com quem se trabalha ou do lugar onde se trabalha, ou mesmo da sociedade em que se vive. A atividade é sempre marcada por um drama, sempre há dramáticas, imanentes ao trabalho: *dramáticas do uso de si*. Cada um de nós faz escolhas e arbitragens, nem sempre conscientes, que levam em conta, por um lado, o que se espera de nós, as exigências e obrigações que devemos responder, as metas que devemos cumprir, a forma como devemos nos comportar e nos relacionar; e

por outro, nossos valores, nossas crenças, nossa história, nossas características físicas e biológicas, etc <sup>79</sup>.

[...] é necessário *articular permanentemente* o uso de si pelos outros e o uso de si por si: *pelos outros* que cruzam, como foi dito, toda atividade de trabalho – e por si, pois há sempre um destino a ser vivido, e ninguém poderá excluí-lo dessa exigência. Tal exigência é uma oportunidade, claro, pois é a possibilidade de “desanonimar” o meio, tentando fazer valer ali suas próprias normas de vida, suas próprias referências através de uma síntese pessoal de valores. Essa tentativa é também um risco, pois os fracassos são possíveis – daí o sofrimento no trabalho <sup>80</sup> (p.197).

Dessa negociação permanente, nesse movimento de desanonimação do meio, os trabalhadores produzem novas normas para suprir de forma pertinente o vazio de normas do meio, saberes que os auxiliam de algum modo a realizar o que lhes foi designado, ou o que deles é esperado. Uma produção em geral invisível, muitas vezes até para os próprios protagonistas da atividade, mas que gera saberes em movimento, que são utilizados por eles em outras situações, enriquecendo o conjunto de normas antecedentes, que serão novamente retrabalhadas.

Schwartz <sup>77</sup> propõe a existência de um patrimônio vivo das atividades de trabalho, de formas de cultura que são acumuladas e transformadas e que diferem de um “patrimônio estocado” ensinado nas universidades, na academia.

[...] toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos, coletivos, toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e exploração dos homens uns pelos outros <sup>82</sup> (p.2)

No entanto, o simples reconhecimento da existência destes saberes e de sua produção na atividade não é suficiente para que permita a transformação da realidade do trabalho. Apenas reconhecer essas dimensões, sem que se avance na criação de conceitos, é o que ele denomina “demagogia ergológica” <sup>80,82</sup>. Os conceitos, ainda que emergentes da experiência imediata à atividade, permitem a transformação da concepção sobre a experiência, mudam o olhar do próprio trabalhador sobre sua atividade. A criação de conceitos permite uma melhor compreensão da atividade, a liberta de certas limitações. Isso não significa dizer que a criação de conceitos apreende todas as dimensões da

atividade, ao contrário, todos ou quase todos são retrabalhados, refabricados, na permanente dialética entre o registro Um e o registro Dois.

No embate entre as “normas antecedentes” (aí incluídas as prescrições) e as variabilidades do meio, os profissionais singularizam a atividade. No entanto, esta singularização ocorre a partir de arbitragens baseadas em valores. É preciso que uma pesquisa permita “por em conceito” os saberes que nasçam na atividade e, além disso, ressalte nesses novos saberes os valores que fundamentaram as escolhas das quais eles resultaram.

Clot <sup>63</sup>, ao propor uma abordagem clínica do trabalho fundamentada na atividade, também parte das noções propostas pela ergonomia francesa, de trabalho prescrito-trabalho real, para fazer uma série de considerações acerca da atividade de trabalho. Para ele, a atividade não se restringe ao que se faz, ao visível, ao trabalho efetivamente realizado, mas abarca também o que não se fez, as escolhas tomadas para poder cumprir a tarefa. A essa inflexão da noção de *atividade real* ele propõe a análise do que denomina *real da atividade*.

Baseando-se num entendimento de um conceito de real situado no plano de imanência, distinto de um real transcendente vinculado a um mundo em si, ou um ambiente dado anteriormente. O real, a partir dessa proposta, emerge na relação com o sujeito, é a própria modificação desse, é um meio transformado e delimitado pela ação do(s) trabalhador(es), mas em condições que não são determinadas por ele(s). “O real é a ação de realização – jamais totalmente previsível – põe o sujeito em contato com as realidades objetivas do mundo das coisas e dos homens, ocasiões para, e obstáculos ao seu desenvolvimento”<sup>63</sup> (p. 93). Para além do que foi realizado para dar conta das variabilidades, o real da atividade abrange também o que não se fez, as tentativas que fracassaram, o que não se pode fazer, o que se desejou mas não se pôs em prática, “o que fazemos para não fazer o que está por fazer. Fazer, frequentemente, refazer ou desfazer” <sup>63</sup> (p.116) , ou até mesmo optar por uma intenção dentre um conjunto de outras intenções concorrentes.

Para este autor a distância não se dá entre o trabalho prescrito e o trabalho real, mas entre a organização e o sujeito. Há algo de enigmático nesse hiato, sempre tem alguma coisa que escapa ao entendimento, como se por detrás dos comportamentos houvesse, além das regras e desenhos organizacionais, um conjunto de normas e condutas

coletivas, assim como de estratégias individuais que unisse e distinguisse, simultaneamente, os trabalhadores e os permitissem lutar contra as infidelidades do meio.

Ele propôs a existência de quatro dimensões distintas, mas que não podem ser incomunicáveis ou impermeáveis: a dimensão impessoal, que compreende as exigências da organização do trabalho, as prescrições formais; a dimensão transpessoal, um arcabouço de regras e normas impessoais, produzidas no coletivo; a dimensão interpessoal, das relações entre os trabalhadores no desempenhar das atividades; e a dimensão pessoal, marcada pela singularidade dos sujeitos, seus desejos e história <sup>83</sup>.

É fundamental que na relação com as organizações essas dimensões sejam intercambiáveis, é fundamental que possa ocorrer a transição funcional, a passagem de uma dimensão a outra para que esse hiato entre organização e o sujeito seja minimizado e o permita transformar o impessoal em pessoal. Ainda que seja sempre marcado pela heteronomia do objeto e da tarefa, a luta pela autonomia se mantém presente.

Existe uma elaboração coletiva de condutas, normas e saberes que permitem resolver os problemas do trabalho. Situado na dimensão transpessoal, a este conjunto de condutas denomina-se **gênero profissional do coletivo de trabalho**.

É uma sedimentação e um prolongamento das atividades conjuntas anteriores e constitui um precedente para atividade em curso: aquilo que já foi feito pelas gerações de um meio dado, como as escolhas foram tomadas, os costumes que esse conjunto enfeixa <sup>63</sup> (p. 44).

O “gênero profissional” coletivo conserva e transmite a história social daquele ambiente de trabalho, não só seus sucessos, mas também carrega todos os equívocos que o coletivo manteve, ele retém a memória do meio. Ele torna apto ao trabalho, “prepara, sustenta e orienta” os trabalhadores para a atividade em cada situação. Age como um aparato simbólico coletivo que propicia aos sujeitos superar o fosso que existe entre a organização do trabalho e a vida, ele protege os trabalhadores de errarem sozinhos. Ele é a

memória impessoal e coletiva que capacita à atividade na situação: maneiras de se comportar, de se vestir, modos de começar e terminar uma atividade ou de conduzi-la a seu objetivo, [...] maneiras de lidar com as coisas e as pessoas em um ambiente de trabalho <sup>84</sup> (p. 2).



O gênero age como mediador da relação do trabalhador com o objeto e a organização de seu trabalho, bem como da relação com os outros trabalhadores, é um mediador fundamental entre as diferentes dimensões da atividade, “diz, sem o dizer, o que deve fazer em tal ou qual situação o suposto desconhecido que jamais vamos conhecer”<sup>63</sup> (p.50).

A existência de um gênero forte é fundamental para que a transição funcional ocorra. Ele não nega ou se opõe às prescrições e exigências da organização, ele auxilia os trabalhadores a organizá-las e de forma a estreitar o hiato entre as dimensões impessoal e pessoal, a atividade pessoal se realiza através dele. Somado a isto, o gênero age como um regulador das relações interprofissionais, da relação de cada trabalhador com o grupo. Por possuir uma parte implícita, um parte subtendida, não dita, de como se pode ou não agir, assinala a pertinência do trabalhador ao grupo. O gênero garante a singularização da ação respeitando o trabalho comum, orienta a ação individual e aponta as formas de ver e de agir sobre o mundo, consideradas justas no grupo de trabalhadores num determinado período.

Esse aparato parcialmente estabilizado que constitui o gênero, por estar sempre vinculado a situações singulares deve ser entendido mais como um movimento que como um estado. Antecede a ação e é meio de realizá-la. Um gênero para se manter forte deve ser constantemente reavaliado, pois a estabilização total retira-lhe, ou ao menos minimiza sua função mediadora, uma vez que não se atualizaria.

É necessário que o “gênero” esteja sempre ajustado às necessidades presentes do coletivo dos trabalhadores. Para manter sua vitalidade ele depende das variações que cada trabalhador, em sua relação com o meio, produz. Variações que devem deixar de ser individuais e passar a pertencer ao coletivo de trabalhadores, ainda que retornem à ação individual. Os trabalhadores, exatamente por serem sujeitos distintos e se depararem sempre com situações singulares, para utilizar o gênero como instrumento da atividade precisam reformulá-lo. A essa atualização do gênero denomina-se **estilo de ação**.

O estilo é, uma mistura que descreve o esforço de emancipação do sujeito com relação à memória impessoal e com relação à memória singular, esforço sempre empreendido no sentido da eficácia de seu trabalho. Essa liberação abre a via ao desenvolvimento<sup>84</sup> (p. 3).

Ele possui uma dupla função: proporciona o desenvolvimento do gênero, garantindo sua eficiência, e permite ao trabalhador liberar-se dele aumentando sua autonomia e produzindo saúde.

A saúde se degrada no meio de trabalho sempre que um coletivo profissional torna-se uma coleção de indivíduos expostos ao isolamento. A saúde se degrada, na verdade, quando deixa de haver a ação de civilização do real, a qual um coletivo profissional deve proceder a cada vez que o trabalho, por seus imprevistos, põe esse coletivo a descoberto. Dito de outra forma, a saúde se degrada quando a história do gênero profissional se encontra suspensa. Cada um individualmente se encontra então confrontado às más surpresas de uma organização do trabalho que o deixa “sem voz” face ao real <sup>85</sup> (p.34).

A atividade, a partir dessas abordagens, apresenta-se como uma tentativa, nem sempre eficaz, de lutar contra a inércia, de lidar com as variabilidades e o acaso e de dar conta da tarefa para a qual se foi designado. Ela sempre produz saberes. Saberes em geral invisibilizados, que algumas vezes são descartados e em outras compõe um patrimônio que dá subsídios aos trabalhadores na realização da atividade. Podendo ser produzidos de forma mais abundante ou limitada, dependendo da forma como o trabalho é organizado e as relações estabelecidas.

A produção e socialização dos saberes são fundamentais para a realização do trabalho, mas também para a produção de saúde dos trabalhadores. Aproximação do trabalho, a partir do ponto de vista da atividade, é uma estratégia fértil para dar visibilidade aos saberes que ali são produzidos e circulam, bem como para potencializar e gerar novos saberes.

## CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

*Poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para ir embora daqui?"*

*"Depende bastante de para onde quer ir", respondeu o Gato.*

*"Não me importa muito para onde...", disse Alice.*

*"Então não importa que caminho tome", disse o Gato.*

*"Contanto que eu chegue em algum lugar", Alice acrescentou a guisa de explicação.*

*"Oh, isso você certamente vai conseguir", afirmou o Gato, "desde que ande o bastante."*

*(Carroll, 2002)*

### 3.1 Caminhos, escolhas e produção

Escolher um método de pesquisa exige uma série de cuidados diante da grande variedade de métodos, técnicas e instrumentos disponíveis e das diferentes discussões existentes sobre o tema. Não existe um único método possível para realizar uma pesquisa, ele assinala "[...] um percurso escolhido entre outros possíveis [...] não representa tão somente um caminho qualquer entre outros [...]"<sup>86</sup> (p. 17), mas um caminho que deve ser construído levando em conta as características do tema estudado, bem como as escolhas éticas, políticas e teóricas do pesquisador.

Becker<sup>87</sup> aponta a existência de metodólogos nas ciências sociais, especialistas em definir quais métodos devem ser utilizados e como a realidade deve ser abordada, contrariando sua proposta de que todo sociólogo deveria ter liberdade para inventar os métodos adequados às pesquisas que eles estejam desenvolvendo, corroborando com a proposta de Mills<sup>87</sup> de que cada pesquisador pudesse ser seu próprio teórico e seu próprio metodólogo. Como demonstram alguns autores<sup>87,88</sup>, tal postura certamente abarca um amplo espectro de desafios e riscos que não são contornados ou extintos somente a partir da utilização de métodos rígidos, ao contrário, novos riscos emergem dessa escolha.

Ao optarem pela rigidez dos métodos corre-se o risco de se perder a fluidez e movimento do real, a processualidade temporal, as variações e variabilidades dos corpos. Não estamos colocando em questão a importância do método para a produção

científica, ao contrário, estamos frisando a imprescindibilidade de sua adequação à pesquisa realizada – incluindo o objeto estudado, o arcabouço teórico que a fundamenta, e as características do pesquisador – para a obtenção de resultados satisfatórios.

Se por um lado é verdadeiro afirmar que a falta de rigor metodológico é prejudicial à produção do conhecimento científico, também o é restringi-lo a artifícios técnicos e instrumentais que antecedem à própria prática da pesquisa. Alguns destes procedimentos são criticados exatamente pelo caráter anti-histórico dos procedimentos que paralisam uma realidade que é intrinsecamente dinâmica <sup>88</sup>.

[...] ao submeter o real ao método - supondo-o neutro e eficiente para desvendar as tramas sociais em sua transparência plena e exata – o sujeito do conhecimento é conduzido a olhar a sociedade como quem a vê de fora, de longe, ostentando olímpica exterioridade. Neste empreendimento, recorta, disseca, e decompõe o real em partes desejoso de melhor analisá-lo. Esta prática aparentemente rigorosa e ascética acaba por mutilar o universo social, imobilizando-o. O mundo social aparece congelado, sem lutas sem enfrentamentos, sem contradições, sem paradoxos <sup>86</sup> (p.23).

Outra crítica refere-se à crença de que a utilização de procedimentos testados e aprovados pela comunidade científica garantiria a neutralidade, resultante da minimização dos julgamentos, avaliações e valores dos pesquisadores. Ao invés dessa insistência em procedimentos mecânicos para neutralizar a influência desses aspectos, já tão criticados e desacreditados, Becker propõe explicitar seus fundamentos, permitindo com isso que outros possam elaborar suas conclusões <sup>87</sup>.

Bourdieu <sup>88</sup> corrobora com essa crítica e afirma que, tanto a automização das técnicas de pesquisa, quanto o mito do objetivismo observacional devem ser superados. Ele propõe que toda técnica, longe de ser neutra, é uma “teoria em ato” e todo instrumento é um “teorema reificado”, uma vez que se baseiam numa série de pressupostos implícitos sobre o objeto de pesquisa.

A utilização de uma técnica específica e de um instrumento específico, mesmo que concebêssemos uma independência em relação ao sujeito, constroem fatos e/ou relações entre fatos e por isso seu uso deve ocorrer com rigor para que fiquem claros os pressupostos que fundamentaram a escolha. A relação entre objeto, teoria e métodos escolhidos precisa ser explicitada para justificar esse ou aquele método.

A partir dos pressupostos apresentados, a discussão sobre o método passa a ter outra perspectiva, não podendo se restringir aos instrumentos e técnicas tradicionais. Um aspecto fundamental na escolha do método, na realização dessa tese, foi dar visibilidade ao caráter processual e relacional da atividade de trabalho em saúde. E, mais que isso, como toda atividade humana, permitir o desenvolvimento dos atores envolvidos na pesquisa.

O entendimento do trabalho, especificamente do trabalho em saúde, tal qual foi apresentado anteriormente, como algo em constante metamorfose vai de encontro a toda uma tradição de estudos, que negam, omitem ou minimizam a renormatização, a inventividade e o caráter inédito da vida e do trabalho <sup>69</sup>. A atividade de trabalho é, sobretudo, imanência e não pode ser apreendida por instruções anteriores ao seu acontecer, ela emerge no fluxo do fazer, no leito da ação. Toda atividade humana é situada (em um tempo e espaço) e contextualizada (em um conjunto de discursos), ela sempre acontece mediada pela história, de quem a produz e da sociedade em que se vive. Negar ou subestimar essa característica do trabalho, de atividade atravessada pela história, nas suas mais diferentes formas de expressão é “[...] desconhecer o trabalho, é mutilar a atividade dos homens e das mulheres que, enquanto ‘fabricantes’ de história, re-interrogam os saberes, reproduzindo em permanência novas tarefas para o conhecimento” <sup>82</sup> (p.2).

A experiência de trabalho não é apenas a execução de prescrição ou das normas antecedentes, mas é também renormalização, singularização da atividade. Os saberes formais, conhecimentos científicos, mesmo quando direcionados ao trabalho não costumam apreender essa produção imanente. As metodologias tradicionais, em geral, perdem o fluir da atividade. Desta forma percebe-se um fosso entre os saberes da prática e os das disciplinas. A renormalização produzida na atividade gera um ‘desconforto intelectual’, uma vez que expõe uma limitação dos saberes disciplinares, que “têm sempre tendência a neutralizar a história atual, local, dos homens e das atividades” <sup>77</sup> (p.43). Como critica Thiollent <sup>88</sup>, alguns instrumentos, devido a seu caráter a-histórico, imobilizam o que é intrinsecamente processual e perdem seu movimento. Alguns métodos utilizados nas pesquisas sobre o trabalho destacam o trabalho do seu curso de ação, negam à atividade seu caráter de “oposição à inércia”, restringindo-a a um quadro inerte.

Isto não significa que os saberes disciplinares, produzidos pelas pesquisas científicas devam ser desprezados ou terem suas competências e/ou abrangência minimizadas. Tantos os pesquisadores provenientes da academia, quanto os trabalhadores possuem zonas de cultura e incultura. Se por um lado os conhecimentos formais não apreendem a eterna recriação de valores, saberes e histórias inerentes à atividade, por outro, os trabalhadores apresentam dificuldade de traduzir em palavras a experiência por eles vivenciada. Essa perspectiva exige métodos que permitam produzir conhecimento sobre a atividade de trabalho, sem que a riqueza de saberes da prática seja perdida ou restringida. Métodos que tentem abarcar a atividade em sua historicidade e dinâmica, além de permitir a mobilização, emergência e produção de novos saberes.

Se tivermos uma visão limitada, genérica e pobre do trabalho, teremos também um tipo de análise que não explorará o *movimento* do processo de trabalho correndo o risco de considerarmos apenas aquilo que antecede e independe da atividade - as normas antecedentes<sup>89</sup>. (p.107)

Essa visão que não se limita ao já dado, ao pré-definido, é operacionalizada a partir de métodos que visem estabelecer outras formas de se relacionar com os protagonistas da atividade, considerando o patrimônio vivo produzido no trabalho por gerações de trabalhadores e diminuindo a “incultura” recíproca existente entre aqueles que participam da pesquisa<sup>77</sup>. Um método que reconheça que

os limites do conhecimento científico sobre saúde e trabalho só podem ser superados se confrontados e estimulados pelos desafios e indagações advindos da experiência — portada na primeira pessoa — daqueles que vivem as relações que investigamos. (p.240)

O Movimento Operário Italiano de Luta pela Saúde, no final da década de 1960, já chamava atenção para a possibilidade e importância de se partir das experiências dos trabalhadores para produzir conhecimento acerca do trabalho, e propunha outra forma de fazer pesquisa, uma “pesquisa não ritual” em que os atores, portadores dos saberes da experiência, eram os co-autores da pesquisa<sup>90</sup>.

Esse modelo interpreta a realidade com base nos saberes formais e informais, da experiência individual validada pelo grupo operário de produção. A validação do grupo integra a experiência do sujeito na experiência coletiva fundada pela consciência de classe<sup>91</sup>

A ergonomia, ao marcar a distinção entre o trabalho prescrito e o trabalho real produziu a necessidade da análise do trabalho acontecer de forma situada. Nollin <sup>75</sup>, discutindo a intervenção ergonômica, deixa claro duas formas distintas de se abordar a atividade. Uma abordagem experimental, que a toma como objeto de conhecimento e possui como objetivo a modelização a partir da produção de explicações e descrições. E uma abordagem clínica, que considera a atividade como uma experiência de um trabalhador. O resultado desse encontro é uma co-produção.

A interpretação de seus resultados é a co-construção de uma compreensão que trata, nem só de compartilhar as certezas comuns sobre as quais fundamenta a mudança, mas como uma compreensão comum da incerteza ligada ao enigma que constitui o trabalho dos outros, incerteza que sempre acompanha a abertura de possibilidades ainda inexploradas<sup>75</sup> (p. 313).

No entanto, a autora ressalta que, se por um lado uma abordagem muito baseada na racionalidade científica leva a um trabalho sem sujeito, por outro, o puro empirismo sem rigor metodológico pode levar a um mero debate de opiniões. O ergonomista deve estar atento tanto à “falsa cientificidade do especialista”, quanto à “falsa evidência do vivido”. Como aponta Silva <sup>92</sup> “os produtores dos saberes nas atividades precisam de outros materiais para enriquecerem sua experiência singular e modificar sua situação de trabalho” (p.51).

O dispositivo dinâmico de três pólos, apresentado pela ergologia propõe articular diferentes pólos relativos aos saberes sobre a atividade de trabalho. O *pólo dos conceitos*, formado pelos saberes formais e disciplinas científicas. O *pólo das “forças de convocação e reconvocação”*, dos saberes gerados na atividade. O terceiro pólo, *das exigências éticas e epistemológicas*, baseia-se no respeito ao outro, suas opiniões e saberes, na construção de relações horizontalizadas, na legitimação do outro como semelhante, do compromisso comum na construção de um conhecimento compartilhado. Este é fundamental para que haja um encontro produtivo entre os outros dois <sup>77, 92</sup>.

O terceiro pólo, contrariamente aos dois outros, não contém saberes pré-estocados ou saberes investidos nas atividades, mas impõe, de uma parte uma certa humildade dos universitários para retomar a palavra à atividade e de outra parte, uma aceitação da disciplina do

conceito e de sua aprendizagem pelos protagonistas das atividades.<sup>77</sup> (p.44)

A utilização do Dispositivo de Três Pólos como princípio ético-epistemológico apresenta-se como um interessante dispositivo de produção e circulação de saberes, na medida em que propicia uma oxigenação dos conceitos acadêmicos, bem como as práticas cotidianas.

Este dispositivo a três pólos gera, ao mesmo tempo, efeitos sobre a produção de conhecimento e sobre a gestão social das situações de trabalho, pois há efeitos recíprocos entre o campo científico e o campo da gestão do trabalho. Isto porque, no quadro atual, a produção de saberes, de conceitos, de descrições no campo do conhecimento tem um impacto, seja pelo viés do ensino ou por quaisquer outros político-culturais, sobre a maneira pela qual vamos gerir, dirigir. E, inversamente, o que se passa no quadro das gestões sociais tem um impacto sobre os saberes disciplinares <sup>77</sup> (p.45).

## **3.2 O uso da confrontação como estratégia metodológica.**

Diante dessa perspectiva metodológica, de que os conhecimentos sobre a atividade devem ser co-produzidos com os trabalhadores, os métodos, instrumentos e técnicas utilizados devem permitir e acentuar essa co-produção. Concordando com Faïta <sup>93</sup>, nossa proposta é “[...] definir colaborações, ‘co-elaborações’ com os meios de trabalho [...]” (p.55) estabelecendo relações que favoreçam a transformação das práticas, a produção e circulação de novos conhecimentos, com base no mesmo postulado: “evitar esterilizar os saberes e os conceitos existentes no meio de trabalho, ao mesmo tempo produtos e peça da atividade; evitar submeter os atores a técnicas e métodos exteriores a essa mesma atividade” (p.63).

A ergonomia da atividade deparou-se diversas vezes com o paradoxo que expõe a distância entre a riqueza presente na atividade e a pobreza das exposições dos trabalhadores sobre ela. A pergunta feita aos trabalhadores sobre como é o trabalho deles em geral tem como resposta uma descrição restrita ao que é prescrito. O simples questionamento sobre o trabalho faz com que os trabalhadores repitam a prescrição, reforçando a crítica de que alguns instrumentos de pesquisa e/ou a forma de utilizá-los



reforçam o imobilismo. Odone, Re e Briante <sup>94</sup> afirmam que quando os trabalhadores são simplesmente solicitados a descreverem seu trabalho, falam de um trabalho ideal, de um comportamento ideal.

Faz-se necessário que o instrumento e/ou técnica utilizada mobilize o trabalhador a falar sobre o real da atividade, pois se o discurso se restringir ao “modelo prescrito, como flui geralmente a narrativa da ação solicitada dos operadores, seria o discurso do “não-acontecimento” <sup>93</sup>. Como vimos, a atividade inclui uma confrontação da prescrição com as variabilidades do meio e dos próprios trabalhadores. Diante disso, negar todas as ressingularizações, bem como as escolhas e o que não foi realizado, apresenta-se como uma limitação metodológica que deve ser contornada com instrumentos que permitam cartografar o movimento incessante da atividade.

Conforme aponta Vieira <sup>95</sup> (p.214) a “confrontação traz implícita a necessidade de colocar face a face as pessoas e os objetos com o objetivo de orientar uma avaliação pessoal ou coletiva [...] é indissociável de um trabalho com os valores”. A confrontação difere de outras formas de abordar o trabalhador, criando um espaço de mobilização que se constitui num debate de valores e normas que promove o desenvolvimento da atividade. A análise do trabalho real nos impele a uma confrontação dos saberes e pontos de vista, dos protagonistas da atividade e dos pesquisadores, entre o que se faz no trabalho, com o que se pensa que se faz <sup>93,95</sup>.

Para lidar com essas dificuldades encontradas para investigar a atividade de trabalho e minimizar a distância entre o que se faz e o que é relatado do que se faz, para se aproximar do trabalho real, Odone, Re e Briante <sup>94</sup>, propuseram a técnica de “**Instruções ao sócia**” (IS). Este método consiste em pedir que um trabalhador dê instruções sobre como realiza o trabalho para um sócia, para um suposto trabalhador, com características físicas semelhantes, que o deveria substituir sem que ninguém percebesse. Para isso era dito ao trabalhador:

Se existisse uma outra pessoa perfeitamente idêntica a você, do ponto de vista físico, como você diria a ela para se comportar no trabalho, em relação à tarefa, aos seus colegas de trabalho, à hierarquia e à organização sindical (ou a outras organizações de trabalhadores), de maneira que ninguém perceba que se trata de outro que não você? <sup>94</sup>  
(p.57)

Diante do pedido de passar as instruções ao seu sócia o trabalhador não se limita a repetir apenas o que lhe é prescrito, mas o que ele faz para realizar as prescrições e como se relaciona com os outros. Esta descrição traz, além de um relato da atividade e dos saberes que a subsidiam, sinais das escolhas pessoais e de alguns valores que estão em jogo. Os autores ressaltam que com este método não se tem acesso ao comportamento real e/ou total do trabalhador, mas à representação que ele faz de sua atividade. Trata-se de um método de auto-confrontação que induz os sujeitos a um processo de externalização e que lhe coloca em posição de fornecer comentários e uma narração sobre seu próprio trabalho <sup>91</sup>.

A atividade de passar as instruções ao sócia mobiliza o trabalhador a reestruturar e desenvolver sua experiência individual num plano global, considerando sua eficácia frente à resolução dos problemas da empresa, bem como transformar práticas informais em formais para que permita a sua transmissão <sup>94</sup>.

Em sua apropriação do método proposto por Oddone, Clot <sup>63,96</sup>, apesar de ressaltar as distinções dos quadros teóricos de Oddone e da Clínica da Atividade, mantém os quatro domínios da experiência como critérios para decupagem da situação analisada propostos originalmente: o campo das relações com as tarefas, o campo das relações com os pares, o campo das relações com a hierarquia e o campo das relações com organizações formais e informais do mundo do trabalho. No entanto, a Clínica da Atividade propõe variações à técnica de Instruções ao Sócia. É a esta versão proposta pela Clínica da Atividade que nos detemos para realização desta tese. A técnica se dá em duas etapas: na primeira o sujeito relata sua atividade, direcionado ao sócia (o pesquisador/analista), essa fala é gravada e posteriormente transcrita pelo trabalhador participante, que se encontrará novamente com o pesquisador/analista para confrontar-se com a instrução <sup>63,95,96</sup>.

Numa primeira fase, o sujeito confronta-se consigo mesmo pela mediação da atividade regra do sócia. Na segunda, ele se vê diante dos traços materializados desse intercâmbio (decifração da gravação) pela mediação de uma atividade de escritura que é ela mesma, eventualmente, endereçada a outros que não o sócia <sup>63</sup> (p.144).

O sujeito nesta atividade, ao dirigir-se ao sócia, confronta-se ao inserir um olhar estrangeiro sobre o seu fazer, cabendo ao condutor da técnica forçar as fronteiras dessa exposição. Cabe ao pesquisador desafiar o trabalhador a falar não apenas o que ele faz,

mas também o que ele não faz e o que ele não pode e não deve fazer, dando à ação não vivida o mesmo estatuto da ação vivida. Impeli-lo a falar sobre as suas escolhas e conflitos que perpassam sua atividade e suas intenções de ação, acessar o real da atividade, “as hesitações e alternativas, a gênese das escolhas. Não somente os comportamentos que venceram, mas os que foram abandonados sem, no entanto, serem abolidos”<sup>63</sup>. Esse exercício permite aos sujeitos deslocarem-se e avaliarem seus esquemas usuais de ação e pensarem outras formas de agir. Ao transmitir sua atividade o trabalhador produz uma outra, não apenas pensa formas de reproduzi-las ou corrigi-las, mas descobre novas alternativas de realizá-la que a enriquece e a transforma. “O objetivo principal não é recontar a história do trabalho, mas as maneiras (concretas, subjetivas, intersubjetivas) pelas quais cada um adapta o trabalho prescrito à realidade da atividade”<sup>95</sup> (p.221-222)

Pela mediação do sócia ele percebe possibilidades que ignorou, não quis considerar, ou desconhecia. Nessas circunstâncias o sujeito *é* aquilo que ele poderia ser<sup>63</sup>. Não interessa apenas a descrição do passado, da ação vivida, mas auxiliá-lo a produzir, quando relata e, diante da dificuldade do relato, rupturas e bifurcações em seus esquemas habituais, “‘deformar’ seus esquemas pondo-os à prova do real, redescobertos em conjunto, guiados pelo sujeito”<sup>96</sup>.

O método, no entanto, apresenta uma limitação, um problema, em relação ao próprio destinatário da transmissão, ao próprio “sócia”. Ele surge como um sujeito absolutamente artificial, visto que por um lado não pode ser alguém que domine a atividade, um especialista; e por outro tem que se mostrar capaz de substituí-lo. Esse interlocutor tem que ser alguém que a um só tempo sabe e não sabe, “um especialista para o qual nada é evidente”<sup>63</sup>(p.147).

Faïta<sup>93</sup> afirma que não obstante a auto-confrontação simples permitir que os sujeitos coloquem suas práticas singulares em análise e as justifiquem, esta técnica apresenta limitações em relação à explicitação e explicação das escolhas e decisões não tomadas pelo trabalhador. Essa limitação fez com que ele e Clot propusessem um novo desenho metodológico: a auto-confrontação cruzada. A inserção de uma nova etapa, em que as considerações do trabalhador sobre sua atividade fosse confrontada por um par, um outro especialista, visava superar essas limitações.

Parece que só aquele que divide conosco a experiência investida na atividade está apto a nos impor a justificativa dessas preferências,

dessas opções, enfim, de nos impulsionar a um deslocamento para explorar, de uma forma inédita, as razões de nossas escolhas<sup>93</sup> (p. 73).

A auto-confrontação cruzada integra em um só método o confronto da atividade pelo próprio sujeito e por um par especialista, a inserção deste outro destinatário exige um novo olhar sobre sua atividade bem como uma nova forma de transmiti-la. Esse método propõe a análise do trabalho a partir da filmagem de cenas da atividade sendo realizada. O método se divide em três etapas: 1- a constituição do grupo de análise; 2- as auto-confrontações; 3-a extensão do trabalho de análise ao coletivo profissional<sup>84</sup>.

