

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Mariana Nogueira Marconsin

SER ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE SOFRIMENTOS, PRAZERES E
CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE:
um estudo autoetnográfico

Rio de Janeiro

2020

Mariana Nogueira Marconsin

SER ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE SOFRIMENTOS, PRAZERES E
CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE:
um estudo autoetnográfico

Dissertação apresenta à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde, na área de concentração “Trabalho e Educação em Saúde”.

Orientadora: Danielle Ribeiro Moraes

Coorientadora: Adelyne Maria Mendes Pereira

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

M321s Marconsin, Mariana Nogueira
 Ser enfermeira na Saúde da Família entre
 sofrimentos, prazeres e construção de identidade:
 um estudo autoetnográfico / Mariana Nogueira
 Marconsin. - Rio de Janeiro, 2020.
 128 f.

 Orientadora: Danielle Ribeiro de Moraes
 Coorientadora: Adelyne Maria Mendes Pereira

 Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
 Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
 Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
 Profissional em Saúde, 2020.

 1. Saúde do Trabalhador. 2. Enfermagem. 3. Riscos
 Ocupacionais. 4. Condições de Trabalho. I. Moraes,
 Danielle Ribeiro de. II. Pereira, Adelyne Maria
 Mendes. III. Título.

CDD 613.62

Mariana Nogueira Marconsin

SER ENFERMEIRA NA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE SOFRIMENTOS, PRAZERES E
CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE:
um estudo autoetnográfico

Dissertação apresenta à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde, na área de concentração “Trabalho e Educação em Saúde”.

Aprovada em 18/06/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Maria Liana Gesteira Fonseca (INCA)

Profa. Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini (FIOCRUZ/EPSJV)

Profa. Adelyne Maria Mendes Pereira (FIOCRUZ/ENSP)

Profa. Danielle Ribeiro de Moraes (FIOCRUZ/ENSP)

Dedico este estudo àqueles que acreditam num
Sistema Único de Saúde público, universal,
atento às pessoas e aos trabalhadores.

AGRADECIMENTOS

Ao longo dessa caminhada, percebi que a música foi um recurso fundamental para continuar a escrever, ler, me concentrar e não desistir. Grande parte do que está escrito aqui foi redigido ao som de uma gama de artistas, por isso, esses agradecimentos terão um toque musical, sendo minha primeira gratidão ao som, a música, às vozes e a arte.

“É preciso estar atento e forte, não temos tempo de temer a morte”: Agradeço infinitamente às minhas orientadoras Danielle e Adelyne, que estiveram dispostas em me ouvir em todos os momentos, e se solidarizam com todas as minhas questões e dificuldades. Vocês são verdadeiras fontes de inspiração para mim, meu singelo agradecimento por toda contribuição.

“Se o mundo é mesmo parecido com que vejo, prefiro acreditar no mundo do meu jeito / Se você quiser alguém pra ser só seu, é só não se esquecer, estarei aqui”: À minha mãe, que foi leitora e corretora assídua de toda dissertação, e por meio disso, fez-se presente diariamente mesmo há quilômetros de distância. Obrigada, mãe, por refletir em mim teus saberes, e vibrar a cada texto enviado, gerando forças que achava não ter mais. A saudade se transformou numa bela parceria, e estes novos momentos de vídeo chamadas e trocas sobre a escrita me remetiam a infância, quando você me ajudava nas lições da escola com teatros e outros métodos nada convencionais “a la Paulo Freire”. Minha primeira educadora, você sempre será meu colo nos momentos mais necessários, eu amo você.

“Quando penso em você, encho os olhos de saudade”: Ao meu pai, um grande amigo, que me incentivou desde muito cedo a conquistar meu lugar no mundo e a tocar violão – minha terapia constante. Que se orgulha de falar em alto e bom som que a filha está formando pela Fiocruz, quando nem eu tenho noção do que isso realmente representa. Que compartilha comigo as boas risadas e traz leveza ao dia a dia. Obrigada, pai, por cada vez que você falou ‘eu preciso de você’, foi suficiente para eu me reerguer e continuar. Te amo.

“Sou minha mãe e minha filha, minha irmã, minha menina. Mas sou minha, só minha e não de quem quiser. Sou Deus, tua deusa, meu amor”: À minha irmã Dayana e minha sobrinha e afilhada Manuela. Eu realmente não sei o que seria de mim não fosse a presença de vocês na minha vida. Muitas vezes minha maior sensação é de estarmos e seguirmos em frente uma pela outra, irmã. E, no meio disso, a Manu é a fonte do amor mais puro e de energia para viver que eu já experimentei na vida. Juntas aprendemos diariamente nossa construção de identidade enquanto feministas e você cria uma feminista para continuar na luta

pela nossa igualdade, como sou feliz em ter você para partilhar isso e como aprendo ao ver vocês duas.