A primeira etapa diz respeito à formação do grupo de trabalhadores que participarão da co-análise. Para isso faz-se necessário produzir concepções compartilhadas com seus componentes. Esse grupo é responsável pela seleção das cenas que serão filmadas e pela escolha dos trabalhadores que serão filmados.

A segunda etapa é a das auto-confrontações propriamente ditas, nela ocorre o registro das seqüências da atividade de participantes escolhidos pelo grupo, bem como das auto-confrontações, simples e cruzada. Na auto-confrontação simples o sujeito assiste as imagens de sua atividade junto com o pesquisador, fazendo comentários acerca de seus atos e escolhas. Ao mesmo tempo ocorre a filmagem dos comentários que o sujeito, confrontado com suas imagens de sua própria atividade, dirige ao pesquisador.

Na auto-confrontação cruzada o destinatário passa a ser um par, outro trabalhador que desempenha as mesmas funções. Divididos em pares apresentam-se as imagens da atividade de cada um dos trabalhadores, que são incentivados pelo pesquisador a tecer comentários sobre o que está sendo visto, confrontando-se assim a visão do par com a do sujeito da ação. Nesta fase temos novamente a filmagem dos comentários dirigidos por um dos trabalhadores a seu colega e do debate decorrente.

Na terceira etapa, de análise junto ao coletivo profissional, é apresentada a todos a montagem das imagens para a discussão e análise da atividade, produzindo avaliações das diferenças e semelhanças das suas formas de agir no trabalho.

Procuramos comparar a atividade dos membros do coletivo para criar um tipo de desprendimento do gênero onde ela resulte do hábito e se torne assim visível. Se o estilo é uma re-avaliação, uma acentuação e

um retoque dos gêneros na ação e para agir, a análise do trabalho favorece a elaboração do estilo para revitalizar o gênero <sup>84</sup>.

Esse debate proporciona não só a circulação do conhecimento, mas também o desenvolvimento de novos saberes sobre o trabalho. Como afirma Clot <sup>63</sup> (p.130), “a ‘boa’ descrição é a re-descrição. Conduzida em colaboração entre o pesquisador e os trabalhadores, ela frequentemente proporciona a explicação esperada”. O autor acrescenta que as técnicas de auto-confrontação cruzada são enriquecidas ao “jogarem” com as destinações (pesquisador/analista, par especialista), o que contorna um dos problemas da instrução ao sócia que é “saber qual é a natureza deste destinatário singular”, que não deve ser um especialista do campo, mas que tem que se mostrar capaz de substituí-lo como sócia <sup>96</sup>.

Quando pensamos as técnicas metodológicas como “teorias em ato” nossa perspectiva deve se transformar para que o nosso trabalho não apresente nenhuma incongruência teórica. As técnicas não são apenas formas de se coletar dados, elas são escolhas que auxiliam a produção do conhecimento. Entendendo a atividade como algo dinâmico e processual, temos que utilizar técnicas e instrumentos que nos permitam dar visibilidade a essa característica. Quando apontamos que a atividade é geradora de saberes, temos que utilizar uma metodologia em que isso esteja presente.

Neste sentido, as técnicas que se baseiam na confrontação são interessantes na medida em que elas exigem a mobilização cognitiva do trabalhador participante, que não apenas narra características de sua atividade, mas também produz novos conhecimentos sobre o seu próprio trabalho, o que o permite transformá-lo.

### 3.3 Cenário da pesquisa

A presente pesquisa se propôs a estudar a atividade de trabalhadores de saúde da atenção básica, mais especificamente trabalhadores do Programa Saúde da Família. O local escolhido para realizar a pesquisa foi uma unidade básica de saúde do município de Vitória, Espírito Santo. Vitória é a menor capital da região sudeste, a segunda menos populosa do país com 317.085 habitantes (IBGE, 2006) e a capital com o maior PIB per capita do Brasil. A rede de atenção básica é formada por 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cobre todo o território do município, que foi dividido em 6 regiões de saúde: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João. Dessas 28 unidades, 20 funcionam com a Estratégia Saúde da Família, 4 com o Programa de

Inserido: ¶

Agentes Comunitários de Saúde e 4 funcionam como unidades tradicionais (Vitória, 2008).

Nesta tese buscamos nos aproximar e analisar a atividade de trabalho dos profissionais de uma das 5 unidades da região de Maruípe. A região de Maruípe é composta por uma população de aproximadamente 64.300 habitantes divididos em 16 bairros. A renda média da população é de R\$ 1319,00 e 44,9% dos chefes de família recebem menos que dois salários mínimos por mês. O território de cobertura desta Unidade Básica de Saúde cobre dois bairros que possuem aproximadamente 10.500 habitantes.

Esta Unidade é uma unidade de saúde da família. São 4 equipes, que contam com 4 médicos, 4 enfermeiros, 12 auxiliares/técnicos de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde. A unidade ainda possui duas equipes de saúde bucal, uma assistente social, uma psicóloga, uma sanitária e um educador físico, sendo que estes dois últimos profissionais também prestam serviço em outra unidade.

A pesquisa foi realizada junto a seis profissionais de saúde da família de uma unidade básica de saúde da rede do município de Vitória (ES) – duas agentes comunitárias de saúde, duas enfermeiras e dois médicos. A participação dos trabalhadores na pesquisa ocorreu de forma voluntária, no horário de trabalho, nos espaços da própria unidade. Todas as etapas de produção de dados foram filmadas em vídeo e foi dada a garantia de que essas imagens não seriam exibidas sem o consentimento dos participantes. Foi garantida também aos trabalhadores a possibilidade de, a qualquer momento, se desligar do processo de produção dos dados, bem como do retorno das análises após a defesa da tese. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido cujo modelo consta em anexo. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública com registro CEP/ENSP nº 85/08.

## **3.4. Entrada, procedimentos e instrumentos.**

### **3.4.1. Entrada**

A entrada na Unidade Básica de Saúde começou a ser articulada antes da qualificação do projeto de pesquisa no nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) e foi sedimentada após o parecer do conselho de ética da ENSP e a liberação formal da secretaria. Esse aspecto formal de entrada no campo de pesquisa, apesar de primordial para permitir a realização da pesquisa, por si só não garante a entrada e o

trânsito junto aos trabalhadores. Quando apostamos, a partir da perspectiva que abraçamos, que a pesquisa sobre a atividade de trabalho só é possível com a participação dos trabalhadores, e os entendemos não apenas como fontes de dados e informações, mas como protagonistas de seus fazeres e co-autores dos conhecimentos produzidos no processo da pesquisa, pressupomos que a construção dessa parceria não é determinada a partir de um documento ou liberação dos profissionais da “gestão”.

Assim, fez-se necessário nesse processo construir uma relação com os trabalhadores, sem intermediações, uma vez que precisamos estabelecer uma relação de confiança, visto que queremos que os trabalhadores compartilhem conosco algumas pistas para entendermos sua atividade, sempre enigmática. A atividade também é enigmática para os próprios trabalhadores, portanto não estamos falando de uma confiança conquistada para que alguém nos conte um segredo, mas uma confiança para que a pessoa se permita construir e compartilhar saberes, se permita falar de coisas que sabe fazer, de coisas que não sabe, e de outras que não sabe que sabe.

Neste ínterim, entre a qualificação do projeto e a liberação pela SEMUS, fui convidado a participar da discussão sobre Processo de Trabalho em Saúde que estava sendo realizada por um grupo de estagiárias de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo que estavam realizando uma série de oficinas sobre acolhimento na unidade, durante o período das Rodas de Educação Permanente. Naquele momento, avalei que essa seria uma oportunidade ímpar para me apresentar e conhecer os trabalhadores da unidade, passo importante para a proposição da pesquisa.

Após a primeira oficina me propuseram continuar apoiando nos encontros seguintes, momento em que propus a realização simultânea da presente pesquisa. Foi interessante perceber a diferença nos tempos do serviço e da pesquisa. O primeiro sinal disto foi quando no segundo encontro que tive com os trabalhadores apresentei o escopo da pesquisa e quis levantar alguns interessados em participar do processo. O silêncio naquele momento significou mais que qualquer explicação. Deixou claro que a entrada na Unidade mereceria e exigiria novos contatos e encontros.

Realizamos, posteriormente, seis oficinas em que debatemos os processos, fluxos e relações de trabalho dentro da unidade. A posição queixosa de parte significativa dos trabalhadores dificultava um debate mais propositivo. Ainda que não nos caiba nesta tese fazer uma análise deste processo, ele foi de fundamental importância, não só para a

entrada na unidade, mas proporcionou-nos uma entrada em posição distinta da de visitante: como alguém que estava compartilhando com aqueles trabalhadores algumas dificuldades, alegrias e construindo junto a eles propostas de melhorias.

Soma-se a isso, o fato de que participar das oficinas, dos momentos avaliativos e de preparação das mesmas, permitiu-me entrar em contato com o funcionamento da unidade e com as atividades ali realizadas. Esse aspecto foi fundamental para condução das entrevistas, cujo método exigiu algum conhecimento das diferentes funções daqueles trabalhadores e para a análise das mesmas.

### **3.4.2 Procedimentos e instrumentos**

Para a produção dos dados e saberes junto aos trabalhadores, valemo-nos de uma adaptação das técnicas de instrução ao sócia e da auto-confrontação cruzada. Essa adaptação ocorreu a partir da utilização da filmagem do exercício de instrução ao sócia, e não da atividade propriamente dita, como material para auto-confrontação cruzada. Essa opção de adaptar as técnicas foi decorrente da resistência de alguns profissionais de saúde consultados, no período de elaboração do projeto de tese, sobre a disponibilidade de filmarmos as atividades de trabalho em saúde.

A realização da pesquisa se deu a partir de quatro etapas. A primeira delas foi nos reunirmos com os trabalhadores para explicar os objetivos da pesquisa, a importância da participação dos trabalhadores, e junto a eles definir quais participariam das etapas posteriores. É importante voltar a destacar que essa fase da pesquisa ocorreu após uma série de encontros formais (oficinas) e informais, quando os trabalhadores já me conheciam e eu já os conhecia, o que acredito que tenha facilitado a participação. Um indicador interessante foi que no decorrer da pesquisa os trabalhadores vinham perguntar sobre o andamento da mesma. Terminada essa etapa de definição de quem participaria, marcamos as entrevistas, o que em alguns momentos foi dificultado pela impossibilidade de tirar determinados profissionais do atendimento à população, uma vez que garantimos que a realização das entrevistas ocorreria no horário de trabalho.

Na segunda fase da pesquisa, realizamos as entrevistas de “instrução ao sócia”, que foram registradas em vídeo na própria unidade em horário escolhido pelos trabalhadores. Por se tratar de um grupo com níveis de escolaridade distintos optamos por nos basearmos na filmagem das Instruções ao Sócia e não em seu relato escrito, como proposto pelo método original. Essa aposta metodológica foi fundamentada na



crença de que a filmagem neste contexto, e nas condições em que realizamos a pesquisa, funciona como um dispositivo mais eficaz que o texto escrito. Depois da consigna: “*Se existisse uma outra pessoa perfeitamente idêntica a você, do ponto de vista físico, como você diria a ela para se comportar no trabalho...*”, era estabelecido um diálogo entre pesquisador e trabalhador.

Neste momento foi explicitada a importância de ter participado das oficinas anteriormente, onde os participantes colocavam o seu trabalho em foco, foi fundamental para nos dar alguma familiaridade com a realidade de trabalho da unidade de saúde. Esses contatos permitiram que em um só momento eu não conhecesse o trabalho a fundo, uma vez que nunca vivenciei as atividades que ali se realizam, mas tivesse uma noção sobre o trabalho das diferentes categorias profissionais. Ao mesmo tempo em que eu não ignorava totalmente o trabalho que eles realizavam, eu tinha algum conhecimento de como se davam as atividades. Meu conhecimento sobre o trabalho era suficiente para estabelecer o diálogo, para além de conhecimentos formais e normas prescritas, o que me permitia minimamente participar da instrução ao sócio sem que fosse descartado de imediato, pelos trabalhadores, a possibilidade de eu realizar as instruções que estavam sendo dadas.

A terceira fase foi a de auto-confrontação simples. Nesta etapa os trabalhadores assistiram suas entrevistas e teceram comentários e críticas, acrescentando ou discordando do que tinham dito nas “instruções”. Foi-lhes dada a liberdade de parar a filmagem a qualquer momento para tecer seus comentários, bem como para pedir que alguma fala fosse retirada da edição que seria exibida para outros trabalhadores. Coube ao pesquisador pontuar algumas falas e passagens da primeira entrevista, trazer novas questões acerca do que tinha sido dito. Esta foi uma fase muito fértil, pois tivemos a possibilidade, pesquisador e trabalhadores, não só de validar o que foi dito, mas de acrescentar e problematizar novos temas.

Em um primeiro momento acreditamos que seria possível utilizar a filmagem na íntegra, mas após uma avaliação junto a trabalhadora que participou da primeira auto-confrontação simples que fizemos, decidimos que seria interessante editar as entrevistas, pois estava muito cansativo, tanto devido à duração (mais de uma hora), quanto ao fato de parte dos temas se repetirem.

Após a auto-confrontação simples, passamos para fase da auto-confrontação cruzada, em que as filmagens foram assistidas pelo trabalhador que participou desde o início do projeto, por outro trabalhador que desempenha a mesma função na unidade e pelo pesquisador. Nessa etapa foi estabelecido um diálogo entre os trabalhadores e o pesquisador que teve a exibição da filmagem da instrução ao sócio, editada, como um disparador da conversa. A partir das falas que eram apresentadas os trabalhadores debatiam, concordavam, faziam ressalvas e acréscimos. Neste diálogo eram apresentadas outras formas de realizar a atividade, com as quais concordavam ou eram rechaçadas.

A opção por utilizar esses procedimentos para a produção de dados se mostrou muito potente, na medida em que produz um deslocamento na função do pesquisador: que sai do lugar de quem conduz a conversa e passa a se inserir como alguém que participa dela. Oliveira <sup>97</sup> aponta a ruptura com uma possível hierarquia na relação entre pesquisador e trabalhador, pois quando se solicita que estes nos instrua, o saber sobre o trabalho é localizado no trabalhador, o pesquisador está ali para aprender.

Assim, ainda que nos coubesse a função de pontuar alguns aspectos da atividade que nos chamassem a atenção ou que nos interessassem mais, essas técnicas permitiram a emergência de temas imprevistos e o acesso a dimensões que não seriam abordadas, caso o direcionamento das questões dependesse apenas do pesquisador. Por outro lado, a utilização das mesmas com trabalhadores da saúde foi um desafio constante, uma vez que a variabilidade e a imprevisibilidade, que são características das atividades desse setor, dificultavam a verbalização ou construção de instruções, o que fez com que em alguns momentos as conversas se afastassem desta proposta. Esses desvios e afastamentos ocorreram também pela pouca experiência em lidar com esse tipo de método e as poucas referências do seu uso.

A análise do material produzido se deu a partir das transcrições integrais de todas as entrevistas, que tinham a duração média de uma hora. Apesar de termos disponíveis as filmagens, preferimos nesta tese nos manter restritos à análise do áudio transcrito em detrimento das imagens filmadas, uma vez que não possuíamos imagens das atividades de trabalho e o recurso da filmagem foi apenas um dispositivo para disparar as falas dos trabalhadores. Ainda que o PSF proponha o trabalho em equipe, optamos por realizar a análise separada por categorias profissionais, uma vez que as entrevistas foram realizadas respeitando esta distinção por categorias.

## **Capítulo 4 – Na encruzilhada: o médico, a biomedicina e o PSF**

### **4.1. Flexner e a Biomedicina: desafios para o médico do PSF**

A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, ampliou significativamente o campo de trabalho para os médicos no campo da saúde pública. No entanto, a proposta de atenção à saúde da estratégia PSF exige um profissional com características específicas: generalista, que trabalhe a partir das noções de território e população adscrita, capaz de lidar com indicadores epidemiológicos, que desenvolva ações de promoção e de vigilância à saúde e que trabalhe em equipes multiprofissionais.

Constata-se que o profissional esperado para o trabalho no PSF difere do médico formado pela maior parte das escolas de medicina, cujos cursos são voltados para formação de especialistas, organizados de forma fragmentada, baseados na prática curativa e hospitalar. Nestes espaços os futuros trabalhadores têm contato, sobretudo, com pacientes com patologias graves e /ou com seqüelas, e sua ação é pontual. “Nesse processo, a visão que o aluno adquire é a de que sua atuação no processo saúde-doença consiste apenas em tratar patologias ou suas complicações”<sup>98</sup> (p.84).

Os conhecimentos relativos aos campos da saúde coletiva e saúde pública são abordados nos cursos de forma marginal e, portanto, a formação contribui de maneira restrita para o desenvolvimento das habilidades e competências que são requisitadas e convocadas no exercício do trabalho médico no PSF<sup>99</sup>. A banalização dos temas relativos à saúde pública e à saúde coletiva na formação, em geral relegados a um segundo plano, faz com que os médicos que optaram por essa área sejam poucos reconhecidos pelos colegas de profissão e o trabalho na atenção básica seja desvalorizado. “Assim, os médicos no Brasil, que em geral são formados aprendendo a valorizar a especialidade, o hospital, a doença, não têm estruturado como ideal de profissão o ‘médico do posto’, considerado um local de trabalho ‘que quase ninguém quer’<sup>100</sup>(p. 18). Conforme essa autora, entre o “médico do posto” e o médico do PSF não há tanta diferença, uma vez que ambos se distanciam do ideal da prática hospitalar e do manejo de equipamentos de alta tecnologia.

Essa concepção de medicina, ainda marcante nos cursos de graduação, baseia-se, como dito anteriormente, no modelo proposto pelo Relatório Flexner no início do século XX. Este relatório propunha novas diretrizes para o ensino da medicina nas escolas norte-americanas. Dentre as recomendações propostas neste relatório de 1910 estavam: “a) a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas; b) a fundação do currículo das disciplinas clínico-cirúrgicas num hospital de referência”<sup>101</sup> (p.174).

O ideário flexneriano, não se restringiu às fronteiras dos Estados Unidos, espalhando-se por outras regiões do mundo. A partir da década de 40, ele foi fortemente difundido em toda América Latina influenciando a formação médica na região. Ainda hoje é o modelo hegemônico no país, ainda que percebamos o surgimento de experiências com outras propostas nas últimas décadas. Mais que modelar a formação médica, as propostas de Flexner pautaram a organização dos serviços de saúde no Brasil, pelo menos até a metade da década de 80<sup>101</sup>.

As reformas propostas pelo Relatório Flexner são um dos pilares para a passagem da Medicina para a Biomedicina moderna<sup>102</sup> e um marco histórico para essa transformação. A Biomedicina pautou as práticas médicas a partir da concepção científica, positivista de apreender o mundo. A aproximação com as ciências biológicas, a fragmentação do corpo humano e do saber médico em especialidades, a valorização dos hospitais como espaço primordial de ação e formação profissional, a vinculação das práticas aos avanços e usos das tecnologias, são alguns dos aspectos desta racionalidade<sup>29, 103</sup>.

Essa composição de aspectos produz uma cultura profissional médica, que em geral, desvaloriza o trabalho do médico na atenção primária, ou básica. Conforme aponta Romano<sup>100</sup> (p.16-17), a biomedicina tem como características, que a afastam das diretrizes da proposta de atenção primária:

- pouco considerar a relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica;
- buscar meios terapêuticos complexos com uso de tecnologia cara;
- investir pouco na autonomia do paciente;

- realizar a afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de doença e não de saúde

Tesser<sup>104, 105</sup> faz uma série de considerações e críticas em relação à biomedicina e às práticas médicas. Este autor aponta para o deslocamento do interesse do profissional médico, que foi migrando do sujeito doente para a doença:

a tradução científica da pessoa doente a transforma em alguém portador de uma doença, para, em seguida, começar a desfocar da primeira (a pessoa) para focalizar na segunda (a doença), que cresce em importância e ameaça monopolizar a atenção, como objeto do trabalho médico<sup>105</sup> (470-471).

Junto a isso, a vinculação radical entre a medicina e a ciência proposta pela biomedicina fez com que o estabelecimento das verdades fosse se deslocando da terapêutica e evoluções cotidianas dos doentes, para o que passou a ser ditado e difundido pela produção científica, sobretudo dos ensaios clínicos controlados e os estudos de coortes. Com isso o autor aponta o afastamento das práticas médicas dos sujeitos doentes reais e da vida cotidiana, efeito e causa da responsabilização progressiva das pesquisas científicas como fonte de produção de conhecimentos, em detrimento da responsabilidade dos profissionais de desenvolverem saberes para uso prático cotidiano<sup>105</sup>.

Diagnosticada a doença, o manual médico fornecerá a terapêutica correta para o caso, ou melhor para a doença devidamente padronizada, “estandardizada”. Assim, a terapêutica ficou em segundo plano, transformou-se em um procedimento técnico simples. Na melhor das hipóteses (e muito excepcionalmente), transformou-se na viabilização prática da submissão de cada caso ao procedimento tecnicamente determinado pela ciência para a “doença do médico” em questão, quando esta viabilização é tida como parte do problema do profissional da biomedicina<sup>104</sup> (p. 75)

A racionalidade biomédica induz a uma relação do médico com a doença do sujeito, e não com o sujeito doente. A abordagem, a maneira de olhar, escutar e conduzir as conversas é constrangida pelos limites impostos pelo conhecimento biomédico, que classifica as informações e sintomas a partir de categorias nosológicas específicas e desconsidera as singularidades dos sujeitos doentes, restringindo a análise das queixas<sup>106</sup>.

A biomedicina afastou de tal maneira a prática médica da vida cotidiana dos doentes que buscam assistência nos serviços de saúde que, uma parcela significativa dos relatos dos usuários é desvalorizada, quando não desconsiderada pelos profissionais. Os pressupostos que regem o entendimento do processo de adoecer desses atores são distintos. Tesser <sup>104</sup> propõe uma distinção entre a “doença do médico” e a “doença do doente” e com isso seus condicionantes, determinantes e explicações, o que dificulta, quando não inviabiliza a comunicação.

O médico, tipicamente, retém uma pequena parcela do discurso do doente, quando o deixa discursar; e não por má prática ou deseducação - na melhor das hipóteses: é que a intersecção da “doença do médico” com a “doença do doente” é pequena mesmo, em geral. E aquela parte do discurso do doente efetivamente usada, é sempre metamorfoseada em significados muito esotéricos e distantes dos do doente, progressivamente descolados de realidades experienciáveis por qualquer um (uma vez que produzidos cientificamente) (p.56).

Com isso, há em curso uma standardização dos tratamentos propostos pelos profissionais, limitando-se, em geral a intervenções cirúrgicas e químicas, como se os usuários e suas doenças fossem padronizados e houvesse uma homogeneização das queixas, riscos e sintomas. Nega-se ou minimiza-se “as variabilidades singulares, reações individuais, idiossincrasias orgânicas, contextos psicossociais etc.”<sup>105</sup> (p.472).

Como afirma Camargo Jr <sup>107</sup>, ainda que existam diversas técnicas de intervenção para serem utilizadas, a prática as reduz apenas aos procedimentos cirúrgicos e tratamentos medicamentosos. Outras técnicas descritas nos manuais como as dietas e exercícios não possuem o mesmo status e, portanto, são prescritas sem a mesma dedicação.

Cunha <sup>108</sup> destaca as limitações e restrições das práticas e saberes fundamentados na racionalidade biomédica para a produção de cuidados de saúde na rede de atenção básica, que apresenta diferenças significativas da atenção hospitalar, berço e mantenedor dessa racionalidade. Segundo esse autor, o espaço hospitalar mostra-se adequado às tecnologias e instrumentos teóricos da biomedicina na medida em que se direciona a um sujeito isolado, sob situação controlada, portanto, permite que a gravidade da situação orgânica do paciente se sobressaia e as intervenções voltadas para o aspecto biológico se destaquem, dando a uma sensação de suficiência das práticas biomédicas. Muito diferente dos sujeitos que chegam à atenção básica, inseridos em suas redes sociais e contextos de vida, atravessados pelos mais diferentes fatores.

O médico do PSF, apesar de ter sido formado para a realidade hospitalar vai lidar cotidianamente com usuários de diferentes realidades, que devem ser entendidos a partir da dimensão biopsicossocial, considerando também o território em que os serviços estão inseridos. Para dar conta disso são necessários novos saberes.

Os usuários, geralmente, apresentam aos médicos um conjunto de queixas, reclamações, sintomas, sofrimentos e doenças que suplantam o quadro nosológico da biomedicina. As explicações e interpretações permitidas pela nosologia biomédica restringem todo esse universo de informação a uma pequena parcela, que é destacada. É comum na corporação médica desconsiderar essa grande parcela que não pode ser apreendida pelo saber biomédico. Assim algumas queixas e sintomas são enquadrados e outros são descartados. Ao paciente, neste último caso é dito que não há nada, desqualificando seu sofrimento e o adoecimento por ele experienciado <sup>105</sup>.

Quando tais adoecimentos são reconhecidos como legítimos e ouvidos, restam ao médico noções como somatização, fundo psicológico, psicossocial ou psicossomático, transtornos funcionais etc., de pouca operacionalidade e eficácia terapêutica (pensando-se nos recursos mais comuns e valorizados dessa medicina, os quimioterápicos) <sup>105</sup>.

Favoreto e Camargo Jr. <sup>109</sup> destacam essa condição paradoxal do médico, formado pelo modelo flexneriano e requisitado a trabalhar nas unidades de saúde da família. Os propositores do PSF e aqueles que os contratam e os próprios usuários desejam e buscam um profissional que “reproduza tecnicamente as práticas assistenciais, cientificamente comprovadas, legitimadas e quantificáveis pelo saber médico biomédico [...]. Ao mesmo tempo esperam e valorizam a geração espontânea de um comportamento mais ‘humano’ ao lidar com os pacientes” (p.64). Cabe aos profissionais, inseridos nessa nova realidade de trabalho, de posse do inquestionável e limitado saber biomédico, adaptar-se às novas exigências.

As atribuições relativas ao médico do PSF, propostas na Política Nacional de Atenção Básica (2006) apontam para a amplitude e diversidade de ações esperadas. A partir dela, cabe a esse profissional:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do

desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

VIII - compete ao médico acompanhar a execução dos Protocolos, devendo modificar a rotina médica, desde que existam indicações clínicas e evidências científicas para tanto;

IX - na eventualidade da revisão dos Protocolos ou da criação de novos Protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem e outros Conselhos, quando necessário, deverão participar também da sua elaboração <sup>25</sup> (p.45-46).

## **4.2. Aproximando-se da vida como ela é: o trabalho do médico no PSF**

É nessa realidade de trabalho que os médicos se inserem ao adentrar as Unidades Básicas de Saúde da Família. O fosso entre as prescrições, normatizações e o trabalho nas unidades de saúde da família se escancara diante destes profissionais formados para outra realidade de trabalho: direcionados a outro ambiente de trabalho (o hospital),



utilizando outros instrumentos e ferramentas (equipamentos de diagnose e tratamentos de alta tecnologia), e orientado para outro usuário (fragmentado, resumido ao corpo biológico e afastado de suas redes sociais). Essas divergências exigem dos profissionais a criação de uma série de estratégias para conseguir realizar o trabalho e impõem muitas dificuldades. É dessa realidade que vamos nos aproximar a partir dos relatos abaixo. Tentaremos a partir das falas e análises dos trabalhadores entender sua atividade e como é a relação com esse contexto mencionado.

#### **4.2.1. A Medicina real e a realidade da população: as limitações da formação e a produção da desvalorização do profissional da atenção primária**

A prática da medicina, conforme nos lembra Rocha e Trad <sup>99</sup>, ao se imiscuir a racionalidade Biomédica, tem uma tendência a manter um caráter de neutralidade em relação aos aspectos e determinantes sociais, o que acaba por, muitas vezes, afastá-la das necessidades da população. Como nos mostram Caprara e Rodrigues <sup>41</sup> (p. 144), “nos cursos tradicionais para médicos e enfermeiros, os estudantes adquirem uma série de conteúdos e capacidades práticas que levam a considerarem somente os aspectos físicos, excluindo as características culturais e socioeconômicas”.

A opção pelo espaço hospitalar como local prioritário de formação, da perspectiva biológica para compreensão e apreensão do processo do adoecimento, somados ao fato da medicina ser uma profissão historicamente vinculada às classes sociais mais abastadas, faz com que, muitas vezes, esses profissionais, ao se inserirem no PSF, tenham o primeiro contato com a realidade de vida das parcelas mais pobres da população. Primeiro contato que surpreende, mas que também amplia enormemente os desafios da prática profissional desses trabalhadores. Um novo mundo se abre para esses atores, e abre-se diante de seus pés. Ao botar o “pé no chão” eles percebem que não foram preparados para lidar e transitar nesse “outro mundo”, o que não se dá sem angústias ou sofrimento.

**MED1: Não tem noção não, quando você entra e desce as escadarias e penetra nos “bequinhos”, você começa a ver de perto e fala: meu Deus o que é isso? Está tudo encoberto. Em Andorinhas e Santa Marta você não diz, não dá pra dizer, se você não trabalhar nos lugares, você não diz o que está “encroado” ali dentro dos becos, muito difícil, muito diferente, parece um padrão muito menor se você parar pra pensar, por cima tudo bonito e tal...**

**PESQ: As casas não são aqueles barraquinhos, de palafita...**

**MED1:** Você desce as escadarias e vê que é tenso, você não acredita... e o que eu estava falando que é fundamental... esqueci o que eu ia falar... importantíssimo... o profissional, dessa coisa de colocar o “pé no chão”, acho que todo mundo meio que baixou um pouco a bola, todo mundo que está na nossa área, porque os outros profissionais de outras equipes, que trabalham em outra especialidade, que não lidam com isso, não têm a menor noção e até acham ridículo, um absurdo a gente trabalhar nessa área:

- Ah deixa pra vocês, vocês que aguentam isso, eu não consigo lidar com isso não!

E a gente às vezes se sente um pouco discriminado em relação a isso, na própria classe, médica, só que a sensação que você está exercendo realmente é, medicina... não que exista só essa forma de exercer a medicina, existem várias formas de exercer a medicina, mas a medicina real, que eu acho que todo mundo devia ter esse aprendizado antes de fazer qualquer especialidade, que aí você sim... vendo tudo isso, tendo toda essa visão, aí sim, você amadureceria, teria uma visão melhor das coisas, poder optar até por uma possível especialidade se fosse o caso ou permanecer no sistema em que você está inserido. Eu acho que todo mundo deveria passar por esse processo, esse é um processo de evolução profissional, um processo de estágio, como tem o estágio do internato, o estágio é muito pouco o que a gente tem pra ver a realidade, muito pequeno, a gente ainda vê isso na faculdade de Medicina, no mundo acadêmico. O mundo acadêmico é muito fantasioso pra realidade, quando você bate o pé, sai na porta, você vê que a realidade é totalmente diferente e as pessoas não estão acostumadas, aí enfrentam várias frustrações, problemas, não se adequam aos empregos, aos trabalhos, a rotatividade profissional é enorme, é difícil, trabalhar no interior, volta, rodei bastante, fiz muitas coisas diferentes. Fui a vários lugares diferentes também por causa desse despreparo, também fui um despreparado e acabei rodando, passando por experiências pra chegar aqui onde eu estou e passando por problemas, também, aprendendo. Tô pra dizer que nesse meio tempo a gente muda muito, nesse tempo da formatura até agora, eu acho que eu mudei muito, acho que agora eu não tenho muito a mesma visão, acho que me humanizei mais, ao invés de ficar... tem gente que fala, médico quanto mais velho vai ficando menos humano... ao contrário, eu acho que quem está na área vai se humanizando, se compadecendo das situações, vai vendo que a coisa é mais séria do que a gente pensa e vai vendo outras formas de resolver aquilo que você não sabia fazer antes. Vai enxergando com outros olhares, não só o olhar técnico, que eu acho que isso era o carro-chefe da medicina, e agora não é mais, a gente tem que ter esses outros olhares, senão você está “ferrado”.

**PESQ:** Você falou de medicina real, medicina real é o que quê se chama?

**MED1:** Medicina real é a medicina quando você consegue, não é aquela medicina que você só trata o paciente, com medicamentos, passa por um procedimento, é a Medicina que você consegue o que a Organização Mundial de Saúde preza realmente, prega, preconiza como saúde que é não só a ausência de doença ou o tratamento, que é o bem-estar físico, emocional, que é aquela coisa toda que a gente aprendeu, o bem-estar psicológico, bem-estar financeiro, claro que são coisas que fogem da ação profissional,

mas por exemplo, eu agindo na minha função, tentando um pouco nessa questão, aí tem a função da assistente social, ajudando na questão social do paciente que pode tentar um emprego ou alguma situação ou estar ajudando a questão financeira do caso ali, não é função só dela... vai ver questão do bolsa-família, a questão de inserir pessoas em atividade, tem a questão da psicologia que ajuda no tratamento, na orientação, nas oficinas terapêuticas, regulando e afinando essa questão psicológica, é também questão da odontologia regulando a questão da saúde bucal, a pessoa com saúde bucal, ela vai ter uma auto-estima, ela vai ter uma vida melhor, então são muitas fontes para abraçar o paciente, pra daí o indivíduo vir futuramente a pensar, mas também tem questões políticas que regem isso tudo, se não permite que isso aconteça, não tem como fluir, não adianta só os profissionais estarem preparados, então tem a questão da política e do interesse para que o sistema funcione... e eu percebo muitas vezes que parece que o sistema SUS, o sistema único, ele é fantástico na verdade, pra mim é o melhor sistema existente, está caminhando e é dinâmico, a estratégia é dinâmica, o SUS é dinâmico. Mas ele é um sistema muito democrático, muito real, que entende as dificuldades e parece que é interesse de alguns setores do sistema privado que não funcione, eles não querem que o SUS funcione...

O MED1 relata detalhadamente o fosso entre a formação e a realidade que ele encontrou ao se inserir no PSF. A realidade de vida das pessoas, as condições de vida da população com quem ele trabalha exigem um reposicionamento, uma mudança de perspectiva. Esse processo é marcado por idas e vindas, desistências, frustrações, rotatividade e críticas dos pares. A distância do ideal tradicional de profissão apregoadado pela perspectiva hegemônica biomédica – do profissional especialista, que faz uso recorrente de equipamentos de alta tecnologia, em consultórios particulares e, sobretudo, em hospitais – dá subsídios para essa crítica de que o trabalho no PSF seria uma medicina menor, gerando desvalorização entre a própria classe médica.

A própria nomenclatura que vincula a atenção primária em saúde como atenção básica, ou de “baixa complexidade” e a atenção hospitalar como de “alta complexidade” reforça essa visão. Essa perspectiva desconsidera a complexidade proveniente de todo um conjunto de variáveis sociais e psíquicas presentes. Variáveis que podem ser determinantes neste nível de atenção, dimensões excluídas daquilo que se considera como parte do trabalho do médico<sup>104, 105, 106</sup>. “Esse modelo subestima a dimensão psicológica, social e cultural da relação saúde-doença, com os significados que a doença assume para o paciente e seus familiares”<sup>41</sup>(p.141).

No entanto, são justamente essas dimensões subestimadas que inundam os consultórios médicos e emergem nas casas dos usuários. Diante disso, o MED1, concordando com

Tesser <sup>104,105</sup>, aponta para uma distinção entre a realidade e a medicina acadêmica, a biomedicina científica, “muito fantasiosa” e distante da realidade com a qual convivem cotidianamente.

Conforme este autor a doença, a partir do advento da biomedicina ganhou o status de realidade, realidade científica. É para lidar com essa realidade que os médicos são formados. Realidade que se relaciona com o sujeito doente, mas independe deste. Ainda que esteja localizada em seu corpo ela é resultado de relações entre microrganismos, distúrbios fisiopatológicos ou disfunções genéticas. Com isso, “as causas são buscadas nas pequenas partes do corpo ou nos germes; e a terapêutica desenvolve pesquisa basicamente na descoberta de drogas específicas para as doenças que sejam de única tomada, longo efeito etc, ou seja, mínima interferência na vida do doente” <sup>104</sup> (p.62).

Não obstante, ao trabalharem nas unidades de saúde da família os médicos são convocados a lidarem com a vida do doente, em toda sua amplitude. Os médicos imergem na realidade dos doentes. Neste momento, basear-se somente nos saberes técnicos é insuficiente.

O conhecimento biológico tecnicista, ancorado nas alterações morfofuncionais, não é suficiente para dar conta de um conjunto de necessidades de saúde da população, que se impõe de modo imperativo no dia a dia de trabalho no âmbito do PSF. Ao tentar assumir a função de autoridade sanitária nas áreas cobertas pelo programa, o médico do PSF é obrigado a agregar novos saberes e práticas, se vê em um cenário em que a hegemonia médica é constantemente questionada<sup>99</sup>(p.314).

Essa distinção entre as normas antecedentes, os patrimônios dos trabalhadores e as exigências das situações de trabalho os coloca em risco, uma vez que os deixa sem um ferramental simbólico adequado ao encontro com o real, sem saberes que os permitam minimizar essa distância existente <sup>58,63</sup>. Diante dessa situação, que gera um sentimento de inadequação do trabalhador à realidade, o MED1 cita como efeito as frustrações e problemas decorrentes, corroborando com a sensação de impotência destacada em outros estudos <sup>106, 109</sup>.

A aproximação da realidade dos usuários, como destaca o entrevistado, exige uma nova mirada, uma transformação do olhar, a reconsideração do sujeito que sofre, e não apenas da doença. Ela exige a produção de novos saberes, novos olhares, que incluam outros

aspectos, que não apenas o “olhar técnico”, seu “carro-chefe”, é necessário produzir outras formas de lidar com a realidade que se apresenta, uma vez que as ferramentas e saberes da profissão se mostram insuficientes.

Resolver problemas emerge como algo que o médico começa a cobrar de si mesmo. E não tarda muito para descobrir que a maioria dos problemas demanda, para seu enfrentamento, outros tipos de conhecimento, de tecnologias e, sobretudo, de ações que extrapolam a esfera individual de atuação. Em alguns casos, tanto a clínica, quanto a epidemiologia se mostram impotentes para enfrentar os problemas no território e é preciso conviver com os sentimentos de frustração e impotência que emergem diante deste fato<sup>99</sup> (p.312-313).

Assim, parece que a medicina praticada no PSF caminha sobre o fio da navalha entre uma “não-medicina”, quando convoca saberes de outras áreas de conhecimento que não da racionalidade biomédica e, conforme propõe o MED1, uma “medicina real” que se exerce em contato com as situações reais de trabalho e busca se aproximar das questões trazidas pelos usuários, pelos sujeitos doentes, em situação vivida. A “medicina real” segundo o entrevistado é aquela que suplanta os limites da biomedicina, da relação diagnose-procedimento, mas que inclui uma percepção da saúde como “pluricondicionada”, que considera aspectos sociais, físicos, emocionais, econômicos, psicológicos.

Romano <sup>100</sup> ressalta esse paradoxo apontando para uma dissonância na prática do médico do PSF, decorrente de sua formação médica pautada pela biomedicina, em que o mesmo incorpora valores limitados ou incongruentes com sua prática cotidiana. Diante disso, a autora faz duas importantes questões:

Na medida em que não encontra parâmetros para dialogar com uma realidade que lhe solicita escuta, contextualização, inclusão das questões psicológicas, sociais e ambientais, como lidar com o processo saúde-doença-cuidado? Como ressignificar a lógica de atuação, tornando-a permeável a valores diversos, uma vez que a biomedicina não é capaz de responder sozinha às necessidades de saúde da população? (p.17)

#### **4.2.2 Ambiente Inadequado ou repertório inadequado: a Visita como consulta médica em domicílio.**

A visita domiciliar é um dos grandes diferenciais da estratégia do PSF. Ainda que não seja uma criação desta estratégia <sup>110</sup> – uma vez que a assistência nos domicílios é uma prática anterior tanto no campo da enfermagem, quanto no campo da medicina. No entanto, a difusão desta forma de assistência a uma ampla parcela da população mais pobre, historicamente negligenciada pelas políticas de saúde pública, traz repercussões profundas para as práticas profissionais. A relação que se baseava, tradicionalmente, no deslocamento da população aos espaços dos médicos – consultórios, pronto-atendimento (PAs), hospitais – se inverte e passa a ocorrer no espaço dos usuários, em seu bairro, em sua residência, com os trabalhadores se deslocando até lá.

Essa torção do rumo da relação entre o profissional de medicina cria uma situação que, se não era inédita, era, no mínimo, rara, em se tratando das classes sociais menos favorecidas economicamente e nos serviços de saúde pública. Transformação que cria uma nova situação, um novo contexto, radicalmente distinto, que exige novos olhares e novas práticas.

Os deslocamentos do médico do consultório, seu lugar tradicional de atuação, às visitas domiciliares, o conhecimento do bairro, o contato com a realidade de vida da população e com as complexas situações, identificadas principalmente pelos agentes comunitários, mais as discussões em equipes demonstraram potencialidades para provocar mudanças no “olhar” do profissional e para induzir a práticas mais humanizadas <sup>106</sup> (p.272).

No entanto, novamente o paradoxo que marca a prática dos médicos emerge. A visita é vista como um instrumento potente de produção de saúde, de transformação das práticas, saberes e valores, uma vez que permite ao profissional de medicina estabelecer relações com os usuários levando em consideração o contexto familiar e avaliando a vulnerabilidade das famílias do território adscrito, bem como localizar o ACS no território e organizar junto a ele suas ações. Permite acessar algumas questões relativas às condições de vida que lhe dão subsídios para orientações mais adequadas a cada realidade.

**MED1: A gente vai visitar um paciente, a gente acaba vendo a pressão de uma outra paciente acompanhante do indivíduo descobre que ela está hipertensa, ela está descompensada, ela está precisando de uma assistência, então a gente, muitas vezes, a**

gente investiga também o familiar, a gente não trata só a pessoa, a gente trata a família, descobre e orienta outras coisas na casa, verifica situações em que não adianta também eu prescrever orientação se o paciente não tem condição de comprar, eu vou lá e vejo a situação dele e vejo que não tem condição, então a gente procura adequar à realidade dele, a gestante não adianta falar pra ela determinada dieta, determinada alimentação se eu vejo que ela não tem condições de ter, então tem que adequar à realidade. A visita me dá um parâmetro da localidade do agente, de onde é a micro-área, como funciona aquela micro-área, porque são totalmente diferentes as micro-áreas, realidades diferentes e situações muito difíceis, dificuldades diferentes. Uma área é totalmente escadaria, por exemplo, e uma outra é totalmente rua plana, o pessoal, a maioria com plano de saúde, uma área melhor, padrão de vida melhor, as casas são melhores, condições não tão vulneráveis e outras coisas são hiper-vulneráveis, quer dizer, uma área diferente da outra, tem um perfil populacional diferente e saúde também, então eu priorizo, quando eu vou a visita eu já recomendo pra agente: essa aqui você precisa de ir mais vezes, essa aqui você vai fazer isso.

Por outro lado, não obstante a todos estes fatores, ela também é vista como uma consulta “precarizada”, que ocorre em um ambiente com condições insatisfatórias e com equipamentos insuficientes para realizá-la a contento, segundo os padrões da racionalidade biomédica. Faz-se necessário agir de acordo com as condições que a situação apresenta, no espaço e nas condições do outro. Essa mudança de espaço agrega novas variáveis e novos aspectos à prática do médico, como por exemplo, mediar conflitos, algo impensável no modelo biomédico e que aponta à ampliação das exigências do real.

**MED1:** Na verdade, na visita domiciliar, não tem muita diferença é uma consulta como outra qualquer, a diferença é que eu não estou em um ambiente adequado de consulta, eu uso o que o paciente tem lá no local, eu uso a cama do próprio paciente, uso a luz que tem disponível pra mim, muitas vezes não é essa luz aqui, outra luz da casa, ou a luz que chega até a casa, às vezes o ambiente é escuro, entendeu? Tudo isso aí. A luminosidade do ambiente, eu levo os meus instrumentos, levo o estetoscópio, levo o otoscópio, levo o aparelho de pressão, a gente afere a glicemia com o glicosímetro, vai um auxiliar comigo, se tiver um curativo pra fazer e a gente tenta fazer o máximo possível diante das condições que a gente tem ali, às vezes tem que transferir o paciente, já aconteceu de ter que internar paciente, então a gente solicita uma ambulância pra internar um paciente, faz um encaminhamento, faz a medicação, eu levo algumas medicações na bolsa que tem que fazer lá na hora, o anti-hipertensivo é na hora, uso o próprio paciente pra fazer nele, se o paciente está hipertenso, glicose está alterada ou se tem alguma irregularidade na situação, a gente tenta ponderar a relação de um familiar com o outro, às vezes tem conflito na casa: ah está assim porque não cuida. A gente tenta mediar o conflito na casa, às vezes uma palavra nossa já vai amenizar, a gente tenta não se envolver nas questões pessoais dos familiares, porque a gente não pode fazer contra-transferência com a

**família, porque isso dá um problema sério, já teve problema com outros médicos, enfermeiros, outros profissionais da saúde.**

Essas falas e as demais que serão apresentadas sobre a visita apresentam de maneira explícita as contradições e divergências que marcam a prática dos médicos no PSF. É interessante notar que os valores e princípios da biomedicina estão sempre à espreita e, mesmo diante de uma estratégia que propõe e exige outras práticas, capturam e balizam as práticas dos profissionais. Ao mesmo tempo nota-se um movimento inverso, como o contato mais próximo da realidade dos usuários produz disrupções, deflexões nas práticas e sentidos das suas ações.

No primeiro momento em que é questionado sobre as diferenças da visita domiciliar é ressaltado que não há diferença em relação à consulta realizada na unidade de saúde a não ser pelas condições mais precárias para realizá-la: ambiente, cama, iluminação, equipamentos etc. A partir dessa perspectiva, a visita domiciliar nada mais é que uma consulta tradicional realizada no domicílio, focada no atendimento individual, centralizada na doença e direcionada para o tratamento medicamentoso. Como os profissionais que participaram da pesquisa relataram, a visita é a consulta realizada no domicílio daqueles usuários que não podem se deslocar até a unidade. O que a diferencia significativamente da proposta do PSF, que ampliou a complexidade desta modalidade de assistência ao ampliar seus objetivos e campo de ação:

Na proposta do PSF, a visita deve se articular aos desafios que se colocam para este, tendo as famílias, em seu contexto sociocultural de vida, como unidade central de atenção, abarcando suas diversas necessidades, tendo em vista não só a prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças, mas, também, a promoção da saúde <sup>110</sup> (p.132).

Neste primeiro fragmento a família é mencionada como promotora de conflito ou de distúrbio, a quem devemos dar uma palavra de alento, mas sem entrar em questões pessoais. Na auto-confrontação simples, ao analisar a fala acima ele reforça a inadequação do espaço físico, como o grande diferencial na visita, o que a distinguiria de uma consulta na unidade:

**MED1: A diferença, agora eu pensei diferente, tem essas questões de localidade, de estrutura, isso é uma diferença importante, que atrapalha muita coisa, na verdade tem diferença, eu falei que não tinha, mas tem diferença. É como uma consulta qualquer, mas é diferente, então re-analisando o que eu falei ali, ela é bem diferente, porque é no local**



inadequado, ela não tem a mesma estrutura pra você tratar o paciente, então é bem diferente, acho que é isso.

**PESQ:** Você fala que pra além do ambiente, existem outras diferenças.

**MED1:** É, isso, outras questões que são, está na presença de outras pessoas, que muitas vezes, então o meio é inadequado pra se consultar de acordo com o padrão, o que aqui no consultório a gente considera? Tem uma maca adequada, todo mundo vai deitar na mesma posição, todo mundo vai aferir a pressão com o mesmo aparelho, a gente vai estar no mesmo consultório, a mesma luz, então a gente tem uma padronização, agora lá muitas vezes eu não consigo verificar totalmente o que tem que ver, às vezes o local que o paciente está deitado não tem condição não dá, não dá posição pra ele adequada, não consigo fazer determinado exame, não tenho material pra fazer, não posso observar outra coisa que aqui eu poderia verificar, então a visita domiciliar é diferente porque falta a estrutura adequada, mas ela tem uma vantagem que é você verificar o meio onde o paciente está inserido, é diferente nestas questões, falta de estrutura adequada pra consulta, mas ela é vantajosa porque ela consegue, você consegue visualizar a situação real, você tem uma noção real da coisa.

É importante destacar que o parâmetro utilizado para pensar a visita domiciliar é a consulta no consultório, esse é o padrão. Desta forma, a comparação em geral parte de uma percepção de débito, da falta, do que não se tem em relação à prática “ideal” aprendida na formação, pregada pela medicina científica. Essa relação fica explícita quando o MED1 se refere à padronização, da luz, da maca, do aparelho, ao controle ambiental necessário para se acessar, sem influências, a doença. Tudo que desvia deve ser controlado ou desconsiderado, somente com a assepsia do ambiente é possível chegar à verdade sobre a doença. A impossibilidade de se fazer isso na casa dos usuários a coloca *a priori* como local impertinente à prática médica.

Tal percepção, ainda que presente, só se mantém enquanto restringe-se a prática médica à racionalidade biomédica. A imagem que me vem à mente durante toda a entrevista é a de um movimento pendular, que vez ou outra escapa, uma vivência que esgarça as bordas, força as fronteiras, e é apreendido de novo. No final da fala me parece uma destas escapadas ou, ao menos, uma transposição da fronteira, quando apesar de destacar diversos aspectos negativos, de encarar a visita como uma consulta deficiente, é citada a vantagem de visualizar a “situação real”. Este “detalhe” abre outra dimensão, a dimensão em que está inserido o sujeito doente, o paciente em seu meio, neste momento há um racha na biomedicina. A (re)inclusão da realidade do usuário, da sua situação real de vida, do sujeito doente é um golpe no “hardcore” da biomedicina,

promove um “*descolamento* da atenção à saúde da biomedicina” <sup>104</sup> (p.162). É onde se abre uma brecha...

**PESQ:** Você falou de algumas desvantagens desse outro ambiente, das diferenças... você acha que estar na casa desse paciente te ajuda em algumas coisas?

**MED1:** Com certeza! Eu acho que humaniza o profissional, o profissional tem uma outra visão, porque vê a realidade da pessoa, a realidade daquele paciente ali. Acho que pra você entrar na casa de alguém, você tem que ter muito respeito por você, pela situação, eu acho que você aprende a ver com outros olhos, aprender a chegar, aprender a se portar como profissional, acho que é independente, não é chegar sair gritando, batendo ou falando qualquer coisa no ambiente da casa da pessoa, acho que isso também é profissionalismo, nem todo mundo tem, aproveitar que você tem com o paciente ali na casa dele, pra orientar o máximo possível dentro das condições que ele tem, aproveitar aquele momento. Eu acho que as pessoas às vezes não aproveitam o momento e o paciente sente muito bem com a sua presença, acho que eu percebo isso muito e eu me sinto bem por ele se sentir bem. Parece que a visita, ela é tão valiosa quanto o medicamento, os pacientes sentem falta da visita, quando a gente não vai ou deixa de ir ou falta uma vez eles sentem falta, parece que perde um pouco o tratamento, quando você vai constantemente o paciente fala que o médico vai vir, ele se sente comprometido com o tratamento e você comprometido com ele também, se estabelece um laço, não é afetivo do ponto de vista um afeto... não profissional... mas assim, acaba desenvolvendo um laço com o paciente do comprometimento dele com o paciente, coisa que é importantíssimo, o paciente tem que se comprometer, eu não sou fornecedor do remédio eu sou auxiliar no tratamento e ele tem que se sentir importante e participativo.

É por essas brechas que outras percepções e práticas emergem. Ao se aproximar da realidade do usuário não é possível ficar alheio a uma série de questões que ela traz. E essa abertura ao outro, as condições de vida do outro humaniza, não no sentido de um humano idealizado, modelar, mas no sentido de uma humanização como processo que se faz nos encontros e no concreto das experiências vividas, na convivência <sup>111</sup>. A “aceitação do outro como legítimo outro na convivência” é o fundamento do social e, por conseguinte, do processo de humanização <sup>112</sup> (p.23). Transforma o olhar, o agir, o como chegar à casa do outro, o modo de se portar, transforma, portanto, o modo de trabalhar a atividade.

As normas e valores fundados na racionalidade biomédica não são eficientes ou suficientes nessa nova situação, neste novo contexto em que o trabalhador entra na casa do usuário e se permite entrar em contato com ele, aceita o usuário como legítimo na convivência. Quando se produz o vínculo, ele muda tudo.

A visita tem nesse momento a potência de um analisador, um acontecimento que põe em análise as práticas do médico, transmuta-se de uma consulta degradada, em ambiente inadequado, para algo tão valioso quanto um medicamento. É importante destacar que o medicamento na racionalidade biomédica moderna ocupa um lugar de destaque dentre as formas de tratamento, junto às intervenções cirúrgicas <sup>105,107</sup>. Capazzolo <sup>106</sup> destaca que os medicamentos junto aos procedimentos médicos especializados e a utilização de equipamentos tecnológicos têm centralidade nos serviços ofertados em saúde. A autora, no mesmo texto, faz referência a um estudo realizado no Canadá que constata a correlação estatisticamente significativa entre a abordagem centrada no paciente e a diminuição na dispensação de medicamentos nas consultas.

Percebe-se também um deslocamento, que deve ser destacado, da centralidade do medicamento e, por conseqüência da doença, para a relação entre médico e paciente. É destacada a responsabilidade do paciente na produção da saúde e a função do médico para além do fornecimento do remédio. Garantir uma prática da medicina que não se restrinja ao procedimento e ao medicamento e que potencialize a autonomia dos usuários é um desafio fundamental para garantir a efetivação das diretrizes e princípios do SUS <sup>108, 113</sup>.

**PESQ:** Voltando pra aquela questão inicial, da instrução ao seu substituto, que dicas você daria, já que ela tem essas características que são muito distintas, quais dicas você dá?

**MED1:** Condição insalubre pra fazer visitas... porque é uma coisa insalubre, a gente vai em casas muito ruins, a gente vai em lugares difíceis. Uma das coisas importantes assim, tem que gostar do que faz, acho que é primordial acreditar que você pode fazer algo diferente, que você pode mudar alguma coisa, acho que você tem que acreditar em você, acreditar em algo que você pode fazer melhor, acreditar no seu trabalho, acho que é importante, não ter aquele olhar arrogante em determinadas situações, não ser arrogante, acho que é importante isso, ter um pouco de compaixão pelo ser humano, porque a gente vê situações terríveis, não ter nojo do paciente, saber tocar, mesmo que você sinta ojeriza à situação, acho que se você demonstrar isso pro paciente é péssimo, até esbarra na questão ética, na ética profissional. Você não pode demonstrar determinado... mesmo que sinta odores, você não pode demonstrar isso pro paciente, mesmo que você esteja se sentindo inseguro, você tem que demonstrar que está seguro. Acho que as dicas pra uma pessoa me substituir são basicamente essas, não ter medo de encarar a situação, que você tem medo às vezes mesmo, se proteger legalmente, tanto no prontuário, quanto na unidade, quanto acionando os órgãos competentes pra resolução da questão, acho que a questão da proteção, tentar estabelecer um vínculo com o paciente. Acho que quando você cria o vínculo, você cria confiança. Então você já quebra vários paradigmas, você já

estabelece um contato mais real, mais íntimo com o paciente, ele vai te fornecer mais dados pra você consultar, pra você tratar, pra você resolver a questão. Quando você não estabelece vínculo é horrível. Parece que você não consegue, parece que o que você faz não surte efeito. É como se você batesse naquela tecla ali e não funcionasse, então eu acho que é isso, é fundamental trabalhar no PSF, na estratégia da saúde da família, tem que ter perfil para isso, não é dizer: ah vou fazer a estratégia da saúde da família porque o salário é um pouco maior ou porque são quarenta horas, não atendo a noite e não faço plantão fim de semana. Tem essas vantagens, mas têm muitas coisas difíceis que os profissionais não agüentariam, aquela coisa do dia-a-dia ali, a saúde problemática é diária, o problema que é diário, todo dia tem problema, todo dia, em determinados lugares que não tem tanto problema todo dia, todo dia tem problema, um a mais, sempre uma coisa a mais e a questão social está sempre envolvida, coisa que em muitos consultórios você nem precisaria se preocupar, você atende e “tchau”, tem a questão social, mas acho que o médico hoje não está inserido, não está envolvido, independente da especialidade, independente de onde ele atenda, se ele não estiver inserido na questão social, não tiver esse olhar social da questão, acho que ele não está exercendo a medicina corretamente, acho que a medicina passa por esse processo de enxergar coisas de um ângulo social também, não é só médico técnico não, acho que a gente tem muito técnico, a gente tem pouca gente que tem visão social boa. Além da técnica que é o básico, o padrão, consegue enxergar além, além disso aí, acho que isso faz a diferença, então a instrução que eu daria a meu substituto é que ele tivesse esse algo mais além da parte técnica, que a parte técnica todo mundo pode adquirir na faculdade.

A atuação em outro território, no território do usuário, impede o apartamento das questões referentes à vida deste e à prática do médico, diferente de quando a atividade desse trabalhador é realizada nos seus “ambientes protegidos”, em que pode exercer certo controle sobre o que entra ou não da realidade do paciente. Ao entrar na casa dos usuários esses trabalhadores imergem naquela realidade, que produz estranhamento, que exige uma postura em que se destaca o respeito e a ética ao entrar no ambiente do outro.

Um novo diagrama de forças e afetos compõe aquele universo e atravessa a relação que se estabelece e, se não impossibilita, dificulta a apatia. A questão social manifesta-se e desloca o profissional médico do lugar da neutralidade.

[...] a prática médica tende a ser considerada como uma prática “neutra”, na qual o médico, identificado com o seu saber, seria despossuído de uma subjetividade e sua atuação tida como livre de concepções ideológicas, pessoais, de valores e sentimentos. Da mesma

forma, tende a não ser considerado o que acontece no momento de encontro com o paciente <sup>106</sup>. (p.251)

A proximidade acaba com a pretensa neutralidade, descobre os temores, nojos, o desconforto, a insegurança, ainda que estes devam ser contidos para não colocar em risco a relação que ali se estabelece. Essa contenção dos sentimentos carrega uma sutil distinção: não se nega estes sentimentos, mas deve-se controlá-los para que eles não prejudiquem o vínculo com o usuário. Por outro lado, sem estes sentimentos o vínculo também não acontece. O vínculo e os demais sentimentos citados são co-emergentes a esta relação de convivência e, novamente é destacado como aspecto relevante para a efetividade das ações.

A visita domiciliar transforma as relações, estabelece outra dimensão do ato clínico, por trazer à tona um outro tipo de diagnóstico que transmuta o saber contido nos manuais. A concepção que os médicos detêm sobre saúde-doença começa a ser questionada quando se vêem frente a frente com os sintomas da pobreza <sup>99</sup> ( p.311).

As questões sociais, apesar de estarem associadas a certo desgaste, são destacadas como aspectos que não podem ser desconsiderados. A medicina deve abarcar este novo olhar, atitude que é extremamente valorizada pelo MED1. Para ele essa seria uma instrução fundamental para um eventual sócia, a ampliação da prática e do olhar para além da técnica, apontando para dimensões não-biomédicas do adoecer. Para uma prática clínica baseada numa outra relação médico-paciente, que a aproxime do cuidado e dos usuários e “deixe de ser apenas um processo de desvelar diagnóstico, mas se constitua efetivamente em um conjunto de crenças, posturas, habilidades e atitudes dirigidas a reduzir o sofrimento, a dor, a doença e evitar a morte” <sup>109</sup> (p. 71).

No entanto, paradoxalmente, à percepção dos limites do modelo biomédico são propostas novas formas de operar nesta “nova” realidade que se referenciam em saberes ou disciplinas que têm como fundamentos a mesma racionalidade técnico-científica<sup>109</sup>. Apesar de destacar a importância da visita domiciliar, principalmente por permitir o contato com a realidade de vida dos usuários do serviço e a construção do vínculo, ressaltado como elemento potencializador do tratamento, percebemos que a sua organização mantém-se vinculada ao atendimento individual e à orientação sobre o tratamento, sobretudo medicamentoso.

**PESQ: O que você acha que deve ser feito para aproveitar esse momento?**

**MED1: Eu acho, primeiro, tem que saber estabelecer os objetivos de sua visita, acho que é importante, estabelecer os objetivos, direcionar essa visita, segundo perceber as variáveis da visita, eu acho que tem visita que você pensa uma coisa, acontecem outras coisas totalmente diferentes, você vai ver uma paciente, igual eu falei, chega lá você encontra outras pessoas também precisando de visita, são variáveis da visita, você já sabe que vai sacrificar um pouco as visitas subseqüentes, então você vai ter que aproveitar aquele momento pra poder orientar também outras pessoas porque às vezes o cuidador ele não sabe também, não adianta eu orientar só a pessoa doente, tem que orientar o cuidador, aquele que medica. [...] Eu acho também que tem que ser um pouco investigativo, perceber a situação, não só o paciente, mas em volta do paciente, já passei por situações, também que eu fui investigar, procurar olhar, observei o armário do paciente. Você tem que ser muito observador, olhei o armário tinha medicamento vencido, procurei saber se tinha uma quantidade adequada de medicamento, se aquilo ali era ultrapassado, se já tinha consultado com outros médicos, se ele fazia uma “salada” de medicamentos, pedi pra ele repetir as drogas que ele usa, quando sabe ou o cuidador, ele mostrar onde que ele guarda, são coisas importantíssimas. Por que às vezes você encontra em uma mesma caixa, que é comum paciente guardar em caixa, um inadequado lugar pra guardar. Você pode encontrar medicamentos que já venceram, com outros que pegou antes, medicamentos que já não usa mais e ele está usando ainda, então pra você saber você tem que organizar até pro paciente, isso é função do agente, também, comunitário, minha, deixar recados, colar bilhetes em algum lugar, convites pras ações... acho que a gente tem que documentar isso também.**

Como podemos observar, ainda que seja destacada a importância de se aproveitar a inserção na moradia dos usuários para investigar uma série de aspectos que não poderiam ser acessados na consulta, o uso dessas informações conservam-se no âmbito de orientações relativas ao tratamento tradicional, aos usos dos medicamentos ou armazenagem dos mesmos. O foco transfere-se da doença para o doente, mas ainda conserva-se o foco no paciente, poucas referências são feitas às relações entre os familiares, ou moradores da casa. Quando estes são incluídos, o são como novos pacientes ou cuidadores a quem se deve orientar. O que corrobora com a percepção de Giacomozzi e Lacerda<sup>114</sup> de que muitas vezes há apenas uma transferência do local das práticas, das unidades para as residências, mas elas permanecem similares. Longe de um julgamento moral sobre tais práticas faz-se importante problematizar se é possível nestas condições em que sua atividade se efetiva propor outras formas de cuidado que escapem do modelo tradicional? Existe condição para que isso aconteça? Os usuários aceitariam tal mudança? Quais são os valores e expectativas que permeiam as práticas médicas em nossa sociedade? Quais são os espaços efetivos para promoção de mudanças?

Ressaltamos novamente esse movimento na atividade profissional do médico no PSF. Movimento de afastamento e retorno, escape e captura, que, diante dos limites das normas e valores que regem suas práticas frente às transformações do modelo assistencial e do próprio local onde a atividade acontece, experimenta novas formas de trabalhar. Experimentações que em diversos momentos sucumbem diante da força deste patrimônio coletivo: o saber biomédico.