Vocês são meu suporte sem precisar dar uma palavra, no silêncio me basta tê-las, vocês são a minha maior expressão de amor, para todo sempre.

“Você chegou, fez as caretas e me conquistou, mostrou que sou feliz quando te chamo de meu amor, me convenceu que era incompleta antes de conhecer tudo que havia em você”: Ao meu companheiro, Vinícius, com quem há 12 anos cresço e me modifico, um namoro ainda iniciado na adolescência não imaginava a força que tem, e hoje sou feliz em ser casada com alguém que compartilha comigo as dores e as delícias dos estudos e do trabalho na saúde, desde sempre. Contar com teu apoio foi mais do que essencial para dar seguimento ao mestrado. Não há palavras suficientes que estejam à altura de tudo que você tem feito e fez para que eu conseguisse concluir esta etapa. Obrigada, amor.

“Viver é melhor que sonhar, eu sei que o amor é uma coisa boa, mas também sei que qualquer canto é menor do que a vida de qualquer pessoa”: À minha sogra, Helenita, que diante das minhas dificuldades, tão parecidas com as dela, se propôs a ler esta dissertação, realizar correções e apontar possibilidades. Obrigada por sua amizade e seu amor, você é uma companheira nessa vida de lutas. Um beijo à toda família Lisboa Pereira Lourenço, da qual faço parte com demasiada admiração.

“Companheira me ajude que não posso cantar só, sozinha eu canto bem, mas com você canto melhor”: Às minhas amigas que fizeram uma verdadeira rede de apoio quando eu nem imaginava algo tão sólido e carinhoso, sempre com a disposição de cuidar de mim e de forma despretensiosa questionavam sobre como estava o mestrado, revelando que o suporte também está nos pequenos detalhes das relações, Aryane Guimarães, Anna Carolina, Carol Trindade, Debora Carvalho, Bruna Barros, Camila Torquato e Edilane.

“Eu quero me curar de mim”: À minha psicóloga, Livia Cretton, que de forma muito habilidosa, profissional e afetuosa me ergueu a mão e me deu ferramentas para que eu me redescobrisse em meio aos vazios que sentia no cume das dificuldades nesta trajetória.

“Eu vou pra Maracangalha, eu vou! Eu vou de chapéu de palha, eu vou! Eu vou convidar Anália, eu vou! Se Anália não quiser ir, eu vou só!” / “Para bailar la bamba!”: Aos meus avós, *in memoriam*, Almiro e Maria José, que deixaram uma saudade infinita, e com certeza estiveram intercedendo por mim durante estes dois anos de mestrado.

“Eu vou à luta é com essa juventude que não corre da raia à troco de nada; Eu vou no bloco dessa mocidade que não tá na saudade e constrói a manhã desejada”: À turma 2018 deste mestrado, que contribuíram a cada aula com a partilha de olhares e saberes que muito

produziram em mim, e que, com afeto, tornaram toda caminhada ainda mais especial. Em particular, agradeço aos amigos e amigas, Sabata, Suellen, Tainá, Eliane, Priscila, Patrícia, Felipe e Henrique, que diariamente constituíram uma enorme rede de apoio e juntos conseguimos emergir forças que fossem suficientes para dar conta de prosseguir. Amo vocês, companheiros e companheiras!

Aos professores e professoras que teciam novos laços dentro de mim, proporcionando um aprendizado único e complexo, que me tornaram uma nova pessoa, e que foi essencial para a minha compreensão sobre o mundo e o que faço nele, onde estou, pelo que e por quem luto. A todo corpo da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, desde porteiros, auxiliares de limpeza, funcionários da xerox, administrativos, por permitirem a possibilidade de uma vivência tão agradável nesta unidade de ensino.

À banca de qualificação, Maria Liana e Angélica, que de forma muito atenciosa me prestaram o apoio fundamental com contribuições genuínas ao projeto.

Aos meus companheiros e companheiras de trabalho nas Clínicas da Família, por toda luta construída em coletivo, e por cada vivência de afeto e trabalho tão intensa. Às pessoas que tive o prazer de compartilhar a construção do cuidado durante toda minha trajetória, falo especificamente dos(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde, desde meu ensino técnico em enfermagem até os últimos dias vivenciados como enfermeira de uma equipe de saúde da família. Nada seria este trabalho não fossem os encontros que tive.

E por fim, com imensa importância, À Deus. Foi um enorme desafio confiar na Tua vontade, entender Teus planos e entregar os meus anseios. Mas, foi ao compreender Teus desejos que passei a me ouvir, a reconhecer as minhas necessidades e a me respeitar. Foi entre minhas enormes dores e orações, que entendia que viver neste mundo é enlouquecedor, e que a Tua força é imprescindível para que eu tenha forças. Obrigada, meu Deus, por estar comigo e me acolher como filha, em meio às dores desse mundo, sendo fortaleza e fonte de paz: *“Me chamastes para caminhar na vida Contigo, decidi para sempre seguir-Te e não voltar atrás, me puseste uma brasa no peito e uma flecha na alma, é difícil agora viver sem saudades de Ti, te amarei Senhor... Eu só encontro a paz e a alegria bem perto de Ti”*.

A esperança faz parte da natureza humana.

Seria uma contradição se, incapaz e consciente do incabamento, primeiro, o ser humano não se inscrevesse ou não se achasse predisposto a participar de um movimento constante de busca e, segundo se buscasse sem esperança. A desesperança é negação da esperança. A esperança é uma espécie de ímpeto natural possível e necessário, a desesperança é o aborto deste ímpeto. A esperança é um condimento indispensável à experiência histórica. Sem ela, não haveria história, mas puro determinismo. Só há história onde há tempo problematizado e não pré-dado. A inexorabilidade do futuro é a negação da história.

PAULO FREIRE

Trabalhar não é somente produzirmos, é também transformarmo-nos.

CHRISTOPHE DEJOURS

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar de que forma a organização do trabalho, em unidades básicas de saúde regidas por Organizações Sociais de Saúde, influencia a vivência da trabalhadora enfermeira, bem como o seu processo de enfermagem. A dissertação apresenta por característica metodológica a autoetnografia, com o uso de diários reflexivos da autora sob a análise do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Compreendendo que o trabalho apresenta-se como fator estruturante da identidade do indivíduo, seja por estabilizar seu aparelho psíquico ou por desequilibrá-lo, esta produção textual permite analisar as dinâmicas de prazer e sofrimento estabelecidas perante a organização do trabalho, além de identificar aspectos do cuidado em saúde desenvolvido através da inteligência prática e de estratégias defensivas coletivas. O uso dos diários reflexivos, escrito ao longo de seis anos da trajetória da autora, possibilitou a imersão nos casos analisados e a interlocução com o referencial teórico adotado, concluindo que, diante da intensificação da sobrecarga de trabalho, perda de direitos trabalhistas, avanço das medidas de austeridade e a privatização do setor público da saúde, o adoecimento mental é irreversível e apresenta bloqueios entre a mobilização subjetiva relevante ao ato de trabalhar e a própria organização do trabalho, por meio do trabalho prescrito. Apreende-se que, na conjuntura atual, é imediata a necessidade de ações eficazes à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, em especial, àqueles que diariamente exercem a construção de um Sistema Único de Saúde público, constantemente atacado pelo avanço neoliberal.

Palavras chave: Estratégia de saúde da família, saúde do trabalhador, enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to investigate how the organization of work, in basic health units governed by Social Health Organizations, influences the experience of the working nurse, as well as her nursing process. The dissertation presents autoethnography as a methodological feature, using the author's reflective diaries under the analysis of the theoretical framework of Psychodynamics of Work. Understanding that work presents itself as a structuring factor of the individual's identity, either by stabilizing his psychic apparatus or by unbalancing it, this textual production allows to analyze the dynamics of pleasure and suffering established facing the work organization, in addition to identifying aspects of the health care work developed through practical intelligence and collective defensive strategies. The use of reflective diaries, written over the six years of the author's trajectory, enabled immersion in the analyzed cases and interlocution with the adopted theoretical framework, concluding that, in view of the intensification of work overload, loss of labor rights, advance of measures from austerity and the privatization of the public health sector, mental illness is irreversible and presents blocks between the subjective mobilization relevant to the act of working and the work organization itself, through prescribed work. It is apprehended that, in the current situation, there is an immediate need for effective actions for the health of male and female workers, especially those who daily exercise the construction of a Unified Public Health System, constantly attacked by the neoliberal advance.