#### **4.2.3. A Biomedicina e a standardização das normas antecedentes.**

Retomando a assertiva de Favoreto e Camargo Jr.<sup>109</sup>, as propostas de mudança do PSF encontram-se, em geral, sedimentadas nas proposições da própria biomedicina, “limitam-se a propostas que visam a reordenar, normatizar e avaliar os atos médicos, usando a epidemiologia e/ou o planejamento para tal fim” (p.69). A organização do trabalho médico na unidade de saúde estudada confirma isto. A organização do trabalho se dava por turnos, cada médico organizava seus dez turnos semanais da forma como considerava mais pertinente. Algumas normas, no entanto, deveriam ser seguidas ou minimamente consideradas: dois ou três turnos semanais eram destinados ao atendimento da demanda espontânea (os quatro médicos deveriam cobrir, revezando-se os dez turnos semanais), o que por si já é uma contradição, uma vez que não se tratava de um serviço de pronto-atendimento. Um turno semanal deveria ser utilizado para reunião de equipe, norma que não era seguida à risca por todos os médicos, uma vez que este horário sempre era utilizado para resolver eventuais problemas ou fatos inesperados (faltas, atrasos, férias de outro profissional, etc.). Um turno por mês era destinado para o encontro com a equipe matricial de saúde mental, onde eram discutidos os casos referentes a essa área. Um turno semanal era para realizar as visitas domiciliares, que assim como a reunião de equipe era muitas vezes cancelada diante de imprevistos e necessidades. Os demais turnos eram divididos entre puericultura, hipertensos, diabéticos, pediatria, ginecologia, clínica médica e, em alguns casos, ações com grupos.

Com exceção das ações com grupos (mães, gestante, usuários com hipertensão e diabetes – hiperdia) e das visitas domiciliares, as consultas eram realizadas da forma tradicional, com a diferença do esforço de vincular o usuário a uma equipe de referência e do acompanhamento longitudinal. No caso da demanda espontânea, nem mesmo isso era possível na medida em que o profissional que “ficava na demanda” deveria atender a todos, independente do território em que vivem.

A prática clínica dos médicos predominante nos serviços de atenção básica tem sido apontada por diversos estudos como uma prática restrita a medicalizar a queixa expressa do paciente, que MENDES-GONÇALVES (1994) denominou de queixa-conduta, na qual a queixa substitui a história e o exame físico, conduzindo, em geral, a uma terapêutica medicamentosa<sup>106</sup> (p.64).

As próprias ações em grupos, em alguns casos, são estratégias para organizar os serviços, mas que se restringem ao duo exame e medicamento. Apesar de ser um subterfúgio válido e eficiente para diminuir a demanda espontânea e manter os usuários portadores de doenças crônicas controlados, não altera a relação estabelecida com estes, nem deles com sua doença.

**MED1: Quinta-feira de manhã eu faço, agora eu voltei a fazer, desde que eu entrei na verdade eu voltei a fazer as ações de hipertenso e diabético, hiperdia. Por quê? Porque esse contingente estava prejudicando a agenda, estava prejudicando a demanda, porque eles iam na demanda em dias alternados, então colocando o grupo de cada área dividindo em A e B, A e B micro 1, A e B micro 2, A e B micro 3, A e B micro 4, que são quatro, eu divido essas pessoas nos grupos, eu vejo essas pessoas de três em três meses rotineiramente, eu vou ver de qualquer maneira, eu solicito exames, faço um atendimento completo, forneço medicamento controlado, faço tudo e não deixo a pessoa sem medicação que é uma das coisas principais, não adianta eu pegar e só fornecer, tem que atender um por um, paciente controlado e medicação ok, não tem queixa nenhuma, enfermeira transcreve a receita, eu carimbo e visualizo, se tiver uma outra queixa vê comigo. A gente faz assim, dá pra gente dividir esse contingente e atender esse pessoal todo e eles vinham na demanda por qualquer motivo, ou seja, a gente já tirou esse pessoal, diminuiu muito, passou a vir na demanda realmente os outros casos, esse pessoal passou a ter medicação e ele já agenda antes do remédio acabar, paciente não tem desculpa de falar que o remédio acabou antes da hora, se acabar antes é que ele está tomando errado, então a gente já descobre também dessa forma e os exames dá tempo pro paciente me mostrar...**

Na auto-confrontação simples esta questão é retomada:

**[...] quando eu estou na minha ação gosto de levar minha agenda junto, eu vou atendendo os pacientes hipertensos e já agendando os preventivos das semanas, eu vou “amarrando” o paciente na consulta, ele veio resolver um monte de coisa eu já resolvo um outro problema, já vejo e encaminho pra outra coisa, porque se eu for pedir pra ele voltar, pra marcar, pra reagendar, aquilo pode se perder, eu agendando a data, já amarrei o paciente na próxima e amarrei de novo, quando ele volta já vi os exames que eu pedi naquele dia, então é uma forma de amarrar o paciente nas consultas e essa amarração é importante pra você conduzir um tratamento até o fim.**



Essa estratégia mostra-se, por um lado, muito eficiente: diminui o número de usuários na demanda espontânea; garante o acompanhamento constante de um grande número de usuários com doenças crônicas, evitando possíveis descompensações, neste caso, das taxas de glicemia ou pressão arterial; e permite ao médico “amarrar” o tratamento e conduzi-lo. Por outro lado, privilegia apenas algumas dimensões do processo de adoecimento, sobretudo a dimensão biológica, que pode reforçar a dependência dos serviços de saúde <sup>106</sup>.

A própria noção de prática resolutiva é apresentada como a capacidade de diagnosticar, medicar, resolver a doença, ou caso não seja possível, encaminhar para um médico especialista de forma correta. Quando percebemos que ser resolutivo é aquilo “que resolve, que promove resolução” <sup>115</sup>, percebemos que o problema a ser resolvido restringe-se à doença, e que a forma de fazê-lo é por meio medicamentoso, ou encaminhando para um especialista que, como o entrevistado diz em outro momento, terá acesso a outras formas de exames e procedimentos, bem como a um elenco de medicamentos mais amplos.

**PESQ: O que é ser resolutivo?**

**MED1: É você chegar com um diagnóstico, é você acertar na medicação, é você fazer o paciente estabilizar no quadro dele independente da doença que ele tenha, é você encaminhar corretamente o problema pra especialidade certa, no momento certo, não ficar gastando a especialidade desnecessariamente, acho que você resolver mais coisas do que encaminhar é ser resolutivo. Quanto mais coisas você puder resolver dentro da sua orientação... então a gente é cobrado o tempo todo, todo mundo pergunta, querendo as coisas e tal, então às vezes eu me sinto assim, acho que os médicos se sentem assim, acho que todo mundo se sente um pouco assim, mas a gente se sente muito sugado, é o serviço, estou aqui, está aqui, é isso, então a gente tem que parar também um pouco de ser só fornecedor disso aí e fazer o paciente ter parceria, acho que isso é importante na consulta. Não, você também é responsável, não sou só eu. Os pacientes vêm muito assim, eu quero remédio, eu quero isso, eu quero resolver aquilo, quero pedir exame, pede o exame pra mim, pede isso pra mim, faz isso, então, sabe essa sugação de coisas vai te transformando em um fornecedor e muitas vezes você não acha nada daquilo ali. Você não acha que tem que fazer nada daquilo ali, só que muitas vezes você se esbarra nessas situações que você não concorda com o que o paciente quer, eu enfrento muitas vezes isso e eu tento convencê-lo de que aquilo não é o melhor naquele momento, que não é a melhor coisa.**

**PESQ: Qual que é o retorno?**

**MED1: Muitas vezes eu sou... o paciente também não aceita, é um trabalho difícil, porque eu tenho que falar não.**

**-Eu acho que o senhor ou a senhora, não precisa desse exame agora no momento, vamos fazer de outra forma, vamos fazer por aqui...**

Então às vezes, muitas vezes você tem que ir pro outro caminho pra tentar convencer o paciente, que às vezes eles querem uma determinada coisa:

- Eu quero, eu preciso!

E tem muitos médicos que colocam lá: à pedido do paciente. À pedido do paciente significa que você está dando o seu aval, que você está carimbando isso, então você concordou com a falta de informação do paciente de querer aquilo e você está fornecendo, quando você faz isso você está se isentando, mas no fundo você está responsável também. Na verdade você é responsável, você está onerando o sistema, você está solicitando, então o pessoal acha que está se isentando, mas na verdade não está, então eu não faço, não sou de aceitar muito o que o paciente acha que tem que ser não.

Essa é uma questão fundamental na discussão que temos realizado até esse momento. Estamos falando de um modo de trabalhar em saúde que produz determinados tipos de serviços, mas que também produz determinados efeitos, dentre eles produz demandas por serviços, procedimentos e tratamentos específicos. Quando se restringe as questões da saúde à dimensão biológica do adoecimento e o tratamento médico aos procedimentos de diagnose técnicos (os exames) e aos medicamentos, produz-se como efeito na população uma dependência dos serviços de saúde, mais especificamente dos serviços médicos. Dentre outros aspectos por ele ser reconhecido como o profissional que pode solicitar o exame e prescrever o medicamento que vai resolver o problema do paciente, a sua doença. A relação médico-usuário passou a ser intermediada pelos exames e medicamentos, e fundada na doença. Onde muitas vezes estes “procedimentos-meio” são entendidos e esperados pelos usuários como fim, como o objetivo principal do serviço.

Como mostra MED2, em alguns momentos os usuários já chegam com o diagnóstico e querem determinar o procedimento a ser realizado a despeito do profissional que, ao negar o pedido, passa a ser visto como empecilho ao seu tratamento. Assim, muitos se utilizam da coação para conseguir que o médico solicite os procedimentos que eles exigem. Relação que se impõe como um condicionante que não pode ser descartado ao analisarmos as práticas médicas nos serviços de saúde.

**MED2: Eles já chegam com o diagnóstico.**

- Doutora, eu tenho sinusite.

- Mas você tem sinusite por quê?

Você explica, explica, explica...

- Não, mas eu quero um raio x!!!

Às vezes eles se impõem de uma tal maneira que eu acabo escrevendo no prontuário assim: por insistência do paciente, solicito raio x . E coloco no raio x: à pedido do paciente. Acabo colocando “a pedido” por quê? Eles acabam acuando a gente.

**MED1: É. Em situações em que a gente se sente acuado...**

**MED2: Até atestado médico a gente coloca: “por insistência do paciente... atestado médico”.**

Tem-se assim uma demanda produzida historicamente, por exames e procedimentos tecnológicos, que ofuscou as demais práticas do médico e limitou a expectativa da população a estes recursos. Como aponta Luz <sup>31</sup>, a racionalidade médica ocidental esqueceu-se que também era uma arte curar sujeitos restringiu-se a um saber científico, baseado em diagnósticos cada vez mais precisos em detrimento da prática terapêutica, da cura e do cuidado. Conforme Foucault <sup>116</sup>, a racionalidade médica que emerge nos fins do século XVIII dá ao olhar outra dimensão, para além da percepção da realidade, a de produção dela.

O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta à evidência dos conteúdos visíveis. O olho torna-se o depositário e a fonte da clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz (p. XI).

O encerramento da verdade biomédica na objetividade da percepção visual não se restringiu ao olho nu e não se limitou à sua acuidade natural, a esse sentido foi acrescida uma série de técnicas e tecnologias que permitiram ter acesso a pontos de vista, ângulos e grandezas impensáveis, ainda que de forma intermediada.

Não obstante ao super-dimensionamento da visão, que permitiu que o olhar alcançasse níveis antes impensáveis, essa focalização restringiu nossa percepção, negou a importância dos demais sentidos para a compreensão do outro, mais que isso, negou a influência do invisível no processo de adoecimento e sofrimento.

Realizado o diagnóstico ou a possibilidade do mesmo (risco), não importa o que o médico ou o doente pensem, sintam, temam ou desejem - o processo caminha, ou ao menos nesta lógica deveria caminhar, indiferente aos sujeitos envolvidos, no seu combate à doença (ou risco de) diagnosticada <sup>104</sup> (p.55).

A expropriação do saber-de-si proposta nesta relação médico-paciente, fundamentada na racionalidade biomédica, é um forte empecilho à produção da saúde. A centração no procedimento faz com que os sujeitos da relação que ali se estabelece, médico e

paciente, sejam secundários ao processo, o objetivo final é o exame (diagnóstico) e o medicamento (tratamento).

**MED1:** Cada vez maior, até porque hoje em dia a gente tem que provar pro paciente através do exame, é a prova mesmo, é a nossa contra-prova, porque a gente tem que se proteger legalmente dessas ações, isso é importante, os americanos já fazem isso há muito tempo e na questão legal a gente tem que se proteger, eu tenho que dizer pro paciente, não tem nada disso, na verdade eu não tenho que dizer o que você tem e tenho que dizer o que você não tem, às vezes a gente tem que excluir as hipóteses de diagnóstico através de exames e o exame também, muitas vezes o exame também é um teste terapêutico, você faz o exame, o paciente só de ter o resultado do exame ele já melhora, eles falam: não, não estou sentindo mais nada daquele problema que eu tinha. Muitas vezes os pacientes têm voltado por não ter dado nada também:

- Não deu nada! Como assim?

A esperança de que desse alguma coisa no exame é tão maior, que é engraçado. Eu fico assustado, eu falo:

- Olha, você tinha que ficar feliz porque não deu nada no exame. Que bom!

O paciente fica muito decepcionado porque queria que tivesse algo que justificasse a carência dele, um outro problema que ele tem, que fosse abordado ou que apareça naquele exame que às vezes nem é o específico pra aquela coisa, exame de rotina mesmo, só pra você excluir algumas hipóteses, pelo menos essa parte você vai aos pouquinhos está tirando, fez o exame de rotina não deu nada, fez outro tipo de exame não deu nada e o sintoma permanece aí você vai começando a investigar mais, agora se some espontaneamente como acontece muito, a gente pega muito exame, sumiu o sintoma, desapareceu, fica por isso mesmo, se ele voltar, muitas vezes não se chega a diagnóstico nenhum, é apenas uma tentativa de excluir o diagnóstico, o paciente fica sem diagnóstico, com uma suspeita de diagnóstico e ele evolui bem e não tem mais nada, é uma coisa meio que você andar no escuro assim...

De tal forma os sujeitos foram sendo marginalizados na relação pela racionalidade biomédica, que suas impressões e conhecimentos foram sendo descartados, inclusive os saberes do médico que não são pautados por ela. Com isso, qualquer ação ou proposta que não seja avaliada por evidências, neste caso entenda-se: exames, é posta em cheque. Assim, as tecnologias de diagnose, que deveriam ser auxiliares no trabalho do médico, no encaminhamento do tratamento, ganham o status de prova. Prova que define e justifica o que deve ser feito e resguarda o médico de eventuais erros ou ausências.

Tal exteriorização da competência epistemológica induz a uma desconfiança, a uma dependência e a uma desresponsabilização do curador biomédico e, *a posteriori*, dos doentes. Ambos passam a necessitar progressivamente de validação científica para suas

vivências, práticas e saberes. Ambos começam a desconfiar do que sentem, vivem, conjecturam, percebem<sup>105</sup>. (p.472)

A não solicitação do exame por parte do profissional não é bem recebida pelos usuários, como se estivesse sendo negado a ele uma parte essencial do tratamento, ou pelo menos o acesso a verdade do que está sentindo. O exame é a prova de que há algo com ele ou de que não há nenhuma patologia.

**MED2: É muito da cultura também. Eu estava pensando o contrário. A gente examina, a gente tem o diagnóstico, mas a pessoa não aceita o diagnóstico enquanto não tiver o exame provando. Porque têm algumas doenças, até pneumonia mesmo, que pelo exame físico a gente consegue provar.**

Por outro lado a não-confirmação no exame de uma patologia é vista não apenas com desconfiança pelo usuário, mas com decepção, porque é a confirmação de que não possui nada, a negação final do que ele sente. É a sentença de que nada poderá ser feito, de que não há tratamento para o seu sofrimento, que não há doença, uma vez que não foi detectado pelos exames, portanto, que ele não sente nada. O exame negativo deslegitima o sentimento e sofrimento dos usuários. Tão forte é o poder simbólico do “exame” que como ressalta MED1 tem eficácia terapêutica.

#### **4.2.4. Constrangimentos da organização e a prática dos médicos**

**MED2: Às vezes eu tenho uma sensação assim: eu me dediquei tanto, estudei tanto para poder ajudar a fazer as coisas e eles vêm aqui já querendo simplesmente aquilo. É meio frustrante, meio frustrante...**

**MED1: Isso é fazer saúde? Isso é fazer atenção primária a saúde? Fornecer medicamento para isso, para aquilo, para dor, isso é atenção primária?**

**MED2: Não é.**

**MED1: Não é. A gente entende que isso faz parte, fornecer medicação. Isso é uma muleta junto a todas as outras orientações, mas a gente se sente frustrado mesmo, por não conseguir fazer o que a gente gostaria de fazer. Pelo tanto que a gente é tolhido pelo sistema, pela quantidade de doentes, pela demanda, pela dificuldade de algumas coisas, pela resolutividade... então a gente fica prescrevendo medicação pra dor um tempão porque o paciente não consegue atingir a especialidade, não consegue fazer os exames complexos, a gente acaba tendo que fornecer medicamento o tempo todo até ele conseguir...**

É nesse meio que a atividade médica acontece no PSF. A descontinuidade entre as expectativas criadas pela formação médica e as expectativas dos serviços de atenção

primária, do PSF, sobre a atividade destes trabalhadores expõe de maneira modelar a distinção que viemos destacando sobre as divergências entre as prescrições do trabalho e as exigências na situação em que este é realizado. As prescrições e normas do modelo biomédico são compatíveis com o modelo hospitalar, que tal como um laboratório experimental, monitora e regula uma série de variáveis, controlando e restringindo aspectos da vida que questionam a infalibilidade da racionalidade biomédica e expõem suas limitações.

Os médicos do PSF, ao adentrarem em uma situação em que há, em princípio, o descontrole destas variáveis, e que muitas vezes trazem os aspectos biológicos num plano secundário, não obstante a sua primazia no modelo em que foram formados, têm que se haver, em ato, com o fosso que se abre diante de si. Quando entendemos que trabalhar é gerir as variabilidades<sup>58</sup> as disfunções, é subverter o prescrito para suprir as limitações do que é fornecido pela Organização do Trabalho<sup>117</sup>, é fazer o que não é dado pela OT, percebemos o desafio que se coloca a estes trabalhadores no cotidiano que é marcado pelas variabilidades. Neste sentido destacamos a amplitude das exigências e a mobilização necessária para que ele possa ser realizado.

Neste contexto, outra dimensão deve ser destacada, na medida em que, nesta atividade, além da necessidade de gerir as infidelidades do meio, nos parece que as prescrições e normas antecedentes são incongruentes com o meio, não por uma defasagem, mas por princípios incongruentes. O vazio de normas, que nos chama atenção Schwartz<sup>58</sup>, para falar da defasagem das normas antecedentes diante das variabilidades incessantes no trabalho, parece apontar para outra situação. Parece que estamos diante de um repertório normativo complexo, amplo, forte, mas que não se direciona às realidades encontradas pelos trabalhadores em exercício no PSF. Com isso, o debate de normas e valores que marca toda e qualquer atividade de trabalho ganha outros contornos.

A articulação dramática dos usos de si apresenta vetores que ampliam sua dimensão paradoxal na atividade dos médicos no PSF. Para além de uma negociação abstrata entre os modelos, eles se situam numa encruzilhada onde as contradições dessa transição os desafiam constantemente e muitas vezes os frustram. Se os “usos de si pelos outros” é marcado pelas diferentes expectativas, da organização do trabalho e dos usuários, os saberes e valores que condicionam os “usos de si por si” também em diversos momentos são incompatíveis. Fazer a gestão destas normas em desacordo apresenta-se como um risco constante para esses trabalhadores uma vez que a sustentação coletiva

para suas escolhas é frágil. Diante disso, basear-se em normas e valores da racionalidade biomédica, compartilhados e avaliados historicamente, por médicos e não médicos, surge como uma opção mais segura, ainda que contradiga as propostas do PSF e as apostas de alguns destes trabalhadores.

## **Capítulo 5 – Enfermagem no Programa Saúde da Família: no fio da navalha.**

### **5.1. Breve contextualização**

Os profissionais da enfermagem no Brasil atuam nos serviços de saúde desde o Século XVI. Naquele período, as ações destes trabalhadores ainda não possuíam o caráter técnico ou científico, restringiam-se a tarefas vinculadas ao espaço doméstico e possuíam forte influência religiosa. Somente no fim do Século XIX, com o surgimento das primeiras escolas de enfermagem no país que se iniciou a tecnicização da profissão da enfermagem<sup>118,119</sup>.

No Brasil do século XVI, a Enfermagem tinha um cunho essencialmente prático, razão pela qual eram extremamente simplificados os requisitos para o exercício da função de enfermeira. Essa condição perdurou até o início do século XX, sendo que, nesse período não era exigido qualquer nível de escolarização para aqueles que exerciam a profissão e a prática era embasada em conhecimentos puramente empíricos<sup>120</sup> (p.75)

No fim do século XIX, ainda mesclavam-se nos serviços os profissionais formados pelas escolas ligadas a instituições de saúde - que em geral absorviam os profissionais formados - e trabalhadores leigos e religiosos que aprendiam a profissão no próprio exercício das atividades. No entanto, a formação dos profissionais de enfermagem ainda era marcada pela informalidade e falta de rigor.

O modelo inicial de ensino caracterizou-se por certa ‘frouxidão’ proveniente da ausência de rituais de seleção e formação regulados pela técnica acadêmica e pela ciência. Médicos formavam enfermeiros ou enfermeiras, sem organização e controle formais<sup>119</sup>.

Nesta fase, homens e mulheres dividiam o exercício da enfermagem. A partir do início do século XX, simultaneamente à tecnicização da profissão, tem-se um processo de feminilização da mesma, junto à sua aproximação a qualidades como bondade, carinho, subserviência e docilidade às ordens médicas<sup>118, 121</sup>. Uma vez que



[...] as disposições pessoais e profissionais de tal agente teriam que ser de alta competência e nenhuma competição com o médico, as pessoas mais indicadas para essa missão seriam mulheres submetidas a um treinamento rigoroso<sup>121</sup> (p.588).

A transformação do perfil profissional da enfermagem foi proposta junto a reforma concebida por Carlos Chagas, como dispositivo importante para a nova concepção de saúde pública, que propunha o controle da população mais pobre, a partir da vigilância e da educação sanitária. Esse contexto, exigia a participação da enfermagem a partir de outra inserção, que viabilizasse a reforma pretendida<sup>121</sup>. Mais que isso, exigia a produção de outra categoria profissional, uma vez que foi constatada a precariedade das práticas de enfermagem no Brasil e a inexistência de profissionais e escolas que formassem segundo os critérios anglo-saxões<sup>119</sup>.

Havia uma desvalorização da profissão de enfermeira no Brasil do início do século passado. Na criação do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922, uma das organizadoras evitou em seu discurso utilizar a palavra “enfermeira”, preferindo o termo “*nurse*”, ao se referir às profissionais formadas sob sua supervisão, tentando assim diferenciá-las. O termo não teve a aderência esperada, prevalecendo as formas de denominação diferencial com a enfermeira de alto padrão ou diplomada, as quais indicavam uma categoria diferente de profissionais, com uma formação mais exigente<sup>120</sup> (p.75).

Fundada em 1922, a escola Anna Nery, foi proposta com objetivo de qualificar e formar profissionais de enfermagem com padrões compatíveis com a enfermagem anglo-saxônica. Para além de competências técnicas foram propostas mudanças na imagem profissional da enfermagem. Os rituais de seleção englobavam critérios de classe, gênero, raça e moralidade<sup>119</sup>.

A enfermagem era, então, considerada como uma profissão de apoio à medicina e as relações entre médico e enfermeiras eram hierarquizadas, bem como as das enfermeiras com os demais profissionais de enfermagem.

Através de ações educativas, preventivas e de cuidado, a enfermagem atuaria na reorganização da saúde pública e do serviço hospitalar, sob o olhar hierarquicamente superior do médico. Internamente,

organizaria o trabalho a partir de segmentações estabelecidas de acordo com outra hierarquia em que a ação de cuidado direto ao paciente seria gradativamente delegada a auxiliares e técnicos com formação básica e elementar e sem a origem social e cultural das ladies nurses, cabendo às supervisoras o papel de educadoras e capacitadoras da equipe<sup>119</sup>.

Importante por formar profissionais para todo país e se basear na proposta de enfermagem científica de Nightingale, a escola Anna Nery, ao seguir os padrões norte-americanos de constituição da profissão, conviveu com um paradoxo que persiste na formação profissional até os dias atuais. Não obstante proporem uma formação para saúde pública, as enfermeiras formadas a partir do modelo norte-americano, flexineriano, tinham os hospitais como centro da formação.

Nauderer e Lima <sup>120</sup> destacam que, apesar de a formação dos profissionais de enfermagem no Brasil fosse inicialmente voltadas às práticas preventivas e aos problemas de saúde sensíveis à atenção básica, ela foi progressivamente se distanciando desta proposta e se aproximando do ensino médico, mais voltado para a especialização e a assistência curativa. Um fato que expõe esse processo foi a desobrigação da presença de disciplinas de saúde pública nos currículos mínimos de graduação a partir da década de 1960.

Esse evento marca a exclusão do enfoque social e de saúde pública da grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem e sua conseqüente associação com as ciências biológicas, com enfoque na especialização, priorizando uma prática operacional centrada no ambiente hospitalar, visando a cura do indivíduo, oriunda do modelo biomédico predominante na política de saúde do país<sup>37</sup> (p.301)

A formação direcionada aos serviços hospitalares acentuou o estereótipo da enfermeira como auxiliar dos médicos, que realmente precisavam de profissionais especializados para os auxiliarem nos centros cirúrgicos sofisticados <sup>120</sup>.

A atuação da enfermagem na saúde pública no Brasil, nas primeiras décadas do século XX, foi marcada pela sua atuação junto ao programa de tuberculose. A partir da década de 1960, sobretudo no período em que vigoraram as ações de Programação em Saúde, até a década de 1980, a atuação da enfermagem se ampliou e diversificou para áreas

como saúde da criança, gestante, imunização, além da função de gerência da equipe de enfermagem<sup>118</sup>.

Na década de 1980, com o modelo de atenção básica centrado no pronto atendimento à demanda espontânea, as práticas dos enfermeiros se restringiram, quase que exclusivamente, ao assessoramento ao pronto atendimento médico, de caráter clínico e individual<sup>122</sup>. Com isso reforçou-se o vínculo do trabalho da enfermagem com as práticas hospitalares e restringiu suas ações coletivas.

A Constituição de 1988, ao fundar o Sistema Único de Saúde, propôs a mudança do modelo de atenção à saúde vigente nas décadas anteriores - o modelo assistencial médico-privatista - e com isso a transformação do trabalho em saúde. Nesse cenário é que foi proposto, em 1994, o Programa Saúde da Família. Abraçado como estratégia para transformar o modelo de assistência e reorganizar a atenção básica, ele propõe novas práticas aos profissionais de saúde. Ao propor a descentração das ações de saúde da figura do médico e da prática de assistência individual e curativa, essa estratégia propõe novas inserções aos atores que compõem esse novo cenário. Trabalhar em equipe, com responsabilidade sobre o cuidado, promoção e vigilância em saúde das famílias de uma área adscrita, com metas de produção fixadas, são algumas das novas exigências, feitas aos trabalhadores do PSF<sup>123</sup>.

Na Política Nacional de Atenção, de 2006, que serve como guia para Prefeitura Municipal de Vitória, são definidas como atribuições específicas dos profissionais de enfermagem:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF <sup>25</sup> (p.44-45).

Segundo essa proposta a inserção dos trabalhadores da enfermagem foi ampliada em relação ao modelo anterior e abarca um espectro mais amplo de ações: gerenciais, educativas e clínicas, voltadas para os outros trabalhadores, para a comunidade e para os indivíduos, sendo realizadas nas unidades de saúde, nos territórios e nos domicílios. Destaca-se, diante disso, que a ênfase da atuação e da assistência prestada pela enfermagem não se restringe aos procedimentos técnicos, mas se apóia também nas relações inter e intra-equipes, bem como com a comunidade <sup>124</sup>.

## **5.2- A atividade das enfermeiras: aproximações e distanciamentos.**

Como os trabalhadores de enfermagem estão lidando com essa nova inserção nos serviços? Como vêm articulando essas atribuições? As novas práticas estão contribuindo para a transformação do modelo assistencial, conforme posposto? Essas são algumas das questões que nos inquietam nesse trabalho.

### **5.2.1. Entre Gêneros, Patrimônios e Protocolos**

A história da profissão de enfermagem, apresentada sucintamente anteriormente, nos auxilia no entendimento dos saberes e fazeres destes trabalhadores. A duração temporal da profissão permitiu aos trabalhadores construir um patrimônio de saberes, alimentarem o gênero profissional com diversos elementos que, mesmo diante de novas inserções profissionais, dão instrumentos teóricos e técnicos aos trabalhadores para realizarem as atividades para as quais foram designados. A existência de protocolos definidos, ainda que sempre apresentem uma defasagem diante do real, mesmo diante do “vazio de normas” recorrente, garante um terreno minimamente seguro para atuarem.

Ao perguntarmos à ENF1 quais as instruções ela daria para um suposto sócia que iria substituí-la ela explicitou a importância de se basear nos protocolos para agir.

**ENF1: Bem, primeiramente, trabalhar e em seguida tentar seguir ao máximo o que está nos protocolos, que é o que eu faço, o que cabe ao enfermeiro dentro dos protocolos da prefeitura, quando eu cheguei na unidade, eu nunca tinha trabalhado em estratégia de saúde da família, então o que eu fiz, o que está no protocolo pra eu seguir aquilo e tentar fazer da minha maneira. Então primeiramente eu diria isso: você vai fazer o que está formalizado para que o enfermeiro faça, basicamente isso. Agora pra fazer do meu jeito eu acho que teria que ter alguém me observando pra fazer o que eu faço. Eu faço, eu tento fazer da forma mais correta possível, fazer de forma exigente, conduzir a equipe. Primeiramente, para conduzir a equipe exige um pouco de, não de dureza, mas de uma disciplina, mas... mais disciplina nesse sentido do que nas outras questões.**

Ao menos três pontos se destacam neste fragmento da conversa de instrução ao sócia realizada com a ENF1. O primeiro, como mencionado anteriormente, é a importância de se seguir o protocolo em situações que a atividade é estranha ao trabalhador, como no caso de um sócia eventual. Esse aspecto nos chama a atenção para a importância que os protocolos e as prescrições possuem como suporte para os trabalhadores. Apesar de toda crítica à prescrição rígida, àquela que aprisiona e tenta cristalizar e delimitar as ações dos trabalhadores, o protocolo possui uma função importante de subsidiar a prática, de servir como uma norma antecedente formalizada e minimamente compartilhada que não deixa os trabalhadores num contexto de incerteza absoluto.

O segundo aspecto reforça essa concepção quando destaca a importância desses instrumentos diante da ausência de uma formação para atuar no PSF. A existência de protocolos legitimados e recomendados pela gestão municipal e pelo Ministério da Saúde garante aos trabalhadores um “ponto de partida”, um “porto seguro” onde “ancorar” suas práticas diante das hesitações e imprecisões emergentes aos serviços de saúde.

Como nos mostra Jobert <sup>70</sup>, a insuficiência dos protocolos e prescrições, diante das variabilidades do meio, aponta para sua defasagem constante, para necessidade do aprimoramento recorrente das normalizações racionais para lidar com os acontecimentos sempre singulares. Não obstante, esse autor afirma a importância destas normalizações e destaca os riscos de sua ausência para a saúde dos trabalhadores, bem como da obrigação do cumprimento cego destas normas, do seguimento rígido das prescrições independentemente da situação, dos diferentes vetores que compõem a

relação entre o trabalhador e o meio em questão. Clot <sup>63</sup> (p.95) nos chama atenção para o trabalho investido nas prescrições e protocolos, “a prescrição não é o contrário do trabalho; ela é o resultado de outras atividades, o resultado ‘esfriado’ das atividades de gestão e concepção”, ou seja, a prescrição e os protocolos ao se tornarem instrumentos atemporais e impessoais, exigem a atualização constante dos trabalhadores para uma utilização eficiente.

A ENF2 ao comentar essa fala reafirma a importância dos protocolos para guiar a prática dos profissionais, mas ressalta a limitação e fragilidade deste direcionamento, uma vez que da/na própria atividade emerge a imposição de subverter a prescrição. Tal imposição, muitas vezes, surge como requisito *sine qua non* para realização do trabalho. No caso do setor saúde, a **resolutividade**, tão difundida e ressaltada, depende destas constantes micro-gestões do cotidiano, da gestão das disfunções, da gestão do singular. É preciso gerir o ineditismo das situações de trabalho para conseguir trabalhar e ser resolutivo.

**ENF2: Isso que ela falou, acho que nós duas temos isso em comum, tanto eu, quanto ela, acho, nunca tinha trabalhado com PSF, estratégia da saúde da família, então pra mim foi uma coisa completamente nova e você seguir os protocolos pelo menos isso te dá um caminho, isso te dá uma direção, te dá um caminho pra você começar a seguir, também, infelizmente, às vezes você é imposta pra burlar esses protocolos e às vezes vai tentar resolver a coisa, você tem que achar um caminho paralelo... claro que existe protocolo e existe legislação, às vezes a gente tenta ver o caminho paralelo ao protocolo sem burlar a legislação, que seria o caso fundamental.**

O terceiro ponto explicita o paradoxo da atividade, ao mesmo tempo em que os protocolos servem de apoio diante da ausência ou insuficiência de saberes para atuar segundo o modelo proposto pelo PSF, a ENF1 destaca o uso singular do protocolo e a necessidade de apropriação e renormalização dos protocolos a partir de uma negociação de normas, valores e a configuração dos condicionantes do contexto real. A ENF2, mesmo corroborando com a importância dos mesmos, indica a necessidade de burlá-los sob o risco de não conseguir realizar o trabalho. É importante ressaltar a noção de imposição e não opção no uso deste “caminho paralelo”. Essa fala nos chama a atenção de uma dimensão muitas vezes negligenciada da atividade, a de gerir os riscos entre corromper a norma ou não cumprir a tarefa. E ressalta que só por meio dessas “subversões produtivas”, dessas “desobediências eficientes” o trabalho pode ser realizado <sup>59,125</sup>. Ainda que esta seja uma ação descoberta, sem aval institucional. Essa

gestão “descoberta”, das desobediências, subversões e burlas, mesmo que imposta, muitas vezes submete os trabalhadores ao drama de se situar na fronteira entre o legal e o ético, entre o certo e o justo.

É importante ressaltar esse aspecto da atividade de trabalho, e neste caso especificamente, da atividade das enfermeiras do PSF. A negociação entre as normas – formais e informais – e as variabilidades co-emergentes à atividade não é inocente, não se dá ao acaso. Como aponta Schwartz <sup>126</sup>, a atividade sempre acontece em meio a uma negociação dramática, em um embate entre os usos de si, por si e pelos outros. É preciso avaliar, por em debate as regras, prescrições, protocolos, valores, saberes e expectativas pessoais e dos demais trabalhadores, desejos e necessidades dos usuários: por em atividade.

Os trabalhadores buscam no repertório normativo subsídios para realizarem a atividade de acordo com a situação vivida. Como propõe Clot <sup>63</sup>, a atividade situada é triplamente dirigida: pelo comportamento do trabalhador, para o objeto do trabalho e aos outros, às atividades dos outros. No caso da saúde esse aspecto ganha um agravante, porque em diversos momentos o “objeto” ao que seu trabalho é dirigido é outro ser humano, com desejos, angustias, expectativas e necessidades. Na saúde, esse “objeto” complexo está inserido numa rede social que o condiciona.

**PESQ: Quando chega alguém que não está em um desses três protocolos? Um adulto, um homem, que é um jovem de 25 anos que chega aqui ou você vai na casa?**

**ENF1: É aí, ele também é atendido, só que, como por exemplo, hipertenso, não existe o protocolo de saúde do adulto que entraria, no caso hipertenso, diabético, então a gente se baseia pelos protocolos do Ministério da Saúde. Nos protocolos do Ministério da Saúde, também tem todo o cronograma de atendimento médico, de enfermeiro, como são feita as consultas, os exames os acompanhamentos, então eu procuro me basear nesses protocolos.**

**PESQ: Quando aparece alguém que escapa totalmente.**

**ENF1: Que não está?**

**PESQ: É, por exemplo, um jovem, sexo masculino, 25 anos, que chega aqui por uma demanda...**

**ENF1: Eu me baseio, primeiramente pela queixa dele e, segundo, os riscos, os riscos que ele está envolvido, aí eu direciono meu atendimento, por exemplo, um jovem de 25 anos, como você falou, tem vida sexual ativa, aí eu vou saber, onde que ele mora mais ou menos, para eu oferecer um exame para ele, VDRL, HIV, depende da história da pessoa, mas o que eu analiso são os riscos, primeiramente a queixa dele e em segundo lugar o risco, os riscos que ele está exposto ou inserido pra eu poder direcionar o atendimento.**

Podemos notar neste fragmento dois movimentos interessantes na atividade relatada pela ENF1. Quando questionada sobre um usuário que não se enquadra no público cotidiano do PSF ela tenta, num primeiro movimento, enquadrá-lo em alguns dos protocolos existentes, na ausência de um específico para saúde do adulto ela acaba recorrendo aos protocolos do Ministério da Saúde para enfermidades específicas, como hipertensão e diabetes.

Quando diante da possibilidade de um usuário que escaparia a esses protocolos ela, imediatamente, nos apresenta uma série de propostas de ação, escolhidas em seu repertório. É importante destacar que essas ações são as ações que venceram<sup>63</sup> a negociação dentre um conjunto de possibilidades concorrentes, em meio às diversas normas e valores postos em debate. A emergência de práticas vinculadas ao modelo biomédico, como ação queixa-conduta e a oferta de exames laboratoriais, junto à escuta da queixa e do levantamento dos riscos mostra o caráter híbrido destas práticas.

Essa questão, para além de ser uma escolha ou opção individual de um trabalhador específico aponta para força do modelo biomédico na definição das ações a serem tomadas diante de situações imprevisíveis. Nas negociações que configuram a atividade, nos debates co-emergentes às práticas, as normas e valores que conformam o modelo biomédico sobrepõem-se e conduzem as ações de enfermagem, as expectativas dos usuários e a própria organização do serviço.

**ENF1:** Eu acho que a forma que eu tenho que fazer ele não está no protocolo nem em nenhum outro lugar, mas se você pensar um pouquinho levando pra aquele lado dos princípios e diretrizes do SUS, sem utopia, você vai acabar conseguindo desenvolver formas, se você levar um pouquinho em conta esses princípios. Porque, por exemplo, se você atende um hipertenso, mas antes de atender ou durante o atendimento você fizer uma análise das condições econômicas dele, o tamanho do grupo familiar que ele está exposto, você vai criar uma maneira particular de atender aquele hipertenso.

**PESQ:** Isso é difícil?

**ENF1:** Não é difícil, mas exige uma dedicação maior e naquele início quando eu disse que tratar uma pessoa diferente, como se fosse uma pessoa da família, estreitar o vínculo é nesse sentido, de você trazer a pessoa pra confiar mais em você, dá importância pra essa pessoa pra ela dar abertura pra você conhecer como é a vida dela, além daquele momento, porque querendo ou não, mesmo sendo enfermeira, mesmo tendo a linguagem mais acessível, tendo um contato maior, é difícil a pessoa está aqui atrás, do outro lado da mesa, de branco falando faça isso, faça aquilo, toma remédio, compra isso, compra aquilo, então se você não levar em consideração esses “pormenores”, você não consegue aquele jeitinho, eu acho que uma das formas seria essa, você aproveitar esse vínculo pra conhecer mais a pessoa e é uma forma...



**PESQ:** Você falou de um “jeitinho”, esse “jeitinho” seria o que?

**ENF1:** É isso, é você conhecer mais os hábitos de vida daquela pessoa para direcionar o atendimento que ajuda bastante.

**PESQ:** Você se baseia nesse protocolo, mas o atendimento tem que ver na hora mesmo.

**ENF1:** Cada usuário tem uma particularidade que você tem que explorar, pra conseguir uma maior adesão, pra conseguir um resultado melhor.

O que esse fragmento nos indica é a transição de modelo encarnada. A trabalhadora aponta para práticas em sintonia com a proposta do SUS e do PSF, tais como: a importância de se aproximar da realidade dos usuários, do mérito de se fazer uma análise das condições sócio-econômicas, de se conhecer os hábitos de vida, de considerar cada atendimento como singular. Ela relata a dedicação que esse tipo de postura exige, mas também a importância de conseguir abarcar todos esses “pormenores” para conseguir direcionar o atendimento para garantir um melhor resultado. No entanto, apesar de todas essas considerações, todos esses elementos ainda são importantes para direcionar o atendimento individual, para garantir um melhor resultado no tratamento do sujeito doente.

Ainda que não tenhamos elementos suficientes diante da metodologia utilizada, principalmente devido ao número restrito de trabalhadores entrevistados por categoria profissional, para fazer afirmações acerca do gênero profissional, vale ressaltar os indícios de um gênero profissional da enfermagem fortemente marcado pelo modelo biomédico, não obstante a proposição de transformação do SUS e do PSF. Esse aspecto é reforçado no diálogo estabelecido entre as enfermeiras na fase da auto-confrontação cruzada, quando debateram essa passagem.

**ENF2:** Você fala do risco?

**ENF1:** Social...

**ENF2:** Social, vulnerabilidade social de saúde e aí através da... você acaba tentando fazer a prevenção de acordo com o que ele fala.

**ENF1:** E aproveitar o momento que é uma pessoa que raramente está aqui, se caiu aqui pelo menos eu aproveito.

**ENF2:** Minimamente, se for mulher você aproveita pra perguntar se está com o preventivo em dia, não está, então vamos fazer, vamos marcar. Porque não dá pra todo mundo, fazer de todo mundo e fazer realmente aquela educação em saúde com todo mundo, então acaba que a gente prioriza certos grupos e essas pessoas que não estão inseridas no grupo você tem que minimamente fazer uma prevenção, uma educação em saúde na hora da consulta, na hora da demanda, é esse tipo de coisa, perguntar se tem vida sexual ativa, se tem filhos, se quer engravidar, se fez preventivo, se fuma, se bebe,

como é a alimentação e de repente mais informações, mais folder, esses folders que a prefeitura tem, então assim, não tem como você realmente...

**PESQ:** Pelo o que vocês falam geralmente são mulheres que vêm...

**ENF2:** Geralmente são, os homens só quando eles estão realmente passando mal.

**ENF1:** Ou quando querem atestado.

**ENF2:** Ou quando querem atestado médico pra trabalho.

Uma vez que o gênero profissional do coletivo de trabalho orienta a ação dos trabalhadores<sup>63</sup>, sobretudo, quando os trabalhadores se deparam com as infidelidades e os imprevistos do meio de trabalho, essa opção por procedimentos referentes à clínica individual, centrada na doença, pode indicar a fragilidade do gênero profissional diante das exigências e expectativas do modelo proposto.

No diálogo acima, ainda que estivessem discutindo o caso de um usuário que escapava aos focos das ações prioritárias do PSF, a saber: criança, gestante, idoso, hipertenso e diabético, a discussão acaba recaindo sobre um usuário mais freqüente, no caso, uma mulher. Mesmo que estivessem partindo da análise dos riscos sociais, da “vulnerabilidade social de saúde”, as orientações ficam restritas aos comportamentos vinculados à dimensão individual, tais como: vida sexual do usuário, tabagismo, etilismo, alimentação, etc. Essa ancoragem a um usuário rotineiro traz como referência algumas ofertas de serviços quase automáticas, como o preventivo, ações de prevenção e educação em saúde baseada em informações quase que padronizadas e, em geral, prescritivas, que pouco discutem as condições de vida ou a organização da família/rede social em que o usuário está inserido, aspecto fundamental para o PSF.

Essa crítica não pode desconsiderar a situação em que esse usuário chega aos serviços de saúde. Neste caso em especial, estamos falando de um usuário sem vínculo com a unidade e com os trabalhadores, um usuário que só entra em contato com os serviços por via da demanda espontânea, e por isso limita algumas ações preconizadas pelo PSF, baseadas no vínculo e na relação recorrente com os usuários e num território que não se restringe ao espaço da unidade. É um desafio lidar com esse usuário que não “entendeu o PSF”, principalmente estabelecer o vínculo, relação que garantiria o retorno deste à unidade para ações de prevenção e promoção.

**ENF2:** - Hoje falando de puericultura, que é difícil elas virem mesmo, hoje aconteceu algo inédito. Foi setembro de 2007 que a gente entrou, hoje foi a primeira vez que as cinco pacientes que estavam marcadas para fazer preventivo vieram, primeira vez que vieram as cinco que estavam agendadas, então eu não sei se é a comunidade, eles têm muito essa cultura de só vir aqui quando está passando mal. Eles não têm esse costume de fazer um

acompanhamento tanto de puericultura, quanto pré-natal. Pré-natal elas até vem mais, porque estão um pouco mais preocupadas... preventivo?

- Fiz quatro anos atrás, cinco anos atrás, não sei nem quanto tempo faz que eu fiz.

Então aqui eu vejo que eles têm muito essa coisa de vir só quando está passando mal, às vezes fica difícil de você criar um vínculo com eles, você tenta na demanda, falar, explicar tudo direitinho, tem que agendar uma consulta e tal, mas é meio difícil, às vezes a gente consegue criar uma coisa legal, pode ver que são sempre as mesmas pessoas quem vem. Dificuldade de vínculo com a população devido a cultura de só aparecer em crise.

No entanto, a forma de abordagem a esse usuário que se relaciona com os serviços a partir de uma perspectiva fundada no modelo médico-assistencial privatista, ao reproduzir as práticas desse modelo, reforça o tipo de relação que se propõe superar. É interessante notar que as normas e valores desse modelo permanecem espalhados, balizando e atravessando as práticas e valores dos trabalhadores e usuários das Unidades de Saúde Básica, da recepção ao consultório médico, da avaliação inicial à visita domiciliar.

### **5.2.2. Quando o fluxo vira exceção: a produção, reprodução e os efeitos das práticas que se pretende superar.**

Como as próprias enfermeiras chamam atenção, o funcionamento da unidade guiado pela demanda espontânea dificulta a transformação da organização dos serviços e dos processos de trabalho. Ao mesmo tempo, mantém justamente a relação que se pretende mudar com a comunidade, produzindo e reproduzindo a demanda espontânea e ressaltando a impossibilidade de se dar conta desta demanda crescente.

**ENF1:** Essa avaliação inicial existe também no protocolo de acolhimento. O que está no protocolo? O usuário chegou, teve a queixa, é avaliado pelo auxiliar e de acordo com a queixa ele vai ser direcionado para o agendamento de consulta, para o médico, para o enfermeiro, para o assistente social de acordo com a necessidade, mas isso não existe, até onde eu sei, aqui a pessoa chega com uma queixa, mesmo que não seja de urgência ele é passado para o atendimento, esse protocolo não é seguido, basicamente não é seguido.

**PESQ:** E aí qual que é o efeito pro seu trabalho?

**ENF1:** Primeiramente eu acho que atrapalha a educação dos usuários, no sentido de: o que é a estratégia da saúde da família? Como funciona? Por quê? Porque se ele chega com problema que não é urgência e ele é atendido ele pega isso como rotina, ele deixa de vir nos programas, nas reuniões educativas, deixa de trazer a criança na puericultura, porque ele sabe se ele chegar qualquer dia ele vai ser atendido, então a principal consequência eu acho que é nesse sentido, de atrapalhar e para o serviço eu acho que é a desorganização mesmo, eu acho que a demanda é o que todo mundo reclama, os médicos reclamam, enfermeiro reclama, porque você não consegue dar conta. É muita gente!

Este fragmento aponta para pelo menos três aspectos que viemos discutindo nas últimas passagens, mas com novas nuances. O primeiro deles é relativo ao uso do protocolo de acolhimento pelo auxiliar de enfermagem. Em diversas discussões que realizamos junto aos trabalhadores esta avaliação inicial era relatada como um nó crítico na unidade e, devido ao contato que tivemos com outras unidades, podemos afirmar que esta questão não se restringe apenas a ela.

É importante destacar alguns aspectos desta questão: o protocolo não dá segurança aos auxiliares de enfermagem para essa avaliação, esses trabalhadores não passam por uma formação específica para desempenhar tal função, não há na unidade uma discussão coletiva sobre os critérios que guiam a avaliação inicial. Desta forma não há elementos que os sustentem no contato face a face com os usuários que, em geral, buscam o atendimento imediato, pelas mais diferentes causas e com os mais diferentes ânimos. Essa fragilidade do protocolo e de discussões coletivas para aperfeiçoá-lo traz, como foi destacado, consequências ao trabalho de todos da unidade. Vale ressaltar que uma das participantes da pesquisa foi uma auxiliar de enfermagem que fazia exatamente essa função e que após a primeira fase de entrevistas (instruções ao sócio) pediu afastamento da unidade por ter sido ameaçada por um usuário exatamente por este não concordar com a avaliação inicial. Diante disso, os trabalhadores responsáveis por essa avaliação acabam tentando “passar” todos os usuários que chegam na “demanda espontânea” às consultas.

O segundo aspecto diz respeito à interdependência dos trabalhos em saúde, pautado pela lógica deste modelo. Não podemos negar que o trabalho em saúde é potencialmente coletivo e, portanto, exige a conformação por equipe multiprofissional. No entanto, quando o SUS propõe o princípio da integralidade esta deixa de ser uma exigência potencial e passar a ser um direito, com isso, o trabalho deve investir na dimensão coletiva sob o risco de não realizar a inflexão do modelo. A questão relativa à avaliação inicial nos indica que ela não se restringe aos auxiliares de enfermagem, mas a todos que ali habitam, usuários, trabalhadores e gestores. Pensar em ações de prevenção e promoção, ações educativas, exige uma mudança nos modos de gerir e organizar a unidade, em modos coletivos de fazê-lo, sem jeitinho.

**ENF2: Não consegue dar conta na verdade e isso está sendo um stress, o maior stress que a gente está tendo aqui é a demanda. É muito fácil, é muito fácil está passando mal pego minha receitinha e vou embora, não tem como agendar consulta, então começa a ficar muito fácil. Tem a pediatra... vem na consulta com a pediatra e depois vai embora, é fácil**

entendeu. As coisas aqui estão muito fáceis, então acho que tem que mudar um pouquinho, criar uma certa rotina e criar o fluxo, fluxo sem dá um jeitinho, porque senão acaba... o fluxo vira exceção. Quem chega aqui, faz e acontece, consulta logo, e pronto e acabou.

O terceiro aspecto, apontado pelas duas enfermeiras se refere à própria produção da demanda espontânea. O PSF tem como intuito contribuir para a mudança do modelo assistencial, modelo este que vigorou nas décadas anteriores à proposição do SUS e sob o qual grande parte da população que hoje usa os serviços foi criada. Assim, a mudança precisa ser orquestrada, qualquer brecha faz com que o processo desande, desafine. A manutenção das práticas pelos trabalhadores da unidade contribui para a manutenção e intensificação dos modos de se relacionar dos usuários com os serviços, ainda predominantemente pautados pelo modelo biomédico. Esse aspecto dificulta sobremaneira o trabalho nas Unidades Básicas de Saúde do PSF, ampliando o fosso entre o preconizado e o possível, entre o prescrito e o real, e com isso aumentando o desgaste e desânimo dos trabalhadores.

Essa “desorganização” dos serviços, mencionada pela ENF1 aponta para a incompatibilidade entre os modelos, e por isso, a importância de certa radicalidade na organização destes “fluxos e rotinas”, destacados pela ENF2. Estes não podem ser cristalizados, devem garantir uma margem de segurança para lidar com as variabilidades do meio, mas que não pode se sujeitar aos jeitinhos ou costumes.

### **5.2.3. Sob os limites dos protocolos: algumas dimensões imprescritíveis do trabalho da enfermagem no PSF.**

**PESQ:** Como é essa condução? Aliás, vou fazer duas perguntas, antes você falou que teria que seguir o protocolo, foi o que você fez quando chegou, mas depois você aprendeu o protocolo pra poder fazer do seu jeito, a sua maneira, que maneira é essa?

**ENF1:** Ah sim, peculiaridade, bom na verdade eu não aprendi o protocolo, eu ainda estou aprendendo muita coisa. Como eu disse para você, eu nunca trabalhei na saúde da família, eu me baseei nele, ainda me baseio nele, agora o meu jeito de fazer, eu acho que eu uso muito a organização e uso muito a informação para os usuários e tento estreitar muito a relação com eles no sentido não só de acolher, mas no sentido de tratar bem mesmo, de tratar como se fosse uma pessoa da minha família, uma pessoa do dia-a-dia, então esse é um recurso que uso pra trazer as pessoas até aqui, pra fazer as pessoas confiarem em mim, pra fazer as pessoas aderirem à estratégia de saúde da família. Por exemplo: a Puericultura. É muito difícil trazer uma mãe para as consultas de

**puericultura quando a criança não está com problema de saúde, então existe um protocolo da prefeitura que pede que essa criança tenha visita domiciliar em sete dias de nascido, tenha uma consulta médica até os dez dias, uma consulta no primeiro mês, no segundo, no quarto, no sexto, então é difícil você trazer essa mãe aqui, todas essas vezes, sem essa mãe estar doente, então, qual recurso que eu uso? Na visita eu explico como vai ser, a importância dela trazer essa criança aqui e já na primeira consulta eu mostro pra ela, informo porque ela está ali e porque é importante ela estar ali e tudo que eu faço eu sempre mostro porque que eu estou fazendo, como por exemplo, se eu pego o peso e jogo no gráfico eu mostro pra ela qual a importância de jogar o peso no gráfico, porque eu peso essa criança e jogo naquele pontinho, por que tem aquela linha verde no gráfico de peso, o que significa aquilo, qual a importância, eu perco um tempo maior, mas ela sabe por que ela está ali e ela sabe o que eu estou fazendo.**

Apesar da existência dos protocolos, existe no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família uma exigência prescrita, mas que o “como fazer” não cabe em prescrições. Exigência que demanda, para além das técnicas, a mobilização afetiva dos trabalhadores, a saber: o vínculo e o acolhimento. Essas duas exigências prescritas dizem respeito a um saber se relacionar com os usuários que escapa a regras e formalizações. Se quisermos nos referir à nomenclatura proposta por Merhy<sup>127</sup>, a uma tecnologia leve<sup>3</sup>, extremamente complexa, que pode ser desenvolvida, mas dificilmente poderá ser formalizada em normas rígidas e inflexíveis, uma vez que é imanente aos encontros entre trabalhadores e usuários. Nasce na fusão das demandas necessidades e desejos colocados na mesa de negociação que constitui o trabalho em saúde.

Essa prescrição não se dá sem motivo. Como propõe a ENF1, a aderência à estratégia saúde da família é dependente da construção do vínculo, do estabelecimento de uma relação de confiança, em todos os momentos e em qualquer procedimento. Até mesmo no seguimento aos protocolos mais formais, essa dimensão relacional do trabalho em saúde deve ser potencializada.

Como mencionamos anteriormente, a atenção básica encontra-se num período de transição em que convivem modelos concorrentes, mais que isso, modelos incompatíveis. Um modelo que ainda é hegemônico nas crenças, nos corpos e nas práticas de usuários, trabalhadores e gestores, e outro em construção, portanto, o desafio não é simples. Somente a partir dessa aderência é possível vislumbrar alguma transformação mais efetiva do modelo assistencial, apenas a partir da construção de

---

<sup>3</sup> Merhy propõe a classificação de tecnologia leve as “tecnologias de relações tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”. (2002, p.121)

vínculos de confiança os usuários se disporão a experimentar novas propostas de encaminhamentos terapêuticos.

É importante frisar que estamos falando de um modelo sobre o qual as pessoas estão habituadas e que em casos em que se tenha o acesso aos tratamentos garantidos é bastante eficaz no nível individual, apesar de pouco eficiente no nível coletivo.

Diversos são os subterfúgios para tentar garantir a construção do vínculo. Uma das estratégias citadas é explicar com detalhes aos usuários os procedimentos realizados, os resultados de exames, o motivo dos medicamentos, etc. Outra estratégia relatada é a linguagem utilizada, que facilita a relação com alguns usuários.

**PESQ:** Ela me falou mais ou menos uma estratégia que ela usa pra tentar criar esse vínculo, ela falou que explica direitinho .

**ENF2:** Explicar direitinho, mostrar. Igual quando pede um ultra-som.

- Você leu o ultra- som, você entendeu?

- Ah não entendi nada não.

Você pega lê junto, o que está dizendo, isso é legal e outra coisa que eu tento fazer é usar a mesma linguagem.

**PESQ:** Como assim?

**ENF2:** Sou eu e a médica da equipe, eu sou a mais nova, tenho 26 anos, então assim, eu tenho percebido que ultimamente eu tenho feito muito preventivo das adolescentes, elas têm me procurado muito.

**PESQ:** Você fala na linguagem delas?

**ENF2:** Falo na mesma linguagem delas, se eu estou com uma pessoa mais idosa, eu tento às vezes falar, não usar tanto termo técnico, tanto esse tipo de coisa assim, mas às vezes eu tento buscar alguma coisa: de onde você é? Você é do interior? Então você busca uma certa informação quando você conversar daquilo, eu tento fazer isso pra criar alguma coisa quando aquela pessoa voltar, porque às vezes vem uma vez não volta nunca mais .

Essa forma de produção de vínculo, essa tecnologia leve de produção de saúde é destacada por Teixeira<sup>33</sup> como a própria substância do trabalho em saúde. Esse autor propõe que as técnicas de conversar são técnicas de produção de relação e, portanto, técnicas de produção de saúde. As enfermeiras apontam o uso deliberado de algumas estratégias no interagir com os usuários: explicam mais detalhadamente um determinado procedimento, buscam informações pessoais para manter um diálogo numa dimensão mais familiar ou utilizam uma linguagem compatível com a faixa etária dos usuários. Ainda que a ENF2 se refira, em um primeiro momento, a uma facilidade pela proximidade etária com algumas usuárias, logo em seguida ela demonstra que o modo

de conversar é um recurso técnico do trabalho, importante para a construção do vínculo e prosseguimento do tratamento.

Tratamento e relação que não se limitam ao espaço das unidades, uma vez que a visita domiciliar é uma das atribuições dos profissionais de enfermagem no PSF e exige dos profissionais um cuidado maior na construção e manutenção do vínculo.

#### **5.2.4. Na casa do usuário: os riscos e benefícios da proximidade.**

**ENF1:** Geralmente as pessoas elas são muito receptivas, a primeira dica que eu daria pro meu substituto seria a mesma que eu uso aqui, tentar ser a pessoa mais simples do mundo pra facilitar essa entrada na casa, porque quando você entra na casa, você consegue observar e você tem, é o fechamento do diagnóstico, desde hábitos de higiene, as condições de saneamento, alimentação da pessoa, quantidade de membros da família, ali de tudo isso aí que você observar, é que você vai poder direcionar suas orientações, cuidado, tudo isso, então primeiramente é você aceitar as condições da pessoa e não deixar transparecer as observações que você faz, por exemplo, você chega em uma casa que está cheia de lixo, que é muito comum aqui, eu chego nessa casa cheia de lixo, eu sento, converso, se tiver uma criança suja, imunda, pelada se eu for examinar a criança, eu pego nessa criança, então assim, essa questão já é um pouco pessoal, mas eu acho que isso favorece, se a pessoa aceitar melhor as suas orientações, se eu demonstrar que eu tenho nojo, se eu demonstrar que reprovoo aquele monte de lixo na casa dela, mas sua criança está pelada, cadê o chinelo? Ela nunca mais vai abrir a porta pra mim, então eu tento na primeira abordagem perceber o ambiente pra depois tentar fazer as interferências, na verdade eu considero até hoje que eu ainda não fiz assim, nenhuma interferência, porque eu acho que eu ainda estou na fase de identificação, têm várias pessoas que têm condições, até de higiene que eu queria muito interferir, mas eu acho que ainda não é o momento.

**PESQ:** Você está há quanto tempo?

**ENF1:** Faz um ano, já tenho até um vínculo com ela, mas acho que se eu chegar na casa dela e falar assim: vamos dá uma arrumada, vamos tirar tal coisa. Ainda nesse momento ela não vai aceitar de uma forma positiva.

**PESQ:** Qual você acha que é o sinal, que você vai falar, agora posso? Você tem uma idéia?

**ENF1:** Não é um sinal, eu acho que é aproximação, por exemplo, quantas visitas que eu já fiz na casa dela? Uma? Só fiz uma visita, se eu tivesse visitando mais eu já teria essa abertura, mas eu não fui lá várias vezes que me desse essa, mas ela vem aqui várias vezes, eu já tenho esse contato com ela, mas de estar lá dentro da casa dela, eu fui uma vez, como que com uma visita eu vou falar que ela tem que fazer isso, então eu acredito que seja isso.



A visita domiciliar, a entrada na casa dos usuários, é relatada como tendo potencial para fornecer informações determinantes para o “fechamento do diagnóstico”. Mais que isso, ela permite às enfermeiras o acesso a diversos elementos, impossíveis de obter de outra maneira, não apenas para o diagnóstico, mas também fornece subsídios para as ações de cuidado que somente poderiam se obtidos *in loco*. Egry e Fonseca <sup>128</sup> afirmam que a visita domiciliar não pode ser substituída pela assistência realizada na unidade de saúde, uma vez que neste espaço as condições precárias de vida da população e os determinantes sociais do processo saúde-doença não têm a mesma visibilidade.

Ao entrar na casa o trabalhador tem a possibilidade de compreender o usuário de forma situada, a partir da análise do contexto em que está inserido, suas condições de vida e suas redes sociais, seus hábitos e suas relações familiares. Como ressaltam Giacomozzi e Lacerda <sup>114</sup>, a assistência domiciliar visa transpor as práticas de saúde institucionalizadas permitindo a aproximação dos trabalhadores à realidade de vida dos usuários. Para além das condições físicas dos espaços em que vivem, ao adentrarem esse espaço os trabalhadores devem considerar as interações e relações dos sujeitos entre si e com a comunidade, bem como permite ponderar o contexto domiciliar das famílias as quais presta assistência.

A incorporação do atendimento domiciliar à saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, quando o espaço-domicílio das famílias e comunidades passam a ser considerados e, assim, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para a ESF (p.647).

Assim, a assistência domiciliar não pode ser restringida a um indivíduo entendido apenas como residente de uma determinada casa e a quem se deve dar algumas orientações sobre higiene e alimentação, ou mesmo realizar alguns procedimentos. A assistência domiciliar no PSF, e com isso a visita domiciliar, deve ser voltada para a família em que o usuário está inserido, sendo entendido seu contexto sócio-econômico e cultural. As orientações e intervenções não podem se limitar ao usuário independente deste contexto situacional e relacional. Como expõe a ENF1 esse contexto deve ser determinante para guiar as orientações e o cuidado.

No entanto, essa proximidade com o cotidiano vivido pelos usuários, a inserção nos seus espaços, ao mesmo tempo em que permite um olhar mais preciso das condições e

relações de vida, pode ser entendido como intromissão. Permite acentuar a construção do vínculo ou pode destruí-lo rapidamente. Com isso, os trabalhadores devem negociar e avaliar suas ações nesse espaço para que um comentário, uma postura ou um comportamento não impeça ou inviabilize a relação com os usuários e/ou com sua família.

A ENF1 relata algumas variáveis que tornam mais complexa essa negociação. A distinção de condição social dos trabalhadores de enfermagem e da população da unidade os põe, diversas vezes, diante de situações distantes do seu cotidiano de vida. Segundo essa enfermeira umas das maneiras de não colocar a relação em risco é aceitar as condições de vida do outro, não demonstrar nenhuma estranheza às situações encontradas no momento das visitas. Reprovação, aversão, constrangimento, desconforto, ou qualquer outra reação de censura dificulta ou prejudica a construção/manutenção do vínculo e com isso as ações de saúde.

Essa situação faz com que os trabalhadores fiquem numa posição paradoxal em que devem orientar em relação a alguns comportamentos e hábitos, mas sem demonstrar, num primeiro momento, reprovação sobre esses mesmos comportamentos e hábitos. Segundo essa trabalhadora esse paradoxo exige a construção de uma relação de confiança a partir de encontros recorrentes, em que se pese a distinção ressaltada entre os encontros na unidade e na residência do usuário.