Keywords: Family health strategy, worker health, nursing.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EC 95	Emenda Constitucional 95
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OSS's	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
AB	Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 <i>Prazer, eu</i>	12
1.2 <i>O trabalhar na Saúde da Família</i>	14
1.3 <i>O sentir na Saúde da Família</i>	17
1.4 <i>Ser mulher e enfermeira na Saúde da Família</i>	22
2. PERCURSO METODOLÓGICO, O CAMINHO	24
2.1 <i>A Psicodinâmica do Trabalho</i>	24
2.2 <i>A autoetnografia</i>	29
2.3 <i>Estratégias de pesquisa</i>	30
3. UM DIA SEREI ENFERMEIRA	32
3.1 <i>O que significa ser enfermeira</i>	32
3.2 <i>Estratégia de Saúde da Família: sua eterna construção</i>	38
3.3 <i>Existe prazer em ser enfermeira</i>	48
4. SOU ENFERMEIRA DE UMA EMPRESA PRIVADA	61
4.1 <i>O financiamento do Sistema Único de Saúde em perspectiva histórica</i>	61
4.2 <i>Gestão, modelos de gestão e a privatização da saúde no Brasil</i>	66
4.3 <i>O trabalho privatizado, precarizado e a minha CLT</i>	71
5. OS ENCONTROS NA SAÚDE DA FAMÍLIA	87
5.1 <i>O cuidado emerge do encontro, as estratégias defensivas emergem do coletivo</i>	87
5.2 <i>Quando a organização do trabalho neutraliza a vida mental</i>	104
5.3 <i>Até onde é possível resistir?</i>	113
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

1. INTRODUÇÃO

1.1 Prazer, eu

Inicialmente, este estudo seria destinado a investigar as formas que os modos de gestão – privado e público – influenciam na prática da enfermagem e na saúde da trabalhadora enfermeira, especificamente em unidades básicas de saúde (UBS). O projeto elaborado para adentrar o mestrado buscava realizar a comparação entre dois municípios com adoções distintas de modelos de gestão, e a curiosidade de realizar esta busca se dava pela minha vivência enquanto enfermeira de uma unidade de saúde gerida por uma organização privada, e por uma outra experiência, em uma unidade de saúde gerida pela administração direta.

Após completar dois anos na função de enfermeira de equipe e de enfermeira responsável técnica em uma UBS, percebi que a vontade de continuar estudando ainda era viva em mim. Além deste desejo, me questionava constantemente sobre a necessidade de refletir minha vivência, de explorar novos conceitos, de estudar e ampliar horizontes, em sala de aula, com outros companheiros e companheiras. Elaborei o projeto mencionado acima e ingressei neste mestrado. Entre leituras filosóficas, discussões em sala de aula sobre a conjuntura política e social brasileira, compreensão sobre a sociedade em que vivemos e tudo que ainda há de passar por nós, me vi enfrentando a precarização contínua dos processos de trabalho na unidade em que estava. Ao mesmo tempo que passava a compreender o papel do Estado, o avanço neoliberal, a influência de organizações internacionais sobre nossas próprias políticas, vivenciava profundamente o sofrimento de permanecer sem os insumos necessários para trabalhar, a violência presente no território através de conflitos armados, a falta de água na unidade, o atraso salarial, a percepção do aumento de pacientes em situação de vulnerabilidade e outros tantos aspectos que caracterizam inúmeras perdas de direitos, sejam eles trabalhistas aos profissionais da saúde ou de acesso a um cuidado de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após o primeiro ano de mestrado, adoeci. Negando meus próprios sinais de adoecimento, permaneci trabalhando, não escutei meu corpo, não conversei sobre minhas questões, optei por calar. E já dizia um velho ditado “quando a boca cala, o corpo fala, quando a boca fala, o corpo sara”. Devido à depressão tive que ser afastada do serviço e, neste momento, me dei conta que não havia mais me dedicado ao mestrado. Sem forças para dar continuidade à pesquisa, minha dissertação esteve imóvel por meses, sem qualquer acréscimo na escrita, provavelmente não teria tempo para concluí-la no prazo. Vislumbrei que talvez o

desejo de continuar estudando e me redescobrir junto aos meus companheiros e companheiras alunos e professores havia terminado aí.

Ao refletir sobre tudo que acontecia percebi que meu estudo era também sobre mim, eu era uma enfermeira que estava adoecida, com uma relação intrínseca com o meu processo de trabalho, pois vivia o trabalhar de forma completamente entregue, como irei abordar posteriormente. Em diversos momentos questioneei se este aspecto também não havia contribuído para minha dificuldade em continuar a pesquisa. Contudo, ao conversar com minhas orientadoras sobre todo processo até este ponto, pensamos em possibilidades para a finalização do mestrado, ainda com a elaboração de um trabalho que contemplasse meus anseios, demonstrasse relevância no meio profissional e acadêmico, e que eu escrevesse com primor, que fosse capaz de gerar satisfações tão legítimas quanto às imaginadas ao iniciar este percurso com o projeto elaborado anteriormente. Após meu pedido de demissão do trabalho, retomei as leituras e conseguia, dia após dia, continuar a escrever.

Desta forma, este estudo tomou novo rumo após todo este percurso, a partir de diários que construí sobre a minha prática profissional nos seis anos que exerci a enfermagem – os dois primeiros anos como enfermeira residente, e os últimos quatro anos como enfermeira de uma equipe mínima de Saúde da Família –, a dissertação tornou-se um estudo autoetnográfico, no qual apresento relatos de meus diários reflexivos e com isso, realizo análises referentes ao tema.

A autoetnografia apresenta como característica o desenvolvimento de uma pesquisa a partir dos relatos, saberes, reflexões e críticas do próprio autor imerso no tema em que se busca compreensão, por isso, esta produção textual se apresentará na primeira pessoa do singular, com base em relatos e análises de casos vivenciados por mim. Esta pesquisa busca investigar de que forma o modelo de gestão privado influencia o processo de trabalho e a saúde da trabalhadora enfermeira, assim como realizar um recorte de gênero e analisar o caráter do protagonismo feminino na enfermagem, e por fim, explorar as relações entre os casos apresentados com o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, sendo estes os objetivos deste estudo.

Para esta introdução, busquei realizar a aproximação do leitor com as características do trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sua importância enquanto modelo de atenção primordial ao funcionamento do SUS. Posteriormente, apresento o referencial teórico metodológico escolhido para a análise dos relatos, um caminho onde se encontram a Psicodinâmica do Trabalho e a autoetnografia. A seguir, apresento os capítulos confeccionados à luz dessa metodologia. O primeiro capítulo descreve minha trajetória na

enfermagem, desde a escolha ainda precoce pela profissão até a formação, neste tópico abordo conceitos relativos ao gênero e classe. Neste capítulo também descrevo a dinâmica do prazer, vivenciado enquanto enfermeira em uma equipe de saúde da família. O segundo capítulo buscou esmiuçar os aspectos da privatização vivenciados durante minha trajetória profissional, uma vez que fui contratada por uma organização privada para exercer a função de enfermeira em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro e a maneira como tal gestão influencia o processo de trabalho do serviço em saúde. E, por fim, o terceiro capítulo foi dedicado à análise de relatos que contam com estratégias defensivas e outros conceitos, sob à luz do referencial teórico escolhido, bem como o sofrimento presente no trabalho e os desdobramentos a partir deste sentimento. Ilustrado a estrutura e os vieses desta pesquisa, sigo adiante com as questões conceituais e teóricas pertinentes à exploração do tema.

1.2 O trabalhar na Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família foi adotada como um modelo de atenção organizador do Sistema Único de Saúde e busca, por meio de um cuidado integral, humanizado e longitudinal, proporcionar zelo à toda uma população presente em determinado território. Por isso, o serviço realizado através de uma equipe multiprofissional se torna fundamental para a troca de olhares, saberes e a construção de um trabalho que considere as particularidades de cada território e as complexidades de cada pessoa, de forma singular e em coletivo.

Alguns argumentos embasam e justificam o desenvolvimento desse estudo. Em primeiro lugar, a importância da compreensão da construção do cuidado no processo de trabalho desenvolvido pela enfermeira na Estratégia Saúde da Família. O modelo da Atenção Primária em Saúde ou Atenção Básica¹ serve como base organizacional do Sistema Único de Saúde brasileiro, originado na Constituição de 1988. Isso significa que a rede de saúde no Brasil deveria contar com uma coordenação do cuidado através da operacionalização da Atenção Básica.

Com a proposta de promover uma Atenção Básica mais acolhedora, vinculada ao território e próxima dos seus usuários (BRASIL, 2017), o trabalho na Estratégia de Saúde da

¹ Considerando que a Política Nacional de Atenção Básica adota os dois termos Atenção Primária em Saúde e Atenção Básica, em todo o conceito que lhes cabe, este estudo utilizará ambas definições para tratar sobre a temática.

Família tem como fator predominante o exercício da interdisciplinaridade, na qual a equipe mínima, formada por médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, desenvolve atuação integrada nas intervenções à saúde da população que atende. E, nesse contexto, destaca-se o papel da profissional enfermeira na coordenação e organização da equipe e da unidade, no esforço de promover um cuidado ético e humanizado.