**ENF2: Muito lixo! Tinha casa que eles faziam compras não tinha geladeira, tinha que pendurar, pendurava as sacolas das compras em cima, pro rato não pegar, aí fazia curativo com o ratinho olhando pra mim... já fiz...complicado e querendo ou não a partir do momento que você... o legal da visita é que você entra na casa da pessoa, a partir do momento que você está ali, você quebra um pouco desse:**

**- ah ela é enfermeira do posto e eu sou pobre mortal que mora aqui.**

**Então acho que você facilita um pouco do vínculo, a partir do momento que você vai na casa da pessoa, que você senta no sofá, que você toma um golinho que seja de café, minimamente às vezes, sem fazer cara feia, nem nada, parece que você está mais junto, mais perto e aí você fortalecendo bem mais o vínculo.**

Apesar de toda diferença social e das condições precárias de vida da população atendida pelos trabalhadores da referida unidade, eles destacam a visita domiciliar como uma forma de assistência potente para a construção de vínculo. No entanto, essa construção não passa apenas por normas e valores referentes aos conhecimentos técnico-científicos da profissão de enfermagem, mas por um “saber lidar”, uma tecnologia leve essencial para a construção dessa relação. Diz respeito às formas de agir e abordar, da maneira de

entrar e se portar nas casas dos usuários, do que é dito e do como é dito, do modo de olhar e reagir às situações. Essa tecnologia leve se funda na aceitação e respeito às condições de vida do outro, essa abertura à alteridade não se dá sem risco de sofrimento para o trabalhador, mas também se constitui como uma exigência para que o vínculo e o cuidado se estabeleçam.

**ENF2:** É horrível, assim, me deixa triste, não por aquela pessoa ter um lixo dentro de casa, não pelo rato, mas pelas condições de vida que aquela pessoa tem, um cômodo, dois cômodos de madeira, não tem nem banheiro, não tem nada e que ele insiste em dizer que a ferida no pé dele é porque o rato morde todo dia a noite e ele é diabético, por isso que não cicatriza, porque o rato vai lá e morde, porque ele sente o rato morder. Então você não tem muito o que falar, você vai falar o que? Não tem nem como: ah não tem geladeira então, tem que pendurar, porque senão rato entra e come e rasga sacolas, não tem banheiro dentro de casa, faço minhas necessidades ali atrás da pedra. Minha filha não mora aqui porque ela é usuária de crack, então estou ao léu. Então tem muita coisa, que está sujo, com rato, muita coisa mesmo, às vezes você não tem o que fazer: é falta de higiene? Às vezes não é falta de higiene, às vezes é a condição mesmo de vida daquela pessoa e isso é o que mais me incomoda, às vezes não é tanto o lixo e sim a condição que ela vive, às vezes você sabe que ela tem o lixo, ela tem o lixo porque ela quer o lixo, então ela cata tudo e leva pra dentro da casa dela, se ela tiver com: nossa que bonitinho, posso levar pra minha casa? Ela pega, leva pra casa e vai ficando lá, vai deixando lá, mas você pergunta: eu gosto de ter tudo dentro da minha casa. E a casa dela fica com um monte de coisa, mas de certa maneira ela faz porque ela quer, porque é idosa, se você tirar aquilo da vida dela... tadinha, ela não sabe o que ela faz da vida dela mais, os filhos já pegaram jogaram tudo fora, e ela tadinha: o que eu vou fazer da minha vida agora? E tem aquelas condições de miséria mesmo, então são coisas diferentes.

**PESQ:** Você concorda quando a ENF1 fala, por exemplo, que a reação a essa condição é determinante pra construção desse vínculo?

**ENF2:** Eu acho que se você faz cara, uma cara meio feia, enojada a pessoa percebe, a pessoa eu acho que percebe, às vezes até aqui, se você está atendendo aqui, faz uma cara meio assim, mesmo que não seja, a pessoa vai pensar e aí quebra na hora, eu acho que é importante, não é que você concorde ou discorde, eu acho que a gente não está aqui pra concordar ou discordar de nada... pra tentar fazer o melhor possível e aí eu acho que isso faz diferença, o jeito de você falar, o jeito de você pegar, segurar, acho que faz diferença.

Como dissemos em outro texto <sup>129</sup> o trabalho em saúde se funda no encontro, e a forma como nos abrimos à alteridade condiciona a forma como o serviço se produz, bem como seus efeitos para trabalhadores e usuários. O contato com o outro, nos serviços de saúde, muitas vezes escancara as mazelas sociais, a precarização da existência e as diversas formas de vulnerabilidade dos usuários, que grande parte dos trabalhadores, principalmente os com formação universitária, não tiveram contato antes de adentrar no

SUS. Soma-se a isso uma formação que pouco ou nada incorpora essa realidade à sua grade curricular, lançando nos serviços trabalhadores despreparados para esses encontros, para essas situações.

A ENF2 nos chama a atenção para o sofrimento e o risco destes encontros com os usuários em seu contexto, fora do “espaço seguro” da Unidade Básica de Saúde. Diante deste sofrimento muitos trabalhadores optam pelo fechamento a alteridade e a uma postura moralizante diante dos comportamentos e hábitos dos usuários, a partir de um padrão que ignora a realidade em que vivem esses sujeitos, “intermediando o encontro com técnicas, tecnologias e normas que aumentam a distância e diminuem o contato”<sup>129</sup> (p. 26). Perceber que todo aquele lixo, que aqueles ratos, não são resultados da falta de higiene preconizada, dói mais. Que aquela é a condição de vida daquelas pessoas e não um comportamento a ser corrigido, incomoda e entristece, faz sofrer.

Neste sentido, a visita domiciliar é uma estratégia, não só de assistência, mas de transformação das relações. A aproximação à realidade dos usuários não garante o vínculo, mas produz deslocamento, não apenas físico, mas experiencial: outra relação deve ser construída. Ela expõe e impõe ao trabalhador acessar outras dimensões da vida dos usuários, condicionantes do processo saúde e doença que não adentram o espaço da Unidade de Saúde necessariamente. Esse deslocamento fica explícito quando a ENF2 afirma que não está ali para concordar ou discordar de nada, mas para tentar fazer da melhor maneira possível, uma maneira negociada e que leve em conta as condições de vida daqueles sujeitos, o jeito de falar, tocar e olhar para aquela situação. Sem o que a relação “se quebra na hora”!

### **5.2.5. O trabalho para dentro da unidade: supervisão e gerenciamento.**

Além do trabalho de assistência junto aos usuários, nas diferentes modalidades, cabe aos enfermeiros, conforme descrito em suas atribuições realizar uma série de atividades de supervisão e gerência na unidade de saúde.

**ENF1:** É, então a coordenação da equipe gira em torno disso, você tentar fazer com que aqueles usuários sob a responsabilidade da equipe tenham minimamente acesso ao que está preconizado, visita, consulta, palestra e por aí vai.

**PESQ:** E como que eu coordeno essa equipe, por exemplo? Uma dica, como que eu faço pra coordenar, por exemplo, no seu caso, essa equipe tinha...

**ENF1:** Primeira coisa é você conhecer o território, quantas pessoas têm no território, quantas famílias, do que aquelas micro-áreas adoecem e a partir daí é o diagnóstico

**mesmo do território, quantos hipertensos você vai ter, quantos diabéticos você tem, quantas crianças de 0 a 2 anos, porque baseado nos números você vai direcionar, então como você faz isso, através dos relatórios você vai conhecer então o diagnóstico da área que você vai coordenar, feito isso você vai ter que, com a equipe, organizar a agenda de atendimento e separar por grupo, ou seja, hipertenso, diabético, criança, gestante como que você vai disponibilizar o acesso pra eles, quantas consultas você vai ter pra hipertenso, quantas você vai ter pra diabético, pra gestante.**

Como podemos ver cabe ao enfermeiro tentar garantir que os usuários cobertos pela equipe que fazem parte tenham acesso ao serviço, conforme o preconizado. No entanto, ainda que se chame a atenção à necessidade de conhecer o território, o diagnóstico espacial foca no esquadramento da morbidade daquela população, sobretudo no que se refere às enfermidades e aos grupos-alvo do PSF. Ter conhecimento desse quadro é destacado como essencial para organizar as ações da equipe. Ou seja, não obstante a proposição do PSF apontar para uma mudança do modelo assistencial, as práticas mencionadas reafirmam a centralidade na doença como matriz organizativa dos serviços.

A supervisão das ações dos ACS, atribuída aos enfermeiros, acrescenta outra dificuldade à função. Diferente da supervisão dos auxiliares que, em geral permanecem no interior da unidade, ou da supervisão no ambiente hospitalar, supervisionar os ACS exige novas estratégias e instrumentos, uma vez que estes trabalhadores realizam suas funções quase exclusivamente no território e não no interior da unidade. Essa situação é descrita como angustiante pela ENF1, exatamente pela ausência de instrumentos eficazes para garantir o controle e avaliação dos dados produzidos.

**PESQ: Pra além dessa questão da organização do serviço, você estava falando da área que tem tantos diabéticos, organizar agenda, essas coisas, essa coordenação, do trato pessoal mesmo, com as pessoas... como que você garante que as pessoas vão fazer, ou não vão fazer, ou se estão fazendo do jeito que você gostaria, você tem esse tipo de controle?**

**ENF1: Eu uso muito a clareza com a equipe, eu coloco pra equipe as coisas que têm que ser feitas e algumas coisas eu dou conta de acompanhar se estão sendo feitas ou não, porque eu visualizo, porque eu acompanho no relatório, porque eu tenho feedback... até mesmo dos usuários, algumas eu realmente não dou conta de checar se realmente foram feitas, apesar de ter no relatório, por exemplo, se o agente de saúde me diz que fez duzentas visitas eu vou colocar no relatório, micro-área tal, duzentas visitas, mas eu não vou checar se realmente ele foi na casa de João ou Maria, é uma coisa que me inquieta, como fazer para, não conferir, mas para organizar isso de modo que eu não precisasse ter essa angústia, foi aquela pergunta que eu coloquei naquele dia, porque se eles seguissem o**

que está no protocolo deles, eles teriam basicamente, eles fariam as visitas que são preconizadas, mas eles não conseguem organizar isso aí.

Ainda que sejam feitos planejamentos das ações, o acompanhamento dos dados é muito precário e dependente da relação com os trabalhadores, ou em alguns casos por informações dos próprios usuários. Como mostra a ENF1, em alguns momentos as informações dadas pelos usuários, o desconhecimento de alguns fatos por parte do ACS, o não acompanhamento de usuários que deveriam ser acompanhados com mais proximidade, dão indícios que aqueles usuários não estão tendo contato com o agente como deveriam. Essas são algumas estratégias utilizadas para que a supervisão possa ocorrer e contornar as dificuldades supracitadas.

**ENF1:** Por exemplo, uma gestante, eu faço a primeira consulta da gestante, a gestante que chegou, foi na recepção e marcou uma consulta pra ela, eu faço primeiro um atendimento. Faço um cartão da gestante, se eu já não der o agendamento pra ela eu vou pedir pro agente levar ou entregar o dia da consulta, alguma coisa, se eu chegar pro agente:

- Fulano você tem mais uma gestante!

- Ah! Tem?

Se ele não sabe dessa mulher, então ele não está tendo contato, não tem vínculo, então são coisas que você acaba percebendo, ou então eu vou na visita, pego um prontuário vejo que têm três anos que uma pessoa não recebe uma visita, o agente de saúde não tem acesso ao prontuário, ele não pode evoluir o paciente, mas ele pode informar pro médico que essa pessoa não recebe visita, que essa pessoa não vem nas reuniões de hipertenso, pode informar pro enfermeiro que essa pessoa precisa de uma visita, então são coisas que você acaba pegando... ou usuário fala assim... vem colher um preventivo e fala:

- Quem é sua agente de saúde? É fulana?

E ele responde:

- Não, mas eu nunca vi fulana. É o agente fantasma!

### **5.3. O trabalho da enfermagem no fio da navalha: o equilíbrio arriscado entre os modelos.**

As falas foram nos mostrando e nos conduzindo pelos caminhos traçados pelas atividades das trabalhadoras de enfermagem da Unidade de Saúde estudada. Caminho muitas vezes tortuoso e quase sempre arriscado em que a linha que separa os modelos assistenciais – o que se quer superar, e o que se quer potencializar – é muito tênue e frágil. A atividade parece pendular entre os modelos constantemente.

Diante de normas claras e protocolos difundidos a ação parece ser conduzida sob a batuta do modelo proposto pelo SUS que tenta ser efetivado por meio da estratégia do PSF - ações de vigilância, promoção e prevenção tendo como foco a família e a comunidade. Em situações que fogem as prescrições, normas e protocolos propostos pelo PSF vemos a emergência de práticas vinculadas ao modelo biomédico, curativo e voltado para o cuidado do indivíduo.

Ainda assim percebemos em diversos momentos, a ruptura, a quebra, com o modelo biomédico. A relevância que é dada à construção da relação com o usuário e o respeito às suas condições de vida, à percepção de que o modo de fazer é tão importante para a produção da saúde, quanto o procedimento a ser utilizado, mostra que outras formas de trabalhar e ser no trabalho estão sendo produzidas, novas formas que incluem os diferentes sujeitos como protagonistas do processo de produção de saúde.

## **CAPÍTULO 6. O Agente Comunitário de Saúde: a mobilização do corpo-si no deserto de prescrições.**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um ator relativamente novo nos serviços de saúde e tem características muito específicas do contexto brasileiro. A primeira experiência que contou com a inserção deste novo profissional em uma ação estruturada de saúde pública, aconteceu no Estado do Ceará em 1987, com o Programa de Agentes de Saúde (PAS). O PAS surgiu em caráter emergencial, em um período de seca no estado, com a missão de dar conta de duas questões importantes naquele contexto: criar oportunidade de novos empregos para as mulheres que viviam e sofriam as conseqüências da seca na região e combater as altas taxas de mortalidade infantil, a partir da priorização de ações de saúde da mulher e da criança.

Em 1988, mesmo após o fim do estado de emergência e da ajuda do Governo Federal, aproximadamente 150 agentes continuaram exercendo suas funções de forma voluntária dando continuidade às ações de promoção de saúde. Em 1989, o Estado do Ceará assumiu o financiamento permanente do programa e ampliou sua ação. Inicialmente restrito às localidades mais castigadas pela seca, o programa foi estendido para praticamente todos os municípios do Estado nos três anos subseqüentes. Em cinco anos de existência os índices de mortalidade infantil reduziram em 36%, dando visibilidade à eficiência do programa <sup>130, 131</sup>.

Devido ao êxito desta experiência, em 1991 o Ministério da Saúde propôs o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS), que tomava o PAS como fonte de inspiração. No primeiro momento, devido às condições de vida da população e aos indicadores sociais e sanitários, o PACS foi implantado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste. Após essa fase, ele foi implantado nas demais regiões do país <sup>130</sup>.

Em 1994, também inspirado em uma experiência Cearense, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorganização da atenção básica no país <sup>131</sup>. Alguns autores destacaram no PACS e o PSF o potencial de consolidação dos princípios e diretrizes do SUS <sup>132</sup>. Essas duas propostas têm em comum a inserção de um novo trabalhador nos serviços de saúde: os ACS, marcando



uma importante distinção com as propostas anteriores. O ACS já nasceu cercado de expectativas e continua a carregar todas as marcas dela.

A inserção dos ACS não visou substituir os trabalhadores de saúde “qualificados” por trabalhadores “desqualificados” ou reduzir custos com pessoal. A introdução desses trabalhadores resultou das lacunas da própria organização dos sistemas de saúde e das práticas dos outros profissionais, que não valorizavam a presença da comunidade nos serviços na condição de co-responsáveis. Superar a fragmentação entre a comunidade e os serviços é fundamental para a realização de ações de vigilância e promoção em saúde, tão caras ao modelo assistencial proposto pelo SUS. Nessas lacunas que os ACS se inserem, na lacuna existente entre os serviços tradicionais e a comunidade.

Os Agentes Comunitários são atores advindos dos territórios onde atuam e, devido a esse fato, tem-se a expectativa que estes trabalhadores conheçam as necessidades do território e tenham facilidade na vinculação com a comunidade, auxiliando a organização do cuidado. O fato de morarem nas comunidades em que trabalham lhes permite uma proximidade com a cultura, com as condições de vida e é por esses saberes que foram incluídos nos serviços de saúde. O ACS “faz parte dessa população e trabalha para ela, com ela; supõe-se que é quem conhece as formas cotidianas de viver e de se comportar das famílias locais”<sup>133</sup> (p. 427).

Eles são constantemente referenciados como o elo entre os serviços e a comunidade, e entre dois universos culturais distintos, entre os saberes acadêmicos e os populares<sup>131,132,134,135</sup>. Essa suposta capacidade de “tradução” entre o científico e o popular facilitaria as ações de promoção e vigilância em saúde. “Por vivenciar os problemas e morar na comunidade em que desempenha a sua prática de trabalho, o ACS figura como importante elo de interlocução entre a equipe e o usuário, na produção do cuidado”<sup>136</sup> (p.814).

A proposição do ACS como sujeito estratégico para minimizar a fragmentação da relação entre a população e os serviços de saúde remonta a origem desse novo personagem da saúde pública. Nogueira, Silva e Ramos<sup>134</sup> citam um documento da UNICEF sobre a experiência do Ceará, de 1990, que vinculava a proposta à persistência dos altos índices de morbidade e mortalidade, sobretudo infantil. Relacionavam a situação a três fatores: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a carência de informação da população sobre os serviços de saúde e de maneiras mais eficazes de

auto-cuidado; e a limitação nas ações de educação em saúde. A função de ACS foi proposta com intuito de superar essas questões.

Tomaz <sup>131</sup> (p.85) propõe que as atribuições dos ACS podem ser resumidas a partir do tripé: “identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/ comunicar à equipe os casos e situações identificadas”. Esse tripé apóia-se em um contexto sócio-político específico, que deve fundamentar as práticas e ações de promoção de saúde de cada ACS.

Apesar de estar presente nos serviços de saúde desde o início da década de 1990, somente em 10 de julho de 2002 a profissão de Agente Comunitário de Saúde foi criada com a Lei 10.507, posteriormente revogada pela Lei 11.350 <sup>137</sup> de 5 de outubro de 2006. Esta última descreve algumas das atribuições deste profissional, que abarcam ações de diagnóstico demográfico, monitoramento das condições de saúde da população, ações de educação em saúde e intersetoriais.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

A Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde (Ministério da Saúde, 2004, p.2), baseando-se na Lei 10.507 de 2002, afirma que dentre as ações do ACS está a de “desempenhar papel de *mediador social*, sendo um trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente”. Na Política Nacional de Atenção, que serve como guia para Prefeitura Municipal de Vitória, são definidas como as atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002<sup>25</sup> (p.43-44).

Não obstante a amplitude e complexidade das atribuições voltadas aos ACS a exigência inicial feita para seleção destes trabalhadores resume-se, basicamente, ao local de residência. No edital para realização da seleção para função de ACS no município de Vitória em 2008 os requisitos exigidos foram: ter completado o ensino fundamental,

residir no território da unidade de saúde em que vai atuar, e permanecer residindo no mesmo local enquanto estiver vinculado ao município. Essa opção explicita a aposta nos “saberes da comunidade” como guia do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Supõe-se que por morar no território eles conheçam “as formas cotidianas de viver, de significar a vida e de se comportar das famílias locais”<sup>133</sup> (p. 427).

No entanto, esses saberes são suficientes para esse trabalho? Como é o trabalho dos ACS em uma Unidade Básica de Saúde do município de Vitória? Como ele acontece no cotidiano das práticas dos serviços? Como se efetiva nos domicílios da comunidade?

## **6.1 Nos aproximando da atividade dos ACS: compartilhando experiências.**

Diferentemente dos médicos e enfermeiros, o ACS é um trabalhador recente nos serviços de saúde. Portanto, não possui um arcabouço teórico e técnico, de normas e saberes sedimentado historicamente, como os trabalhadores dessas outras profissões. Essa característica marca a atividade dos ACS como um desafio - na medida em que não possuem um conjunto de saberes que os auxiliem a lidar com a realidade do trabalho -, mas também como possibilidade - uma vez que permite a construção de um patrimônio congruente com as propostas do SUS e do PSF.

### **6.1.1. Apenas uma pessoa com um monte de papel: a (ausência de) formação em serviço dos ACS**

**ACS 1: Quando eu entrei, eu já entrei sem roteiro. Quando eu entrei me deram um monte de fichas:**

- Eu não sei o que você vai fazer não, mas você vai fazer esse monte de ficha aqui.

**Você não sabe o que é que é ser hipertenso. Você não sabe o que é diabético. Você não sabe nada. Te dá e você vai fazer. Aí você pergunta a um aqui, pergunta a um ali, até você descobrir. Porque o agente comunitário não é médico, ele não é enfermeiro, também não é psicólogo, também não é assistente social, ele aprende a ser tudo isso durante o seu trabalho. Porque no começo você é apenas uma pessoa com um monte de papel e aí, dali você vai perguntando:**

- Ah, porque que fulano...

**Você nunca, você não sabe nem que aquela pessoa é hipertensa.**

- Uéh! Nossa! Essa aqui é hipertensa?! Menina, mas eu não sabia! Moro do lado da casa dela e não sabia!

**Aí você começa:**

- Porque que é hipertenso? O que é que causa a hipertensão? O que é uma pessoa hipertensa?

- Nossa! Mas essa menina aqui tem tuberculose? Meu Deus do céu! O que é tuberculose? Pra mim era um absurdo a tuberculose. Tuberculose pra mim, antes de ser agente, era pra você manter distância totalmente. Aí você vai se informar o que é uma tuberculose, aí você passa a ser... aí você já tem mais outra informação, além da hipertensão, você sabe o que é que é. Porque você não era, não é, não faz faculdade pra ser agente, não entra na escola pra ser agente, você cai de pára-quedas pra ser agente de saúde. Igual teve essa prova [concurso para ACS], um monte de gente fez, todo mundo: Ah é pra ser agente, mas eu não sei o que é ser agente. Eles vão cair aqui, eles vão chegar aqui e vão saber o que é o serviço. Aí quando você pega e você vai seguindo os passos: Ah você faz isso, faz isso, faz isso. Daqui a pouco você começa a ver que não dá pra você seguir 1, 2, 3, aí do 3 você pula pro 5, do 5 pro 9, do 9 você volta pro 3. Porque não dá. Eu vou naquela casa, aquela casa tá fechada, aquela pessoa eu sei que acorda às 11, aí eu vou ter que ir na segunda casa porque eu sei que a pessoa acorda mais cedo, ou ela não que atender.

Nesse fragmento da Instrução ao Sósia da ACS1, ela nos apresenta um pouco do cenário em que atuam os Agentes Comunitários de Saúde: com atribuições amplas, com expectativas e apostas altas, munidos com saberes adquiridos no viver, nas relações estabelecidas e nos percalços e alegrias compartilhadas com a comunidade em que vivem e trabalham. Em muitos casos, a ausência de uma formação específica para o trabalho faz com que esses saberes sejam os únicos com os quais eles ingressam nos serviços.

No entanto, no fazer cotidiano, na atividade de trabalho, apesar de esses saberes serem imprescindíveis não são suficientes para as exigências que se apresentam. Apesar da definição das atribuições da profissão serem explícitas, pôr em atividade essas atribuições exige dos ACS uma série de conhecimentos que muitas vezes lhes escapam. Ao “caírem de pára-quedas para serem agentes” os trabalhadores trazem todos seus conhecimentos prévios, compartilhados com a comunidade em que vivem, mas também os desconhecimentos e concepções fundamentadas no senso comum que em alguns momentos carregam equívocos e preconceitos também compartilhados com os moradores do território.

Como afirmam Brito et al.<sup>140</sup>, é freqüente na área da saúde o paradoxo entre a inflação de normas e a sua ausência. Os trabalhadores são exigidos a alcançar metas difíceis, mas com meios frágeis para alcançá-las. Soma-se o fato que “muitos serviços são constituídos sem fornecer aos trabalhadores normas fundamentais para o exercício de

sua atividade” (s/p), nem mesmo a formação adequada para desempenhar as atividades a que foi designado.

É no desempenho da atividade que ele vai buscando informações e familiarizando-se com alguns temas, conceitos e conhecimentos específicos da área de saúde. Uma vez que é considerado o elo entre a unidade básica de saúde e a população adstrita, a exigência em relação ao domínio destes conhecimentos é maior porque eles têm que transitar entre saberes distintos e conseguir equalizá-los. Deve se esforçar para que os profissionais da unidade conheçam melhor a comunidade e para que esta entenda mais os termos, conceitos e as práticas dos profissionais de saúde.

Esta não é uma exigência simples, a fragmentação nas relações e na comunicação entre os trabalhadores e os usuários talvez seja um dos grandes nós dos serviços de saúde, e o ACS entra exatamente para tentar ser essa “ponte”. Missão que é impossível se não for compartilhada com os demais profissionais, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, farmacêuticos, dentre outros. Caso contrário os ACS deverão aprender a serem um pouco de “tudo isso”, como nos foi relatado no fragmento para conseguir trabalhar de maneira resolutiva.

Essa superestimação do trabalho dos agentes é uma potencial fonte de adoecimento para estes trabalhadores. Martines e Chaves <sup>133</sup> destacam, ao elencar algumas categorias de vulnerabilidade, causadoras de sofrimento, presentes no trabalho dos ACS, a percepção idealizada do seu trabalho. Essa idealização muitas vezes é fundamentada em uma idéia de onipotência, como se ele pudesse resolver todos os problemas da comunidade, que, em geral, desconsidera os recursos necessários para que isso ocorra.

A insígnia de ser o “Agente de Mudança”, o “responsável pela inflexão do modelo assistencial” também corrobora com essa percepção dos trabalhadores.

Na idéia de missão do Agente Comunitário de Saúde ser o agente de mudanças, a ordem dos empecilhos fica praticamente inexplorada, como se na conjugação desses verbos, os recursos oferecidos pela atuação dos demais profissionais da equipe não fizessem parte, como também pela estrutura da UBS, pelo dimensionamento desfavorável do número de famílias [...] e pelo déficit de agilidade da rede de atenção complementar do SUS local [...] <sup>133</sup> (p. 430).

Reafirmando essa perspectiva, Tomaz <sup>131</sup> ressalta duas tendências, que reforçam essa visão, nos escritos e falas produzidas sobre esses trabalhadores. A primeira tendência apresenta os ACS a partir de uma visão romantizada, que negligencia as dificuldades e insuficiências das suas práticas. A segunda tendência os considera “super-heróis”, como se fossem os responsáveis pela consolidação das propostas do SUS, “o agente da mudança”, em detrimento de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e da importância do envolvimento de outros autores –trabalhadores, gestores e usuários – para que isso ocorra.

### **6.1.2 Negociando com a comunidade: a “política de boa vizinhança” como ferramenta de trabalho**

Apesar de muitas vezes minimizados ou desconsiderados esses atravessamentos marcam, sobremaneira, a atividade dos ACS, que se estrutura na relação com os usuários. Relação com o usuário em seu contexto, em seu espaço (muitas vezes em sua casa) e não no espaço dos serviços. Essa mudança de território da assistência acrescenta novos elementos para a negociação constante de interesses, normas e valores da atividade de trabalho dos ACS.

**PESQ:** Mas aí se você vai pegar o trabalho seu, no dia a dia começa quando? Quando você acha que começou o meu trabalho?

**ACS1:** Hoje ele começou antes de eu sair de casa.

**PESQ:** Por quê?

**ACS1:** Porque o meu horário de serviço é de oito às cinco e sete e vinte já tinha uma lá na minha porta. Ela não veio aqui na unidade pra saber, ela foi até a minha casa pra perguntar como ela fazia pra vir no dentista. Se ela subisse aqui, porque ela tinha que vir com cartão, mas ela não tinha, então ela ficou com medo de subir e ter que voltar. Aí ela foi até a mim e perguntou como ela faria pra chegar aqui em cima. Então é uma usuária que não vem sempre, porque aquela que vem todos os dias sabe como é o percurso. Então o meu dia hoje já começou antes do dia previsto, antes da programação.

**PESQ:** E isso é comum?

**ACS1:** Quase sempre é comum.

**PESQ:** E aí como você passaria essa instrução pra pessoa? Assim, como essa pessoa que vai te substituir deve se comportar? Tá saindo da sua casa...

**ACS1:** Tá saindo da minha casa, da sua casa e foi abordada. Não falar você espera que eu vou voltar aí eu te dou atenção; dá atenção naquele momento, e depois você desconta. Mas você tem que dar atenção porque se você não der atenção naquele momento quando você voltar depois ela não quer, não precisa mais daquela atenção, ela já perguntou a outro ou já se magoou com você. Coloca no lugar dele, você ia querer ter uma resposta? Não daqui a pouco, você espera aí que eu já volto, aí eu venho aqui assino o ponto e volto

**lá embaixo pra ver o que ela queria, podia ser tarde demais. Então é atenção sempre, perguntar o que é que precisa.**

Neste diálogo, a ACS1 nos apresenta o início de seu dia de trabalho. Fica explícita a relação de proximidade com a comunidade em que vive quando é abordada pelos moradores antes mesmo de iniciar sua jornada formal de trabalho para pedirem orientações. Esse exemplo é permeado por um aspecto que marca todo o relato da trabalhadora: o cuidado com a relação que estabelece com a comunidade. Cuidado que é fundamental na medida em que ela precisa manter relações cordiais com os moradores, pois somente a partir da qualidade desta relação é que ela consegue realizar seu trabalho.

Diante disto, ela nos aponta a necessidade de prestar o atendimento no momento em que o usuário a aborda, nos ajudando a entender o que baliza o relacionamento com os usuários do serviço de saúde. O atendimento tem que acontecer na ocasião em que é demandado, sob o risco de deixar de ser necessário ou o usuário do serviço “ficar magoado” com o agente. Esse detalhe, sutil, da indisposição do usuário com o trabalhador, apesar de parecer banal em um primeiro momento pode trazer repercussões que inviabilizam o trabalho deste último. Isto porque, diferente dos outros profissionais da saúde, que geralmente se relacionam com os usuários a partir da demanda e necessidade deles, e no espaço da unidade básica de saúde, o agente comunitário em suas ações de vigilância e promoção tem que fazer busca ativa, fazer visitas nos domicílios. Ou seja, eles têm que ir à casa dos usuários, que se constituiu no espaço preferencial das ações destes trabalhadores, mesmo quando os usuários não demandam o serviço. Assim, os ACS dependem da disponibilidade e “boa vontade” do usuário para lhe informar o que deseja ou mesmo para deixar que ele entre em sua casa.

Desta forma, estabelecer uma “boa relação” e mantê-la é uma norma fundamental para o trabalho dos ACS. O vínculo além de fundamental para continuidade do tratamento e do cuidado é condição básica para o exercício profissional desses atores. Esse aspecto pode ser favorecido pelo fato do ACS morar na comunidade e ter uma relação que pode não se restringir ao âmbito profissional, mas não é garantido por essa característica. Essa afirmação naturaliza um atributo da profissão que exige estratégias e produção de saberes por parte dos ACS para realizarem o seu trabalho, não dá visibilidade a uma questão imprescindível ao seu trabalho, que exige esforço e atitudes para se estabelecerem e manterem. A “relação de confiança com a comunidade” não é natural



nem garantida pela origem dos ACS, mas fruto da atividade destes, da produção e uso de saberes e estratégias que visam garantir a continuidade do trabalho destes atores naquele território.

Destaca-se que a inserção deste ator na comunidade se altera significativamente quando ele passa a ser ACS. Ele deixa de ser “apenas” morador da comunidade e passa a ser representante do serviço de saúde da região, representante do Estado no território, o que muda a forma como é visto e o que representa para os moradores. Produzem-se novas relações, relações permeadas por novos valores e expectativas.

[...] vale ressaltar que diante das necessidades, as pessoas da comunidade buscam em primeiro lugar o ACS, quer seja uma informação, uma reclamação ou a solução de um problema mais grave e dele esperam uma resposta, em uma relação de cobranças e exigências nem sempre tranqüila [...] <sup>133</sup> (p. 427).

Essa relação faz com que a exigência sobre esses trabalhadores extrapole os limites do seu horário de trabalho e suas atribuições. Sua jornada de trabalho, em muitas circunstâncias, não tem hora para começar nem para terminar, não tem local para ocorrer, nem situação específica. A disponibilidade integral esperada dos trabalhadores apresenta-se muitas vezes como fonte de cansaço e de sofrimento para esses trabalhadores.

### **6.1.3- ACS 24x7 - 24 horas por dia, 7 dias por semana.**

**ACS1:** Esses dia foi uma quase dez horas (22:00) na minha casa esperando eu chegar do curso que eu fui pra fazer a medicação da filha dela, que tava sem o remédio, tinha ido no médico de manhã porque ela não sabe até quanto ela ia colocar de água, mas ela também não teve coragem de dizer para o rapaz da farmácia que ela não sabia como fazer. Ela fica esperando o agente comunitário para perguntar alguma coisa...entendeu? cansa... eles não entendem que as vezes cansa...aí na hora que você senta, chamou! Ai você levanta dá um sorriso...