A enfermeira que compõe essa equipe multiprofissional desenvolve um papel ainda central no serviço da ESF, apesar de algumas trabalhadoras enfermeiras – como eu – não se sentirem confortáveis com o papel designado. Enquanto “líder” da equipe ou algo do gênero, são elas que acabam por instituir, em certa medida, a organização da equipe. Essa organização se remete ao fato de que na ESF o trabalho é desenvolvido de forma longitudinal. Dessa forma, é preciso conhecer os casos, criar vínculo com as famílias, estar próximo de sua população e construir com cada usuário do SUS um sentimento de confiança e troca, que possibilite a realização de um encontro e, enfim: um cuidado.

É necessário, por exemplo, saber quais as crianças que ainda não foram vacinadas e significar os motivos para tal atitude a partir de questionamentos que envolverão a dinâmica familiar daquele grupo que só será possível saber através do vínculo outrora já criado com esses usuários, como por exemplo: a mãe estava trabalhando e a avó não pode trazer por estar com outras crianças? E também, como facilitar essa vacinação ou apoiar essa família para que nenhuma criança perca suas vacinas? Ou ainda, saber quais usuários que tenham hipertensão ou diabetes estão conseguindo ser acompanhados pela equipe e quais os motivos para o retorno positivo ou negativo.

Estes são apenas alguns exemplos dentro de uma infinidade de acompanhamentos, justificativas e possibilidades de soluções no acompanhamento de diversos casos. Na grande maioria das vezes, a enfermeira desempenha a função de monitorar tais questões e, junto a equipe, desenvolver um projeto possível para tal território. Além da função de monitoramento e organização da equipe, a enfermeira também irá realizar consultas às diversas linhas de cuidados da população, desde o nascimento de um bebê, à coleta do exame Papanicolau, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e também transmissíveis, como o caso do HIV, entre tantos outros segmentos do cuidado em saúde.

A enfermeira também realiza grupos educativos de acordo com a necessidade do território ou outros que estejam dentro do escopo da ESF, como é o caso do planejamento reprodutivo. É necessário que, todas as pessoas que desejam se submeter a um método de esterilização, participem de grupos de planejamento reprodutivo, sendo este espaço, um facilitador de troca de saberes populares, construção de conhecimento coletivo e debates entre

a enfermeira e a população, bem como os outros grupos realizados e organizados dentro da dinâmica da ESF. O cuidado realizado pela enfermeira se estende dos consultórios até as casas dos usuários e a visita domiciliar é mais uma ferramenta para a manutenção do cuidado, em especial aos idosos e outros que possuem dificuldade no acesso a unidade básica de saúde (UBS).

Tais características do trabalho da enfermeira na ESF constam na Política Nacional de Atenção Básica como atribuições da enfermeira:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
 Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
 Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
 Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
 Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
 Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
 Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
 Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
 Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (PNAB, 2017).

A questão que não está registrada nas políticas ou diretrizes é a complexidade desse trabalho no que diz respeito às realidades que se acompanha quando se é trabalhadora em saúde. Dois aspectos são impostos simultaneamente à realidade de ser enfermeira: o primeiro é a organização do trabalho – tema que será discutido no decorrer dessa dissertação – que envolve a forma como o serviço nas unidades básicas de saúde é planejada, seja pelo cumprimento de metas de alcance de indicadores (como porcentagem de acompanhamento a ciclos de vida e linhas de cuidados), ou também a existência de protocolos que são verdadeiros guias para o cuidado em saúde e que devem ser utilizados com bom senso, característica meramente individual, para que não limite o vínculo entre profissional e usuário, ou ainda, a exigência de carga horária em confronto com a realidade do território. O segundo aspecto é a experiência de troca com o usuário que, diversas vezes, está imerso em

um quadro de alta vulnerabilidade, como privação de acesso a comida ou a outros direitos enquanto cidadãos, conflitos familiares, violências, falta de lazer e demais outras circunstâncias que encontram diretamente o sentido das determinações em saúde.

1.3 O sentir na Saúde da Família

As situações mencionadas acima foram vivenciadas por mim, enquanto enfermeira em uma unidade básica de saúde. Diante da minha inconformidade com a organização do trabalho e de alguns sofrimentos perante a realidade do outro, o meu fazer, o meu ser enfermeira, era algo que me bastava para continuar exercendo minha profissão. Era exatamente no encontro entre mim e o usuário do SUS que sentia alegria e me entregava ao que havia me disposto a realizar, isso só era possível porquê dentro dessa relação, seja numa consulta individual, numa visita domiciliar ou na realização de um grupo, eu conseguia exercer minha criatividade e zelo para dar conta das demandas que eram ignoradas há anos nos territórios que antes eram verdadeiros vazios sanitários, e tampouco eram citadas em protocolos, normas e manuais. O sofrimento perante o obstáculo era o que possibilitava a criação de novas ferramentas para lidar com cada caso.