– o que você deseja?

Porque amanhã eu vou de novo na casa dela se eu der uma resposta mal criada, ou se eu falar que hoje não posso amanhã ela também não vai poder me atender. E como a gente sabe as prioridades mesmo a gente acaba falando:

- Mãe fala que pra esse que eu não to em casa hoje não... Pra esse!

Mas dependendo da voz que você escuta, você sabe que aquele é uma urgência. Porque tem urgências e urgências? aí acaba não tendo como passar, e é muito cansativo...

No relato acima, o ACS1 aponta para uma situação que expõe a dimensão dramática sempre presente no trabalho, marcada pelo debate entre os usos de si por si e pelos outros. Qual atitude tomar diante da demanda que surge a sua porta fora da sua jornada de trabalho? Que atitude tomar e como fazer sem por em risco a relação com os usuários, tão importante para realização do seu trabalho? No momento em que o usuário vai até sua residência em um horário externo a sua jornada estabelece-se um debate de normas e valores em que entram em confronto fatores como o cansaço, o fato de estar fora do horário de trabalho, a carência/falta de informação da comunidade, a urgência da situação, as repercussões que uma negativa terá para o seu trabalho no futuro, a sua vontade de resolver todas as demandas, etc.

A ausência de uma prescrição “do que fazer” nesta situação os remete à sua experiência pessoal, a saberes invisíveis e corporificados do que é ou não uma urgência, a um julgamento das prioridades baseado na voz de quem está no portão. Saberes intangíveis que garantem a realização do trabalho naquele momento e em momentos posteriores. Saberes desenvolvidos no cotidiano de trabalho. Pela voz, dependendo de quem seja e em que situação o usuário chegue, a ACS julgará quem será atendido. Essa dimensão, muitas vezes invisível, mostra que a negociação é muito mais ampla do que simplesmente atender ou não quem está no portão, estar ou não estar cansada. Não diz respeito apenas ao trabalhador e ao usuário, envolve também suas famílias e comunidade. É uma decisão fruto da negociação entre a experiência pregressa e a projeção dos efeitos futuros de dada ação, balizadas pelo que se apresenta na situação presente.

Essa dimensão invisível da atividade de trabalho é negada pela organização do trabalho em saúde, que não contabiliza esses encontros/atendimentos como ações efetivas como “produção”. Assim, durante uma parte significativa do trabalho dos ACS eles não “produzem” nada. Seu trabalho não é considerado, ainda que não tenha dia, nem hora para começar ou terminar. Esses são aspectos imprescindíveis para análise da atividade de trabalho dos ACS.

Como nos aponta mostra Clot <sup>63</sup>, para além da distância já mencionada entre a tarefa prescrita e a atividade real, há que se incluir a distinção entre atividade realizada e a atividade real. Há todo um conjunto de ações e reações, mais ou menos reprimidas, que não se explicitam na atividade realizada, mas nem por isso deixam de mobilizar os trabalhadores, como se fosse externo a ação. Esses movimentos, negociações, debates,

mobilização mental e afetiva “[...] são parte da atividade e não apenas seu resultado estabilizado no objetivo imediato da ação” (p.116). O cansaço e a fadiga relatada não podem ser expressos ou apreendidos pela ficha de produtividade dos ACS, ali se expõem apenas alguns aspectos do trabalho destes atores, “a ponta do iceberg”, de uma atividade marcada por invisibilidades e negociações ocultas, mas que nem por isso deixam de condicionar suas práticas. “A atividade afastada, ocultada ou inibida nem por isso está ausente. A inatividade imposta lança todo seu peso sobre a atividade presente” (p.116).

**ACS2:** Olha no meu caso, não é muito diferente, é que agora diminuiu mais um pouquinho, no começo até dez, onze horas da noite eles batiam, agora eles rodam mais mesmo na rua...

**ACS1:** Não pode sair da casa não, a gente fica dentro de casa.

**ACS2:** Saiu da casa eles ficam perguntando, cheguei aqui, cheguei em casa, coloquei a bolsa, vou a padaria, faço mais quatro, cinco ...

**ACS1:** Você pode ir sem roupa, sem uniforme.

**ACS2:** Se você contasse esse tipo de produção, que seria o ideal, você tinha muito número, você fazia muita coisa mesmo, porque enquanto você está saindo na rua tem gente te abordando, te aborda pra tudo, mas agora eles estão um pouquinho... só se for um caso sério que eles te procuram em casa, um pouco mais educado em casa, as vezes vai na hora do almoço, a noite, e aí agora... só o caso mais sério, que precisa de uma coisa séria ele procura, mais é na rua mesmo, você saiu no portão, aí já vem te acompanhando.

**PESQ:** Você falou uma coisa que eu achei engraçado, você falou de produção, que iria aumentar muito. Nesse momento, da abordagem como você falou, por exemplo, quando está indo a padaria a forma de agir é a mesma?

**ACS2:** É a mesma, não tem diferença, é a mesma forma.

**ACS1:** Até porque tem que ser.

**ACS2:** Às vezes você não viu ele, não consegue ver ele, porque as vezes o horário que você vai lá, ele não está lá, aí ele que te aborda, ele para, pergunta de médico, dentista, exames, aí você para, pensa pra conversar com ele, pra explicar pra ele, então ele vai embora satisfeito .

**ACS1:** Fica como produção independente, porque a nossa produção vai até a pessoa.

**ACS2:** Porque eles ficam cobrando que a gente vá até a casa da pessoa, ou que você aborde no portão, quando não te convidam pra entrar a gente aborda no portão mesmo, mas quando te convida pra entrar, você vê tudo, conhece tudo, mas quando você não pode entrar vai ali, muitas vezes é na rua e na rua dificilmente eu vou contar como produção, porque se eu for contar como produção, se eu sair daqui e ir até aquele poste ali, eu já fiz um monte de gente, dá muita gente mesmo, porque eles param mesmo, ele vê, ele não precisa ser meu, pode ser de qualquer pessoa, se ele viu esse uniforme ele pergunta . Um dos prédios aqui, eles perguntam, a gente orienta direitinho, tudo que eles querem que oriente... isso não é de segunda a sexta, isso é vinte e quatro horas.

Neste diálogo, as ACS entrevistadas apontam para a falta de visibilidade que é dada às inúmeras abordagens realizadas cotidianamente na rua. Apesar da disponibilidade quase em período integral às abordagens dos usuários, essa atividade não é contabilizada nem reconhecida por não contar como produção. (*“Se você contasse esse tipo de produção, que seria o ideal, você tinha muito número, você fazia muita coisa mesmo”*). O real da atividade dos ACS, como nos chama atenção Clot <sup>63</sup>, não se exprime nas fichas de produção, no dado numérico formalizado. É formado por todas as atividades não contabilizadas, pelas estratégias para fazê-las ou deixar de fazê-las sem se indispor com a comunidade, as formas de aproveitar as oportunidades de abordar um morador indisponível no horário comercial, idas constantes as casas em não são recebidos, por ausência ou escolha dos moradores.

Estas orientações, apesar de não serem entendidas como “produção”, são parte fundamental do trabalho do ACS, pois é a partir dela que, além de fortalecer o vínculo com a comunidade, é possível diminuir o número de usuários que iriam às unidades apenas pedir informações. Sendo, portanto, ações fundamentais para organizar e diminuir o fluxo nas unidades, uma vez que os usuários obtêm informações prévias sobre dias e horários que devem ir à unidade, a quem devem procurar. Essa função apesar de, em geral, ser pouco considerada, é fundamental para o funcionamento das unidades. Além disso, como mencionamos anteriormente, estar disponível fora do horário de funcionamento da unidade permite às pessoas, cujo horário é incompatível com o funcionamento do serviço, ter acesso ao sistema de saúde. Esse é um número significativo dos moradores, que trabalham durante o horário comercial e só tem acesso aos serviços de saúde em caso de enfermidade e crise, o que destaca a importância dessas ações de prevenção e promoção de saúde não prescritas e não previstas na organização dos serviços de saúde.

#### **6.1.4 Na casa do usuário: trabalhando em um espaço incontrolável, imprevisível e... imprescindível.**

Não obstante a importância das orientações na rua, a ACS2 destaca a potência das visitas domiciliares, que devem cobrir todos os domicílios das micro-áreas de cada agente para ações de cadastramento, orientação e vigilância em saúde. Os domicílios são considerados como espaços privilegiados para as ações destes atores e de aposta do PSF, local que se constitui como lugar onde se “vê tudo” e se “conhece tudo”. Como ressaltam Mandú et al <sup>138</sup>, a visita domiciliar é uma estratégia importante para

aproximação dos serviços de saúde às famílias do território adstrito, potencializando o acesso, o vínculo e a humanização do cuidado, ainda que muitas vezes se limitem às ações educativas e de vigilância.

Espaço-tempo privilegiado das ações dos ACS, as visitas domiciliares explicitam a ausência de prescrições e a imprevisibilidade da atividade destes trabalhadores. Nos fragmentos da Instrução ao Sósia feita com a ACS1 ela nos apresenta a fragilidade das poucas prescrições disponíveis, e a impossibilidade de antecipar suas ações durante as visitas, que tem na imprevisibilidade uma de suas principais características.

**ACS1:** O dia do agente de saúde teria que ser um dia, se você fosse seguir pela cartilha, ele teria que ser um dia programado com antecedência. Hoje eu vou chegar... Amanhã eu chego na unidade assino meu ponto e dou uma revisada no que eu teria que tá fazendo: eu vou na casa de Dona Maria, Dona Sebastiana, Dona Juracema, Dona Joaquina e eu vou fazer isso na casa de uma, a e nessa aqui eu também tenho que fazer, aí eu vou num hipertenso, num diabético e vou numa criança, mas isso é atropelado, quando eu chego aqui e tem Dona Sebastiana que tá com um problema que às vezes eu acabo tendo que resolver um problema dela ou é ligado pra cá dizendo desce que eu tô precisando de você aqui embaixo, aí eu tenho que pular as etapas. E o certo seria eu sair...

- ah! hoje eu tenho uma visita com enfermeira...

Eu tinha que ter me programado desde ontem, arrumado a bolsa pra fazer uma visita, tirado o prontuário para ir àquela visita com enfermeira. Com a enfermeira eu tiro prontuário, sozinha eu vou sem prontuário. Daquela casa eu vou na Dona Maria, vejo o que ela está precisando, vejo a pressão dela, vejo a medicação dela, a enfermeira afere a pressão, orienta de novo quanto a medicação. Mas aí eu chego aqui e mudou todos os meus planos, não vou mais na casa de Dona Maria, aí eu já parto pro improviso, o que eu vou fazer? Pego a minha pasta e desço. Aquela que está precisando é aquela que eu entro. Ah tá, eu recebi um monte de consultas, eu tenho um monte de consultas pra amanhã, então não vai dar pra eu ir naquela outra casa porque eu sei que vai demorar. Porque existem casas que você demora muito.

**PESQ:** Como que essa pessoa poderia saber as casas, tem alguma coisa aqui que informe?

**ACS1:** Não, não tem.

**PESQ:** Então como que você foi conhecendo isso?

**ACS1:** Eu tenho um monte de tempo, é experiência, é experiência. Porque tem aquela casa que você vai chegar e é uma pessoa idosa e ela gosta muito de conversar, ela não tem problema nenhum, mas se você chegar lá e perguntar como ela tá aí ela começa:

- Eu tô bem.

- Mas a senhora comeu?

- Eu não tomei café.

- Mas o que é que houve que você não tomou café...?

Aí vai puxando assunto, aí daqui a pouco ela começa a chorar também e você vai ficando mais preocupada ainda, eu vim aqui fazer uma coisa e já tá desencadeando em outra. Aí quando você vai sair daquela casa já passou, o normal o certo era você fazer uma visita pelo menos no mínimo de oito a treze visitas por dia, tem dias que você consegue fazer, mas tem dias que você não consegue fazer, porque você muda os planos...muito. O nosso serviço é muito rotativo ele não tem um padrão e aí pra eu pegar uma pessoa pra fazer um padrão, eu posso até fazer, vou montar o script direitinho e ela vai descer pra fazer o meu serviço:

-Hoje você vai na casa da Dona Ana e cuidado que lá tem cachorro tá. Não chama não, só bate e espera que ela vem atender, e aí você entra na casa dela e pergunta. Oh tem um cadastro pra você fazer nessa mesma rua é um cadastro de uma família que chegou lá.

Cadastro é bom fazer porque a pessoa não conhece então se você chega lá pra fazer o cadastro é ótimo, porque você vai chegar lá com o cadastro e vai preencher, aí você vai fazer as perguntas. O cadastro tem perguntas, ele vem com roteiro: Quem mora na sua casa? Quem é hipertenso? Quem é diabético? Quem é criança?

E ali você vai seguir, quando é pra fazer o cadastro é fácil porque você já vai com aquele roteiro, mas quando você vai fazer uma visita domiciliar você não consegue fazer o seu roteiro.

**PESQ:** Mas ele existe?

**ACS1:** Existe. Existe um roteiro de você chegar, primeiramente se apresentar, primeiro perguntar se pode ser recebido, porque às vezes naquele... você saiu com o seu roteiro, mas a pessoa não pode te receber, ela trabalhou a noite toda, você vai chamar a pessoa? Tá com um neném que acabou de nascer, você vai entrar porta adentro? Então você tem que saber se vai entrar ou não. Às vezes você fala com a pessoa no portão durante uma hora e ela não te manda entrar, você não vai entrar. Você só entra se ela te chamar.

Esse relato da ACS1 nos mostra de forma explícita o caráter paradoxal da atividade. Percebemos na sua fala o movimento e as contradições do trabalho, que exige antecipações e prescrições, mas sempre escapa delas. A existência de um roteiro, ao mesmo tempo em que é apresentada como uma coisa boa, como no caso do cadastro, é o tempo todo confrontada com suas limitações e insuficiências diante das variabilidades do trabalho cotidiano, como em uma visita domiciliar. A relação com os outros profissionais que podem ficar impossibilitados de acompanhá-los por diversos motivos, com os usuários que podem não recebê-los também por diferentes causas, os rumos que a conversa pode tomar, a impossibilidade de prever o tempo gasto em uma dada residência, entre outras. Estas são algumas das variabilidades que os ACS não podem prever nem gerir antes de ocorrerem e, portanto, têm muito pouco controle sobre elas como exigiria uma prescrição formal.

A carência de normas antecedentes formalizadas, em fichas, roteiros ou prescrições, faz com que as normas informais sejam a base de sustentação do trabalho do ACS. As normas que desenvolveu e acumulou durante sua vida, os saberes compartilhados com aquela comunidade, que desenvolveu nas vivências do trabalho e nos contatos com os outros ACS, produzem uma arcabouço que sustenta suas ações. A experiência emerge como um patrimônio fundamental para realização das atividades e é apontada como responsável por permitir antecipar e contornar essas variabilidades e para realizar o número de visitas programadas: saber onde tem cachorro, quem só atende no portão, quem não atende de jeito nenhum, onde vive aquele idoso que exige mais atenção e mais tempo, qual casa o morador trabalha a noite e dorme até mais tarde. Esses aspectos, muitas vezes desconsiderados da atividade, mobilizam os trabalhadores o tempo todo, alimentam o conjunto de normas antecedentes que os ajudarão a lidar com a imprevisibilidade de seu trabalho.

A experiência até permitiria “fazer um script” para ser seguido, o qual, novamente, iria esbarrar na imprevisibilidade do trabalho do ACS. A “informalidade” das normas, a carência de prescrições, a supremacia da experiência no rol das normas antecedentes faz com que, diversas vezes, as características do trabalho e do trabalhador se confundam, que a variabilidade do trabalho seja apontada como uma característica pessoal. Assim, a dificuldade de antecipar e produzir uma prescrição, ainda que seja uma dificuldade coletiva, é apontada como uma característica pessoal pela própria ACS.

**PESQ: Mas no cadastro você disse que existe um roteiro...**

**ACS1: No cadastro tem...**

**PESQ: Mas para as visitas rotineiras não tem?**

**ACS1: Não tem. A gente montou um roteiro, mas acabou que a gente não conseguiu seguir.**

**PESQ: A gente quem?**

**ACS1: Nós agentes. Foi no curso de agentes, a gente fez alguns roteiros, mas não deram certo. Não tem como. É imprevisível! Você vai perguntando como...**

**-Comeu sal?**

**- Não.**

**- O que você comeu hoje?**

**- Comi biscoito.**

**- Comeu biscoito de que?**

**- De sal.**

**Então você já começa a mudar aquilo que você vai falar, não tem como você seguir um script, não dá. Já para um cadastro ele está ali pronto.**

**PESQ: Vocês sentem, falta de um roteiro para visita?**

**ACS1:** Não, sinto porque eu sou muito imprevisível. As minhas falas são imprevisíveis, na mesma hora que eu posso estar aqui falando do seu neném, eu posso perguntar, e aí quando foi seu último preventivo? Por que você não fez? Aí eu já saí dali.

**PESQ:** mas você muda por quê?

**ACS1:** Porque dependendo do assunto, das prioridades que eu vejo, que aí eu lembro que o marido dela não foi no médico, aí eu lembro...

–Você fez seu preventivo, quando foi? Ah você não fez? Puxa porque você não fez? Então tem que marcar de novo, tem que ir lá em cima porque vai abrir agenda de novo.

Aí você já muda os assuntos. Não tem uma seqüência de seguir... porque você vai naquela casa e não é só a criança. É a criança, o cachorro que mordeu, a criança que está mordida de cachorro... aí você pergunta assim tem que levar essa criança pra tomar as vacinas, você leva lá em Maruípe, aí no outro dia você vai lá e a criança tá do mesmo jeito. A você vai ver... o cartão tem vacina, mas não era para aquela. Você muda muito de acordo com a casa e com a situação que você tá vendo ali.

É interessante ressaltar a complexidade das ações mais corriqueiras destes trabalhadores: em cada pergunta abre-se um leque de possibilidades e combinações, o que exige novas escolhas e direcionamentos. O encaminhamento depende do que chama atenção da ACS, das prioridades que ela vê e ouve. Essa vinculação à experiência da ACS acaba por obcecar a dimensão de julgamento e debate de normas co-emergente a cada decisão de prioridade, a cada pergunta, a cada desvio de rota, a cada ação realizada.

A imprevisibilidade não se faz descolada da situação de trabalho em que seu corpo capta, julga e escolhe. Como mencionamos anteriormente, Schwartz <sup>80</sup> afirma que a atividade sempre remete ao corpo-si - ao nosso próprio corpo marcado pelos atravessamentos do biológico, do cultural, do histórico, do intelectual em nós -, se vale dele para realizar-se, busca no obscuro do corpo, no “inconsciente feliz” do próprio corpo as ferramentas e normas que subsidiarão as escolhas e arbitragens do trabalho. Esses saberes tácitos, em geral, são difíceis de serem colocados em palavras, com isto, soma-se mais um obstáculo ao desafio dos agentes de produzir um roteiro para visita.

No caso dos ACS, a dimensão da atividade “incorporada”, dos saberes do corpo-si é preponderante em relação à sua dimensão protocolar. Isto trás alguns obstáculos para o desenvolvimento da profissão, uma vez que estes saberes estão muito vinculados às histórias singulares, às trajetórias de vida dos ACS, às experiências vividas anteriormente que se colocam em diálogo com as situações de trabalho presentes.



Três tipos de problemas se apresentam no bojo destes saberes: eles demandam tempo para aprendizagens/imprendizagens como patrimônio no corpo-si, pois o histórico de uma situação não se incorpora no instante; saberes que se formam através da própria operatividade e; são saberes de difícil avaliação em função de sua variabilidade, natureza e grau de singularidade à que fazem referência<sup>139</sup> (p. 7).

A exacerbação da dimensão biográfica no trabalho dos agentes comunitários de saúde traz conseqüências que não podem se ignoradas. Conseqüências tanto para os agentes quanto para a própria organização do trabalho. A primeira delas é a dependência às características pessoais de cada trabalhador. A segunda refere-se ao risco constante que cada trabalhador é submetido ao ser exigido a fazer escolhas, tomar decisões, sem o amparo de prescrições ou do coletivo em que está inserido<sup>140</sup>. Característica que também nos remete a um gênero profissional frágil, reforçado pela pouca interação destes trabalhadores entre si. Um terceiro ponto, totalmente vinculado aos anteriores, diz respeito aos efeitos produzidos à organização do trabalho, à organização dos serviços da unidade diante da diversidade de modos de fazer, da dificuldade de avaliação do que tem sido feito e a dificuldade de substituir um trabalhador caso seja necessário.

#### **6.1.5. Ser a ponte entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade adstrita: gerindo as relações “para dentro” e “para fora” dos serviços.**

Como já mencionamos anteriormente, o ACS tem uma função fundamental que é a de aproximar os serviços e os demais profissionais de saúde à comunidade assistida. Ele tem acesso e compartilha informações que nunca chegariam aos serviços em sua ausência. Informações que são fundamentais para ações de saúde.

**ACS1: A ações de gestantes é muito importante, gestante quando a gente acompanha... as vezes ela pode estar bem, as vezes ela não está bem... porque o médico sabe aqui dentro quando tem uma gestante, aí a gestante vem, vem aqui dentro do consultório, ela conta o que ela quiser no consultório. O médico não conhece ela, eu conheço. Eu moro lá na área e sei como que é aquela gestante, as vezes eu sei que aquela gestante é uma usuária [de drogas], as vezes eu sei que aquele hipertenso é um etilista... aqui dentro:**  
**- Meu Deus, beber? nunca que eu bebo doutora, nunca que eu ... bebo não ... não, não como sal...**

Mas você vê ele direto no butequinho comendo um tira-gostinho. Então muitas vezes eles enganam aqui, então quando a gente vem para reunião para preparar as ações a gente passa isso:

- Nossa hoje na ação a pressão ta tudo alta.

-É, mas ontem – como as ações agora são na terça, a gente ver eles lá no domingo no butequinho. Então não deu tempo ainda de sair o álcool, ele tomou todas no final de semana. Aí aqui dentro ela vai puxando assunto até o paciente soltar:

-É porque eu tomei umazinha...

Umazinha deles é uma grade, você descobre muita coisa.

Essa função, de ser os “olhos e ouvidos” dos serviços no cotidiano da comunidade, para além de uma função investigativa ou fiscalizadora, aponta para relação de confiança e vínculo estabelecida entre estes trabalhadores e os usuários com quem trabalham. Tendo dentre suas potencialidades a capacidade de produzir informações para alimentar as ações do demais trabalhadores de saúde.

ACS2 : É isso aí mesmo, surgiu isso aí mesmo, porque eles confiam mais na gente do que qualquer outra pessoa aqui, igual aqui, ele não falou pro médico que tem uma coisa, mas ele falou pra mim, pra você o que ele tem, tem coisa que ele chama a gente pra falar do tal problema, eu faço acompanhamento tal em certo lugar, mas não coloca na minha ficha, não fala pro doutor que eu tenho isso, porque eu tenho vergonha, aí a gente tem que ...

Somam-se a essa função e a de auxiliar na organização do fluxo dos usuários à/na unidade de saúde, conforme já destacamos anteriormente, outra, que é a de organizar também a ida dos outros profissionais à comunidade. Uma função relevante destes trabalhadores é exatamente guiar as visitas domiciliares dos demais profissionais.

PESQ: Quando você consegue sair... você que organiza a visita? Como você escolhe as pessoas? Porque eu imagino que deva ter diferença... do dia que você sai com o médico, do dia que você sai com o enfermeiro... você tem algumas pessoas que você quer que visite, tem algumas diferença? Vou nesses lugares com o médico, nesses com o enfermeiro?

ACS1: Tem, você costuma deixar para ir com o médico naqueles pacientes que você acha que estão mais graves, ou que precisem de uma medicação que o enfermeiro não vai poder medicar... ainda tem isso! Se eu vou numa pessoa acamada que ela toma medicação controlada, eu não vou como enfermeiro, eu tenho que esperar minha visita com a médica, que aí o médico vai passar a receita dele de hipertenso, de diabético, a receita de diabetes também o enfermeiro não passa... então e já não posso ir nesses. Ela vai passar a medicação toda de hipertenso, insulina ela não passa, injetável também não, então se é do médico eu vou levar naqueles que vão precisar daquela visita. O Enfermeiro não, já vai mais para uma DN, quando o recém nascido nasce, que a primeira visita tem que ser

feita. A gente vai numa alta hospitalar, a gente vai... para ela conhecer também a comunidade, não adianta eu só levar o médico, vai que na hora que eu precisar também do enfermeiro ele não vai saber quem é a pessoa. A gente sempre costuma tá levando, a gente já tentou fazer rodízio, ir na primeira casa, na segunda, na terceira... família, né? Mas não consegue não é muita gente, e um dia só é muito pouco. Quando eu chegar na 50 a 1 já tá lá pra trás. Aí eu tenho que voltar tudo de novo que já ficou muito tempo sem fazer. Já desloquei também dentista para estar indo na casa, mas antes do dentista ir eu já tinha ido também com o enfermeiro e já tinha ido com enfermeiro e também com o médico, que fez o pedido. A médica vai, faz a avaliação e vê a necessidade. Aí a gente marca o dia e vai. É diferente com a assistente social, se eu vejo que o negócio está pegando foco lá em baixo, a pessoa tá abandonada, eu posso até chegar e ir direto lá na assistente social, mas ela também acaba indo lá na enfermeira, que também vai na minha médica que sabe do que se trata e resolve todo mundo junto. Senta ali, faz uma reunião rapidinha e desce eu e mais uma, eu e mais duas e aí resolve. [...] não sei se todas as outras meninas trabalham assim, que tem médico... pode ser que tenha médico que não goste de sair, pode ser que tenha médico que ele é muito bom aqui dentro do consultório, pode ser que tenha médico que não vai gostar de descer o morrão a pé e subir morrão de escada, que ninguém é perfeito um não nasceu igualzinho o outro.

Como exclama a própria ACS1: “Ainda tem isso!”. Esse é mais um ingrediente da atividade dos agentes comunitários, organizar a saída dos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros, para fazer as visitas domiciliares na comunidade. Cabe aos ACS, diante do tempo restrito disponível para visita junto a esses profissionais, arbitrar quais são os usuários que deverão ter prioridade de receber as visitas, qual domicílio deverá ser visitado pelo médico e qual deverá ser visitado pelo enfermeiro. Alguns aspectos são claros e facilitam nessa decisão: a definição dos usuários que devem receber visitas domiciliares, por exemplo, é explícita: são os sujeitos que não podem se locomover até a unidade (acamados, usuários com dificuldade de locomoção, idosos, puérperas). A definição de qual o profissional que deverá ir a cada casa também possui alguns critérios compartilhados pelos agentes. A definição da visita “para o médico ou para o enfermeiro” se dá baseada, em geral, nos procedimentos técnicos que cada um pode fazer, mas também na gravidade dos casos, sendo os mais graves definidos para a visita do médico. O que exige dos ACS o conhecimento das atribuições e limites de cada categoria profissional que trabalha junto a eles. No entanto, esse julgamento novamente esbarra na informalidade dos critérios que, por vezes parecem muito naturais. Como nos indica a ACS2:

**ACS2: Não, com a enfermeira já é mais, é gestante, uma alta-hospitalar, é um curativo, um recém nascido, tem uma pessoa que eu tentei orientar porque ele tem problema e ele**

**foi resistente, então eu levo a enfermeira pra ajudar mais, pra ele poder entender e vir resolver o problema. Então a visita do médico é diferente da visita de enfermeira, o médico é aquilo que é pro médico mesmo e enfermeira é aquilo que é pra enfermeira.**

Muitas vezes a falta de critérios formais que auxiliem os ACS na definição das prioridades e na organização das visitas por categoria profissional produz críticas de médicos e enfermeiros que discordam de algumas escolhas de prioridades dos agentes. Neste ponto vale-se ressaltar que, por mais que se deseje, essas escolhas nunca serão tomadas somente a partir de critérios técnicos. Os ACS, imersos nas comunidades, e sujeitos às mais diferentes formas de pressão, sempre devem considerar as repercussões que cada uma de suas escolhas nos coletivo de usuários com quem trabalha. Essas outras normas que regem o trabalho dos agentes devem ser explicitadas para os demais profissionais, com intuito de potencializar a relação da equipe. Em algumas situações levar o médico a uma determinada residência, ainda que não seja necessário a partir de critérios técnicos, pode ser fundamental para não romper o vínculo com determinado grupo e poder continuar trabalhando. Da mesma forma, a inconstância das visitas domiciliares feitas junto com outros profissionais, sobretudo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, têm efeitos negativos para as ações cotidianas.

Mesmo que as visitas domiciliares sejam umas das atribuições mais relevantes da atividade dos ACS, por sua potência como espaço-tempo de orientações, educação em saúde e vigilância à saúde, suas ações são limitadas pelas restrições de sua atuação profissional em relação a uma série de procedimentos demandados pela população. Ressalto novamente que a ação dos agentes se distingue do que as populações, em geral, esperam dos serviços de saúde. Há uma inversão na relação usual com os serviços, baseada na busca do usuário pelos serviços de saúde nos momentos de enfermidade/doença, por práticas que vão até o usuário mesmo quando este não demanda o serviço. A busca passa a ser dos serviços por indicadores e informações sobre as condições de vida e saúde da população.

Essa nova relação estabelecida ainda é extremamente frágil, na medida em que, como os próprios profissionais relatam, “os usuários ainda não entenderam a proposta do PSF”. Assim, a relação dos agentes é condicionada ao que ele oferece a população do território como serviço e as visitas domiciliares de médicos e enfermeiros contribuem para o fortalecimento dessa relação ou, no caso de não serem recorrentes, dificultam as ações dos ACS.

ACS1: Entra naquilo que eu tava falando que a falta de profissional ele afeta... não só os outros sobrecarregam, mas atrapalha muito... e não é só a falta dele não, as vezes o não querer ir com a gente, de fazer a visita que estava programada. Hoje ele não vai aí amanhã aquela pessoa que você já tinha programado e não foi e ela ficou te esperando, aí você já marca a segunda e ela não via de novo, aí na terceira ela não olha mais para você. A falta de compromisso de um profissional... é um compromisso, se você marcar uma visita domiciliar com aquele usuário lá no território ele vai ficar te esperando. Normalmente a gente só faz visita com médico a acamado, idoso acamado, não faz visita de cortesia de tomar cafezinho. A gente vai visitar aquela senhora, aquele senhor que não tem condições de vir no posto. Que os outros vem, que a gente manda vir marcar consulta...agora... as que precisam da visita, os acamados, não tem como você sair empurrando e isso tem acontecido.

-Semana que vem a gente faz...

No outro dia você vai lá e diz:

- Não deu pra gente vir...

aí na outra semana que desculpa você vai ter? De tanto ficar enrolando... aí a pessoa nem olha pra você. Isso aí não afeta às vezes nem ao médico que fica aqui dentro, ele afeta mais o agente comunitário que tá lá no território olhando pra cara daquela pessoa, explicando:

- Ela não veio porque não tá podendo...

Essa falta de compromisso com a visita domiciliar, não é só com médico, pode ser com a enfermeira, com os próprios auxiliares. Tem muitos auxiliares aqui, só que nem sempre você consegue sair com eles, para visitar os acamados, os hipertensos, poucas vezes você consegue, apesar que tá chegando muito. Da nossa equipe, dois profissionais ficam presos [fazendo serviços de rotina na unidade]. Ela não pode sair comigo. Só tem três, dois não podem descer, só fico com um. Essa uma tem que ficar fazendo 3, 4 serviços. Isso tá atrapalhando nosso serviço, porque às vezes a pessoa tá agoniada de ver só você e tem coisa que você não vai poder fazer. Eu não vou poder aferir uma pressão de uma pessoa eu tá na cama. Aí você vai lá toma cafezinho:

- E aí deu o remédio dela?

-Dei!Dei! Dei! E cadê esse médico que não vem aqui?