Certa vez, atendi uma senhora que chorava muito durante as consultas. Sua queixa era uma dor existente desde que teve Chikungunya², mas algo me fazia sentir que poderia haver outro motivo para seu choro, tentava questionar, porém não obtinha respostas. Na terceira consulta em intervalos de tempo próximos, percebi que seria melhor ficar em silêncio, e foi durante meu silêncio que ela se sentiu confortável em expor que estava passando por situações desconfortáveis no ambiente de trabalho e que pensava em pedir demissão. Então, questionei sobre os planos futuros e se ela tinha um currículo, a resposta foi “nunca tive, enfermeira”. Marcamos uma nova consulta apenas para confeccionar seu currículo, ao me despedir, vi a senhora sorrindo pela primeira vez.

Este exemplo é para tornar palpável que realizar a montagem do currículo com essa senhora foi uma intervenção em saúde, mas não era prevista em protocolos. Assim como a necessidade da marcação de uma nova consulta se deu em virtude do esgotamento do tempo na consulta vigente (havia inúmeras pessoas esperando por atendimento ao lado de fora da

² A Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. A viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos *Aedes Aegypti* e *Aedes albopictus* infectadas pelo CHIKV. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quase que exclusivamente no intraparto de gestantes virêmicas e, muitas vezes, provoca infecção neonatal grave. Pode ocorrer transmissão por via transfusional, todavia é rara se os protocolos forem observados (BRASIL, 2017).

sala) e pela possibilidade de marcação na agenda da semana seguinte, em um espaço que eu designava para casos desse tipo. Diante dessas explicações, o objeto desse estudo é o processo de trabalho e a saúde da trabalhadora enfermeira na Estratégia de Saúde da Família.

Perante isso, outro argumento se destaca: a necessidade de refletir sobre os contextos vivenciados nas unidades de saúde da família frente à organização do trabalho, o que perpassa a formação profissional da enfermeira, a gestão local do serviço, os aspectos sociais do território e os subsídios disponíveis para realização do trabalho. O cuidado é criado e construído, é desmontado e é refeito, na relação entre pessoas, o que torna possível uma imensidão de horizontes na saúde e interfere diretamente nas vidas dos usuários e enfermeiras. Frente a isso, o referencial da psicodinâmica do trabalho foi eleito como arcabouço para a análise deste estudo, visando entender a relação existente entre o trabalho e a saúde mental da enfermeira, tal como ela consegue continuar em serviço ante os sofrimentos e prazeres advindos do trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho é uma linha de estudo que busca compreender a relação entre trabalho e trabalhador, através da análise da saúde mental. É colocado em pauta que o trabalho pode ser motor tanto para o adoecimento, quanto para a satisfação, e que dentro dessa dinâmica há inúmeros conceitos e características que abarcam a relação trabalhador-saúde-trabalho, ou seja, “o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, podendo tanto favorece-la, quanto contribuir para o adoecimento” (BRITO, et al. 2012, p. 318).

Esta linha de estudo traz o trabalhador para a centralidade da discussão, entendendo que sua identidade está em constante construção e que isso se deve também ao reconhecimento que ele possui pelo seu trabalho (prazer) ou ao sofrimento que o mesmo lhe evoca. Por isso, a psicodinâmica vem afirmar que há no cotidiano do trabalho situações que não são esperadas, que fogem ao *trabalho prescrito*, e isto faz emergir no trabalhador a necessidade de criar alternativas para que consiga desenvolver aquilo que lhe foi proposto ou solicitado. A criação dessas alternativas é de caráter quase subversivo e que depende estritamente de uma *inteligência prática*, astuciosa. Interessante refletir que o trabalhador poderia paralisar-se ou não perceber outras formas de criar possibilidades diante ao obstáculo, fatos que acarretariam apenas sofrimento – sofrimento este que poderia ser incapacitante ou o ponto inicial de uma descompensação psíquica – mas, ao transformar o sofrimento com o ato de produzir com seus próprios saberes, o trabalhador possibilita a sensação de prazer.

Simultânea à capacidade da mobilização subjetiva está a necessidade do reconhecimento sobre ela, de modo que, o trabalhador irá acessar sua inteligência prática também para obter reconhecimento, seja por trabalhadores hierarquicamente superiores, seja

por seus pares e isso, conseqüentemente, está atrelado à dinâmica da produção do prazer. O reconhecimento pelos pares caracteriza a vivência em coletivo, e é através deste grupo que se elaboram *estratégias coletivas de defesa*, “parte-se, assim, da compreensão de que os trabalhadores não estão passivos em relação à organização do trabalho, mas são capazes de se protegerem elaborando defesas que escondem ou evitam o sofrimento que os acomete” (BRITO et al., 2012, p. 320).