Esse mês então! Você tinha que desviar o caminho da casa do paciente. Ele tava aqui você tinha que passar pelo lado de lá, como é que você ia olhar para a cara dele? Hoje por sorte eu consegui descer com a minha enfermeira e a gente fez bastante visita, mas quando a gente consegue parece que chegou Deus na casa deles, eles abrem o sorriso, te aceitam, aí depois você vai mais lá durante o mês é mais tranquilo, mas enquanto você não consegue levar alguém lá dentro eles ficam cobrando de você e aí não é mais nosso serviço. Não tá mais dependendo só de mim, depende de outras pessoas.

A atividade dos agentes comunitários de saúde, conforme pudemos ver é extremamente complexa, não obstante à pouca qualificação formal exigida para o ingresso na

profissão. Ao nos aproximarmos da atividade dos ACS, e da função de “elo” entre comunidade e serviços que lhes é atribuída, é possível constatar toda a mobilização necessária para construir e manter essa relação entre os demais trabalhadores dos serviços e a população que habita o território adstrito, mais especificamente por aquela parcela de responsabilidade de uma equipe específica.

Para realizar esse trabalho, é necessário outros saberes além dos produzidos na vida em comum com a comunidade, em princípio, os únicos exigidos. Mais que os “saberes da comunidade” são necessários os “saberes do serviço”, para isso é fundamental o acesso a eles. Mais que o mero acesso, é preciso criar condições para que os trabalhadores se apropriem deste saberes, e como em um processo de fagocitose, torná-los corpo para conseguir desempenhar essa função, aparentemente simples, de elo.

A posição de entre-lugar, o caráter híbrido da profissão - que a um só tempo deve ser dos serviços e da comunidade - exigido para conseguir desempenhá-la não se dá sem o risco de produzir um trabalhador que se torne estranho à comunidade e externo aos serviços. A ausência de normas formais, de espaços e estratégias para compartilhamento dos saberes, bem como de um patrimônio coletivo para dar sustentação às ações dos agentes os coloca sempre numa posição “descoberta”, e por isso em constante risco. Pensar a relação com as demais categorias na produção de saberes compartilhados apresenta-se então como ação estratégica para a formação/qualificação destes novos atores.

## Considerações finais

A cada aproximação que realizamos para a construção desta tese, seja por meio da revisão da literatura, seja pela vivência da pesquisa de campo, foi-se ampliando a dimensão do desafio imputado ao Programa Saúde da Família, a saber: a mudança do modelo assistencial. A cada novo contato com o tema outras variáveis emergiam, dando concretude à complexidade da transformação almejada.

O PSF nasceu em meio a uma proposta de Sistema Único de Saúde cindido e paradoxal, em que forças de estatização e de privatização competem pela produção dos serviços e também pela produção de sentidos. A transformação do modelo, ainda que se vislumbre substitutiva, co-habita no SUS com práticas privadas que não se restringem à assistência suplementar, mas se reproduzem nos diferentes espaços e serviços de saúde. Soma-se a isso a campanha midiática e de marketing vinculada ao complexo médico-industrial<sup>4</sup> que mantém e produz demandas para o modelo tradicional. Além disso, temos entre os trabalhadores, um contingente majoritário de profissionais formados para o modelo que se pretende superar, que continua sendo hegemônico nos cursos de formação da área de saúde. É nesse cenário que vem se construindo essa estratégia e que agem os trabalhadores.

Não obstante, às inúmeras variáveis apresentadas, as normas e a legislação que fundamentam a implantação e a manutenção do PSF concentram-se em aspectos relativos à organização estrutural, ao funcionamento das USF's, à composição das equipes e aos mecanismos de financiamento. Ainda que os diversos textos ministeriais considerem e destaquem a importância de se intervir nos processos de trabalho para alcançar os objetivos, constatamos a fragilidade e, em algumas situações, a ausência de normas ou prescrições relativas aos modos de trabalhar e de gerir o trabalho congruente com o modelo que se pretende construir.

Como apresentamos, tal fragilidade e/ou ausência de normas produz repercussões significativas para a atividade de trabalho, saúde e vida dos trabalhadores. Os conceitos de vida e saúde, que fundamentaram a discussão realizada, propõem uma noção de vida

---

<sup>4</sup> O complexo médico-industrial é um conceito proposto na década de 1980 para ressaltar as relações entre os diversos atores da saúde e dos setores econômicos e abarca “as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico”<sup>141</sup>. (p. 376)

e de saúde vinculada ao processo de composição com o meio em que os seres habitam. Composição e não determinação ou adaptação passiva às condições que o circundam. O que caracteriza o vivo é exatamente a capacidade de autocriação (autopoiese), de produção de normas de vida congruentes com si e com o meio em que vive e produz. A vida é marcada, desta maneira pela possibilidade e luta de persistir em ser, persistência sempre ativa. Vida e atividade se confundem como processo de oposição a inércia.

A ergonomia da atividade de linhagem francófona ressalta a distinção entre o trabalho prescrito e o trabalho real e apresenta, em contradição com a tradição taylorista/fordista, a produção incessante de saberes e normas realizadas pelos trabalhadores. Destaca a importância de se compreender a atividade como uma ação situada e de inserir na análise do trabalho o ponto de vista da atividade, convocando os trabalhadores para esse exercício. Só quem vive o trabalho é capaz de dar visibilidade a algumas variáveis que compõem e estão em jogo em uma dada atividade. Dentre elas destacamos os saberes produzidos incessantemente no curso da ação. A abordagem ergológica e a clínica da atividade nos ofertam outras ferramentas conceituais que nos auxiliam na pretensão de compreender o que se passa neste intervalo enigmático, entre a prescrição e que é efetivamente realizado. Ampliam o olhar sugerindo conceitos como o de normas antecedentes, que alarga a noção de tarefa prescrita e o de real da atividade, que suplanta o entendimento de que a atividade se limita ao que é efetivamente realizado.

O exercício de olhar para as atividades dos trabalhadores do PSF a partir destes referenciais produziu diversos elementos relevantes para o entendimento delas. O primeiro ponto que ressaltamos é a complexidade que caracteriza a atividade dos agentes comunitários de saúde, dos enfermeiros e dos médicos pesquisados. Toda e qualquer atividade de trabalho é marcada por uma dimensão de gestão das variabilidades, exatamente pela impossibilidade de se apreender as transformações do real em prescrições ou normas atemporais. No entanto, a amplitude desta dimensão no trabalho em saúde no PSF exige dos trabalhadores uma mobilização intensa para realizar suas atividades. Basta lembrar que a noção de singularidade é uma constante nas proposições sobre o trabalho nesta estratégia: a inserção da singularidade dos usuários, do território, da comunidade, a inclusão dos aspectos relativos às desigualdades sociais e às condições de vida da população, etc. Todos esses aspectos, fundamentais para que os princípios e diretrizes do SUS possam ser efetivados, mas que costumeiramente são excluídos dos serviços de saúde, passam a ser exigidos aos trabalhadores. No entanto, poucos subsídios materiais e/ou simbólicos, são



disponibilizados aos trabalhadores para a inclusão destas multiplicidades e a produção do seu cuidado.

O segundo ponto diz respeito a esta fragilidade do arcabouço normativo disponível aos trabalhadores das USF's. Esse conjunto de normas é marcado tanto pela incipiência de normas relativas ao PSF e às práticas condizentes com suas proposições, quanto pela predominância das normas relativas ao modelo biomédico. Tal aspecto poderia não ser uma questão tão relevante caso estivéssemos discutindo outra atividade, apesar da maioria das atividades serem marcadas por normas e valores diversificados, que não necessariamente são coincidentes. No entanto, as atividades de trabalho dos profissionais do PSF apresentam alguns ingredientes que marcam sua especificidade.

Como nos mostra Schwartz <sup>77,81,126</sup> a atividade sempre acontece marcada pela negociação e arbitragem entre normas e valores que antecedem à situação de trabalho e às variabilidades imanentes à ação. Nesta negociação os trabalhadores recorrem aos recursos disponíveis, dentre eles a um conjunto de normas que os dão subsídios para realizar a atividade. Quando olhamos de forma mais atenta para estas normas que permeiam o trabalho no PSF percebemos a existência de normas contraditórias e muitas vezes incompatíveis com as práticas que foram propostas e almejadas quando da criação da estratégia. Há uma situação de disputa entre as normas e valores disponíveis, relativas ao modelo que se pretende superar e ao que se busca instituir. Percebemos que essa disputa é desigual e assimétrica, uma vez que estão em jogo normas e valores sedimentados, difundidos e poderosos, em oposição a normas e valores em construção.

Brito et al. <sup>140</sup> ressaltam, a partir da análise da atividade de trabalhadores da saúde - de um hospital geral, da Vigilância em Saúde do Trabalhador e de serviços substitutivos de Saúde Mental (CAPS) -, a relação paradoxal entre a inflação e ausência de normas, bem como o risco proveniente dela. Por um lado, apresenta-se a grande quantidade de normas que marcam estes serviços, ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais; ao planejamento e organização prescrita do trabalho, aos trabalhadores e aos coletivos de trabalho; e aos usuários. Por outro lado, marca-se a ausência de normas que auxiliem os trabalhadores na gestão destas normas diante do real.

A análise da atividade dos trabalhadores do PSF - médicos, enfermeiras e ACS's - corrobora com a proposição dos autores e destaca um novo elemento à complexa gestão cotidiana inerente ao desempenhar da atividade. Agrega-se ao paradoxo entre a inflação

e a ausência de normas a contradição entre as normas existentes. Destacar essa dimensão da atividade nos auxilia na compreensão da permeabilidade das práticas desses trabalhadores às proposições da biomedicina, ainda que sejam divergentes com o modelo proposto, fato criticado por diversos autores<sup>39,41,26</sup>. As conversas com os diferentes trabalhadores permitiram um contato privilegiando com a atividade. O olhar sobre sua dimensão gestonária, que inclui o plano das negociações, das arbitragens, e das escolhas contribuiu para entendermos a infiltração das normas e valores do modelo biomédico nos modos de trabalhar dos entrevistados.

Ao trabalhar, sempre lidamos com a relação dialética entre a antecipação e a atualização, sempre nos apoiamos e nos valemos de normas anteriores à atividade e na situação, diante do atravessamento da história, diante do ineditismo das realidades de trabalho, somos convocados a produzir novas normas. Negligenciar qualquer destas dimensões da atividade é restringi-la, mais que isso desvirtuá-la, deturpá-la. A atividade não pode se restringir ao protocolar, ao codificado e antecipável, conforme a ilusão taylorista, mas também não se pode prescindir das normas antecedentes, das sistematizações e da experiência passível de transmissão, como se o trabalho pudesse se apoiar na ilusão da pura criação. Conforme apresentado em outro momento, todo ser vivo, ao atuar no meio, o faz a partir de normas anteriores<sup>55</sup>, de uma estrutura cambiante<sup>53</sup>, que condicionam essa relação e que produzem a si e ao meio.

Quando nos propomos a entender o trabalho como gestão, devemos destacar que a atividade é sempre marcada pelo risco. Ao se descolar das normas antecedentes e fazer novas arbitragens os trabalhadores flertam constantemente com o insucesso, toda escolha carrega o risco do erro. Em atividades cuja distância entre as normas antecedentes e o trabalho realizado é pequena, este risco, apesar de existir, é menor. Entretanto, no trabalho em saúde da família, o fosso entre o que é disponibilizado pela a organização do trabalho e realidade é imenso. A amplitude das variabilidades é absolutamente desproporcional ao patrimônio normativo disponível aos trabalhadores, estendendo o risco e a mobilização necessária para realizar as ações.

Percebemos que quando lidam com situações delimitadas, em que há protocolos e procedimentos definidos e compatíveis com o novo modelo assistencial, as ações dos trabalhadores também são congruentes com ele. No entanto, quando se encontram diante de situações que fogem a esses limites, eles se valem de práticas relativas ao modelo biomédico. A existência de um patrimônio normativo concorrente, marcado

pela hegemonia de normas e valores vinculados à racionalidade biomédica faz com que os trabalhadores das equipes de saúde da família, nas diferentes situações de trabalho, diante da ausência ou fragilidades de normas congruentes com o PSF, recorram a ele para subsidiar suas ações. Mesmo que estas se conformem em modos de trabalhar incompatíveis com as práticas definidas como concernentes ao PSF.

Conforme nos ressalta Schwartz, as negociações e escolhas que compõem a atividade são marcadas pela economia do corpo, manutenção da saúde e diminuição dos riscos. Assim, quando os trabalhadores do PSF se encontram “descobertos” diante da realidade do trabalho, eles recorrem aos modos de fazer mais sedimentados que lhe dão mais segurança para realizar a atividade, recorrem às práticas pautadas na biomedicina. Esse é um ponto crucial para o entendimento da permeabilidade dos serviços das USF's às práticas biomédicas.

Em relação a isso, ressaltamos a distinção entre a atividade dos ACS's, dos médicos e dos enfermeiros. No trabalho dos médicos e enfermeiros esse movimento pendular entre os modelos é mais destacada. As práticas médicas no Brasil, a partir de sua vinculação à proposta flexneriana, tornaram-se quase coincidentes com as propostas da biomedicina. Portanto, o trabalho médico no PSF carrega o desafio de romper com práticas sedimentadas, ainda hegemônicas na formação e serviços. A aproximação da realidade dos usuários, inerentes ao trabalho no PSF, faz com que as questões sócio-econômicas tomem de assalto os encontros entre médicos e usuários, expondo as limitações das práticas tradicionais e convocando a produção de novos modos de agir. As limitações da ação centrada nos procedimentos técnicos são explicitadas, e a criação do vínculo é destacada como condição fundamental para a produção de saúde. No entanto, apesar da percepção da importância do vínculo e de se considerar o contexto social dos usuários, nas inúmeras situações em que os profissionais se vêem desamparados frente às exigências do real, eles recorrem ao repertório de ação tradicional, sedimentado e compartilhado.

A atividade da enfermagem, até mesmo por seu histórico de atrelamento às atividades dos médicos, também é atravessada por esse movimento de rompimento e retorno ao modelo biomédico. O foco, que ainda se mantém centrado nas ações individuais e nas enfermidades, é permeado pela percepção de que o modo de lidar com os usuários, de falar, olhar, de se comportar, tanto na unidade quanto na residência, é determinante para a construção do vínculo e à qualidade da atenção. Segundo estes trabalhadores, até

mesmo na utilização protocolos, considerados instrumentos importantes para auxiliar suas atividades, esses aspectos devem ser inseridos para melhorar sua eficácia.

Em relação ao trabalho dos agentes comunitários de saúde essa questão, ainda que esteja presente, não se apresenta de maneira tão explícita. Por ser uma atividade recente nos serviços de saúde, resultante de propostas condizentes com o modelo proposto, ela não é marcada de forma tão incisiva por estas questões como o trabalho do médico e do enfermeiro. Por outro lado, a fragilidade das normas disponíveis e a carência de formação profissional específica os colocam constantemente desprotegidos diante do real, forçando-os a recorrer, em geral, às experiências pessoais para lidar com as diferentes situações que se apresentam. Tal característica exige a mobilização constante destes trabalhadores para gerir as relações com a comunidade e desempenhar a função de elo com os serviços.

Mesmo diante do que foi exposto, podemos afirmar que o trabalho no PSF apresenta e produz rupturas significativas com o modelo biomédico e com algumas práticas tradicionais da saúde. Os trabalhadores produzem incessantemente novas normas e modos de trabalhar que apontam para um novo modelo condizente com as propostas do SUS. No entanto, estas normas pouco são transformadas em patrimônio, em prescrições ou em normas compartilhadas coletivamente. Com isso, parte dos saberes produzidos fica restrita aos indivíduos ou se perde. Neste período de transição dos modelos assistenciais, com normas e valores distintos em disputa, é fundamental essa análise do que sustenta a ação dos trabalhadores no programa saúde da família, para potencializar as condizentes com o modelo proposto e combater as práticas que vão de encontro aos princípios e diretrizes do SUS.

Avaliamos ser de fundamental importância, para que o PSF possa garantir a transformação do modelo assistencial, a construção de um patrimônio normativo forte que possa dar suporte aos trabalhadores frente às variabilidades que se apresentam nas situações de trabalho. Além de toda a discussão relativa às mudanças na formação profissional formal é fundamental construir estratégias para que os saberes que já são produzidos cotidianamente nos diversos serviços possam ser potencializados e compartilhados, que eles possam alimentar o patrimônio dos trabalhadores. Soma-se a isso a importância da produção, formalização e reavaliação constante de normas, protocolos e procedimentos para instrumentalizar os trabalhadores diante de uma realidade de serviço que deve incluir as singularidades e transformações da vida.

As práticas vinculadas à racionalidade biomédica vampirizam a transformação do modelo assistencial e a efetivação do PSF e do próprio SUS. Elas emergem nas brechas presentes na organização do trabalho em saúde. Atuar para minimizar essas brechas é um desafio cotidiano. Para isso é preciso produzir novas normas, é necessário potencializar outros modos de agir nos serviços de saúde e pô-los em circulação. A perspectiva que apresentamos aqui nos dá dimensão da complexidade do desafio proposto, mas nos dá o alento de que as saídas são produzidas a todo o momento.

## Referências

- 1 CLOT, Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis:Vozes, 2006
- 2 DELEUZE, G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal, 2006.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação - competência DEZEMBRO/2008. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf). Acesso: 13/07/2009.
- 4 ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. In mimeo, 2005.
- 5 SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2002, vol. 4, no. 6, pp. 75-83.
- 6 GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública, 2005; 39(1): 90-9.
- 7 SENNA, M. C. M. Racionalidade técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do programa saúde da família em São Gonçalo- RJ. Tese [doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- 8 MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. Ciênc. saúde coletiva. 2003, vol. 8, no. 2, pp. 403-415.
- 9 ALVES SOBRINHO, E. J. M.; SOUSA, M. F. O PSF nos grandes municípios: São Paulo um investimento à parte! IN: Sousa MF, organizadora. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 47-68.

- 10 GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 2005, vol. 21, no. 2, pp. 490-498.
- 11 VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa saúde da família. *Physis*, 1998; 8 (2): 12-48.
- 12 GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006, vol. 22, no. 6, pp. 1171-1181
- 13 SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública: Rio de Janeiro*, 18, 2002. p. 203-211.
- 14 RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006, vol. 11, no. 3, pp. 713-724.
- 15 BORGES, C. C. Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF) [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, 2002.
- 16 COSTA NETO, M. M. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de atenção Básica, 2000.
- 17 RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2004, vol. 20, no. 2, pp. 438-446.
- 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 19 FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006, vol. 11, no. 3, pp. 669-681.
- 20 DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCR, Carvalho MCB, organizadores.

Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC; 2004. p. 15-42.

21 NUNES, M. O. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico: Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6), 2002. p. 1639-1646.

22 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Revista brasileira de saúde materno-infantil: Recife, 3 (1), 2003. p.113-125.

23 BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2002.

24 SILVA, I. Z. de Q. J. da; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu). 2005, vol. 9, no. 16, pp. 25-38.

25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

26 PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública: São Paulo, 35(3), 2001. p. 303-311

27 OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev. Saúde Pública. 2006, vol. 40, no. 4, pp. 727-733.

28 SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface , Botucatu. 2005, vol.9, n.16, pp. 53-66.

29 CAMARGO, Jr. K. R. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

30 BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1984.



31 LUZ, M. T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

32 CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad de Saúde Pública: Rio de Janeiro, volume 15, Número 3, 1999. p. 647-654.

33 TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R; Mattos RA. (organizadores). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003. p.89 – 112.

34 RIVERA, F. J. U. Análise Cultural e Gestão Estratégica: elementos teóricos. In Mimeo, 2004.

35 AYRES, R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.2, n. 1/2 1997. p.63-72.

36 MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R.; Mattos RA. (organizadores). Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

37 COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde e da família na formação acadêmica do enfermeiro. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 2, Apr. 2009 .

38 SOUZA, H. M. de et al. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

39 FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E., MAGALHÃES Jr., E. M., RIMOLI, J., FRANCO, T. B., BUENO, W. S. (orgs.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2004.

40 SILVA, A. C. B. A gestão de unidades básicas de saúde frente ao desafio da estratégia saúde da família: exercício de análise do ponto de vista da atividade.

Dissertação [Mestrado em Psicologia Social]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. 2006.

41 CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, 9(1), 2004. p.139-146.

42 SANTANA, J. P.; CHRISTÓFARO, M. A. C. Articulação ensino-serviço na área de saúde. Disponível em: [http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/artic\\_ens\\_serv\\_area\\_saude2.htm](http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/artic_ens_serv_area_saude2.htm). Acesso: 15/09/2004.

43 CAMARGO, M. C. V. A. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v4/ensino.html>. Acesso: 15/09/2004

43 NEMES FILHO, A. Breves reflexões sobre o Programa de Saúde da Família... *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2001, vol. 5, no.9, pp. 154-156.

44 DAL POZ, M. R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gac. Sanit.*. 2002, vol. 16, no. 1, pp. 82-88.

45 CECCIM, R. B.; FEUERWEKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*: Rio de Janeiro, 14(1), 2004. p.41-65.

46 FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1979.

47 STRUCHINER, M.; ROSCHKE, M. A.; RICCIARDI, R. M. V. Formação permanente, flexível e a distância pela Internet: Curso de Gestão Descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. *Rev Panam Salud Publica.*. 2002, vol. 11, no. 3, pp. 158-165.

48 RIBEIRO, E. C. O.; MOTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Olho Mágico. Boletim da Universidade Estadual de Londrina*. Ano 5, nº especial. Novembro, 1999

- 49 HADDAD, Q. J.; FERREIRA, J. R.; RUIZ, L.; BOYER, M.; CERQUEIRA, M. T. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los servicios de salud. Tendencias y perspectivas, 1994. p.1-30
- 50 OPAS. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Americas, Fascículo 1: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, no. 78, Washington, D. C.: Organização Pan-americana de Saúde, 1988.
- 51 BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007. p.75-84.
- 52 MATURANA, H. R.. A Ontologia da Realidade. Belo Horizonte: UFMG, 2001.
- 53 MATURANA, H. R., VARELA, F. G. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Editorial PSY, 1995.
- 54 GRACIANO, M; MAGRO, C. Introdução. In: MATURANA, H. A ontologia da realidade. Belo Horizonte: UFMG, 2001.
- 55 CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- 56 CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, Oct. 1997 .
- 57 CANGUILHEM, Georges. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- 58 SCHWARTZ, Y. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007a.
- 59 DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

- 60 TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. Interfaces ergonomia-ergologia :uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. Et al. (orgs) Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- 61 LEPLAT, J.; HOC, J. M. (1998) Tarea y actividad em análisis psicológico de situaciones. In: CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. (Editores) Ergonomia: conceptos y métodos. Madri: Editoria Complutense.1998. p.164-177.
- 62 BRITO, J. Trabalho Prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.). Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- 63 CLOT, Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis:Vozes, 2006.
- 64 CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. Revista Proposições, vol 12 (35-36), Jul-Nov 2001
- 65 DUC, M.; DURAFFOURG, J.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói:EdUFF, 2007.
- 66 TEIGER, C. El Trabajo: obscuro objeto de la Ergonomía. In: CASTILLO, J. J.; VILLENA, J. (Editores) Ergonomia: conceptos y métodos. Madri: Editoria Complutense.1998.p. 141-162.
- 67 DANIELLOU, F. El análisis del trabajo: Criterios de salud, criterios de eficacia económica. In: Ergonomia: conceptos y métodos (Juan José Castillo & Jesús Villena, editores), pp 197-210, Madrid : Editorial Complutense S. A , 1998.
- 68 BÉGUIN, P. Arqueologia do conhecimento: acerca de la evolución del concepto de actividad. Laboreal, Volume2, nº1, 2006.l pp. 55-61. Disponível em: <[http://laboreal.up.pt/media/artigos/52/beguिन\\_port.pdf](http://laboreal.up.pt/media/artigos/52/beguिन_port.pdf)>
- 69 BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 239-265, 2003.
- 70 JOBERT, G. A inteligência no trabalho. In Carré, P.; Caspar, P. (orgs.) Tratado das ciências e das técnicas da formação. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 223-240, 2001.

- 71 DEJOURS, C. “O sofrimento no trabalho - Entrevista com Chritophe Dejours” realizada por Combase, C. Critique Communiste. nº. 158, 1998, pp.11-16. [Tradução Provisória de Belmiro Freitas de Salles Filho e Ana Inês Simões C. de Melo]
- 72 SCHWARTZ, Y. Entrevista: Yves Schwartz. Trabalho, Educação e Saúde, v. 4 n. 2, p. 457-466, 2006
- 73 SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho In: SOUZA-E-SILVA, Maria Cecília Pérez de; FAÍTA, Daniel. (Org.). Linguagem e trabalho. Construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Cortez, 2007b.
- 74 ATHAYDE, M. Psicologia e trabalho: que relações? In: JACÓ-VILELA, A. M.; MANCEBO, D. (Orgs.). Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1999.
- 75 NOLLIN, M. La intervencion ergonômica. In: CAZAMIÁN, HUBALT, F, NOLLIN, M. Traité d’Ergonomie.Toulouse: Octares, 1996.
- 76 LACOSTE, M. Fala Atividade e Situa o. In: Duarte, F. J. C. M.; Feitosa, V. C. R. (Orgs.). Linguagem e trabalho. Rio de Janeiro: Lucerna, 1998.
- 77 SCHWARTZ, Y. A comunidade Científica Ampliada e o Regime de Produ o de Saberes. Trabalho e Educa o, número 7, julho/dezembro, 2000b..
- 78 DUC, M.; DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Técnicas e Competências. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói:EdUFF, 2007.
- 79 SCHWARTZ, Y. Circula es, dramáticas, ef cias da atividade industriosa. Trabalho, Educa o e Saúde. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004.
- 80 DUC, M.; DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Trabalho e Usos de Si. In: Schwartz, Y. Durrive, L. (orgs.) Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói:EdUFF, 2007.
- 81 SCHWARTZ, Y. Disciplina Epist mica Disciplina Ergológica: Paideia e Politeia. Pro-posi es, Vol 13, no. 1(37), Jan/abr. 2002.

- 82 SCHWARTZ, Y. Conferência de Abertura do seminário trabalho e saber. Belo Horizonte, Maio de 2003. In Mimeo.
- 83 CLOT, Y. Conferência, curso e reunião com Grupos de Pesquisa – UFF. Setembro 2007.
- 84 CLOT, Y.; FAÏTA, D.; FERNANDEZ, G.; SCHELLER, L. Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité. PISTES, vol. 2, No. 1, 2000. Disponível em : <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/pdf/v2n1a3.pdf>
- 85 CLOT, Y. Clinique de l'activité et répétition. Cliniques méditerranéennes, 66-2002.
- 86 OLIVEIRA, P. S. Caminhos de Construção da pesquisa em Ciências Humanas. In: OLIVEIRA, P. S.(org.) Metodologia das Ciências Humanas. São Paulo: Hucitec/Unesp, 2001.
- 87 BECKER, H. S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitec, 1999.
- 88 THIOLLENT, M. J. M. Crítica Metodológica, Investigação social e enquete operária. São Paulos: Polis, 1982.
- 89 BRITO, J. Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Marcelo Figueiredo; Milton Athayde; Jussara Brito; Denise Alvarez. (Org.). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- 90 ODDONE, I. et al. Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec. 1986
- 91 VINCENTI, A. 1999. Ivar Oddone, intelectual orgânico e pesquisador heterodoxo Lês Territoires do Travail.n.3, pp. 33-42, Catéis: Marseille, maio de 1999. [Trad. Provisória de Jussara Brito].
- 92 SILVA, E. F. Trabalhadores/as de escola e construção de uma “comunidade ampliada de pesquisa”: a busca da promoção da saúde a partir dos locais de trabalho. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

- 93 FAÏTA, D. Gêneros de Atividade e estilos de conduzir um trem. In: Faïta, D. Análise dialógica da Atividade profissional. Rio de Janeiro, 2005
- 94 ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail? Paris: Messidor/Éditions Sociales, 1981.
- 95 VIEIRA, M. A. Auto-confrontação e análise da atividade. In: Figueiredo, M. Et al. (orgs) Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- 96 CLOT, Y. La formation par l'analyse du travail : pour une troisième voie. In B. Maggi (dir.) Manières de penser, manières d'agir en éducation et en formation. Paris: PUF, 2000.
- 97 OLIVEIRA, S. S. S. Um olhar sobre a saúde a partir da dimensão gestonária do trabalho: contradições e ambigüidades no telemarketing. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.
- 98 CAMPOS, M. A. de F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Mar. 2008.
- 99 ROCHA, A. R. M.; TRAD, L. A. B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 303-316, 2005.
- 100 ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008.
- 101 HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Abr. 2007 .
- 102 KEMP, A.; EDLER, F. C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Dec. 2004 .

- 103 LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 1997.
- 104 TESSER, C. D. A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização. 1999. (Dissertação) – Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1999.
- 105 TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2008.
- 106 CAPOZZOLO, A. A. No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- 107 CAMARGO Jr., K. R. A Biomedicina. *Physis; Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol 7, n. 1, pp 45-68, 1997.
- 108 CUNHA, G. T.. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 01. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 109 FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO JR., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*, v. 12, n. 1, p. 59–75, 2002.
- 110 MANDU, E. N. T. et al . Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, mar. 2008 .
- 111 BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, 2005.
- 112 MATURANA, H. R. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- 113 CAMPOS, G. W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec. 2007



114 GIACOMOZZI, C. M. ; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais de Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto. Enfermagem*, v. 15, p. 147-150, 2006.

115 HOUAISS, A. *Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa*. 2001.

116 FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro,: Forense Universitária, 1998.

117 DEJOURS, C. Inteligência prática e sabedoria prática: Duas dimensões desconhecidas do trabalho real In: LANCMAN, S. e SZNELWAR, L.I. *Christophe Dejours - Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, 2008.

118 MARQUES, D. *O gênero e o trabalho da enfermagem na atenção básica: percepções das enfermeiras*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

119 MOREIRA, M. C. N: 'A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, V(3): 621-45, 1999.

120 NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. da S. *Imagem da enfermeira: revisão da literatura*. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005 .

121 SANTOS, T. C. F.; BARREIRA, I. A. *A mulher e a enfermeira na nova ordem social do Estado Novo*. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 3, Sept. 2008 .

122 ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. *O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP*. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006 .

123 SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. *A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo*. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. spe, Dec. 2007 .

124 OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 1, Mar. 2007.

125 DEJOURS, C. "O sofrimento no trabalho - Entrevista com Chritophe Dejours" realizada por Combase, C. Critique Communiste. nº. 158, 1998, pp.11-16. [Tradução Provisória de Belmiro Freitas de Salles Filho e Ana Inês Simões C. de Melo]

126 SCHWARTZ, Y. Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe. Toulouse: Editions Octarès, 2000a.

127 MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

128 EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n.3, p. 233-9, set. 2000.

129 GOMES, R. S. et al. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

130 CASTRO, L.J., VILAR, A.L.R., FERNANDES, P.V. Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um desafio para a gestão do SUS. 2004. Disponível em: [http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos\\_enviados/Texto%20ASC%20publicacao%20ROREHS.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/Texto%20ASC%20publicacao%20ROREHS.pdf)

131 TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". Interface, Botucatu, vol.6, n.10. 2002.

132 BACHILLI, R. G.; SCAVASSA, A. J.; SPIRI, W. C. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008.

133 MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 3, Sept. 2007.

134 NOGUEIRA, R.; SILVA, R. B.; RAMOS, Z.V.O. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis \_ o agente comunitário de saúde. [Texto para discussão 735]. 2000. 33p. Disponível em : [www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2000/td0735.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf)

135 LEVY, F.a M.; MATOS, P. E de S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.197-203. 2004.

136 BEZERRA, A. F. B.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. do, BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Rev. Saúde Pública. 2005, vol.39, n.5

137 BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de Outubro de 2006.

138 MANDU, E. N. T. et al . Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 1, Mar. 2008 .

139 CUNHA, D. M. Notas Conceituais sobre Atividade e Corpo-si na Abordagem Ergológica do Trabalho. In: 30ª Reunião Anual da ANPED, 2007, Caxambu. ANPED: 30 anos de pesquisa e compromisso social, 2007.

140 BRITO, J; MUNIZ, H. P.; SANTORUM, K.; RAMMINGER, T. O trabalho nos novos e antigos serviços de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. 2009. In Mimeo.

141 VIANNA, C. M. M. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. Physis. 2002, vol.12, n.2, pp. 375-390.