O conceito e os detalhes sobre esta linha de estudo serão aprofundados na revisão de literatura, adiante nesta dissertação, mas é importante trazer, neste momento, algumas compreensões principais oportunizadas pela psicodinâmica do trabalho, a qual evidencia que no centro da relação saúde-trabalho, está a vivência do trabalhador, ocupando um:

lugar particular que lhe é conferido pela posição privilegiada do aparelho psíquico na economia psicossomática. O aparelho psíquico seria, de alguma maneira, encarregado de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito, no arranjo da realidade suscetível de produzir, simultaneamente, satisfações concretas e simbólicas (DEJOURS, 2015, p. 79).

Isso revela que as satisfações, os medos e os demais sentimentos envolvidos no ato de trabalhar são fundamentais para a construção da identidade do sujeito e, com isso, as expressões de prazer e sofrimento oriundas do seu fazer. Com as evoluções tecnológicas e de globalização, há diversas controvérsias sobre o que o trabalho ocupa em cada ser que lhe desenvolve. Dejours, estudioso da psicodinâmica do trabalho, expõe que as teses neoliberais revelam algumas afirmativas, como a inexistência atual do trabalho devido ao progresso tecnológico, ou o trabalho ser atribuído somente à execução de um ato, o que não lhe confere objeto de estudo científico, além do fato do trabalho não apresentar “novos mistérios” e, por isso, não ser mais fonte que produza sentido na vida de homens e mulheres (DEJOURS, 2007).

Tais teses podem ser contestadas com argumentos que trazem à tona a realidade do trabalho no contexto neoliberal, onde a busca por aumento de produtividade e lucro se dá em todos os âmbitos possíveis, como no caso da saúde, pela privatização dos serviços públicos de saúde. Ocorre um deslocamento entre quem executa o serviço e quem administra o serviço, e todas as demais diversas questões, como a terceirização, não afasta a discussão do trabalho e do que ele provoca na saúde do trabalhador, ao contrário, todas as degradações progressivas das condições e relações de trabalho abrem espaços para novas discussões sobre a dinâmica saúde-trabalho (DEJOURS, 2007).

Tal reflexão dá margem para uma breve explanação sobre a privatização da saúde, que terá, posteriormente, abordagem aprofundada. Tornar o setor público da saúde parte do mercado capitalista não foi algo difícil perante as justificativas de fraca gestão e administração, quando, na realidade, o cerne da questão sempre foi o subfinanciamento crônico sofrido pelo SUS. Uma forma de adentrar a superfície da administração direta foi pelo terceiro setor, “alternativa que não pode ser caracterizada como setor público (Estado) ou mesmo como setor privado (mercado)” (SODRÉ; BUSSINGER, 2018, p. 37). Com isso, desde a década de 1990 o terceiro setor adentrou a administração de unidades – em diversos níveis de atenção à saúde – através de parcerias com secretarias municipais e estaduais, principalmente após a formação das organizações sociais de saúde (OSS’s), firmadas por meio dos contratos de gestão (SODRÉ; BUSSINGER, 2018). Mesmo com o avanço pela adoção da gestão por OSS’s, que se intitulam como organizações sem fins lucrativos, é fatídico registrar que:

O modelo de gestão por organizações sociais não se adequa à saúde pública de forma transparente, pois não se trata de uma política de gestão com baixo custo. Seu pessoal necessita de conhecimento especializado, de alto grau técnico, os equipamentos possuem tecnologias diversas, os medicamentos são pertencentes a laboratórios com patentes mundializadas e a distribuição dos serviços de equipamentos públicos e privados é complexa em razão da amplitude territorial no país e suas distintas características culturais. A saúde move uma ampla quantidade de capital em toda a rede de serviços ou indústrias, o que nos permite seguramente considerar a existência de um complexo econômico industrial da saúde. E, todavia, o terceiro setor demonstra que não está fora desta rede de tessitura complexa (SODRÉ; BUSSINGER, 2018, p. 39).

Fora essa ressalva, um fator impactante sobre o funcionamento das OSS’s é que a sua maioria foi oriunda de grupos empresariais médicos, empresas de equipamentos hospitalares ou ainda de grupos filantrópicos, o que permitiu a captação de recursos estatais por mais de um registro de pessoa jurídica. Dessa forma, o instrumento de contratualização de resultados foi a alternativa adotada para o acompanhamento, monitoramento e avaliação do desempenho dos seus serviços. Estes contratos eram compostos por metas estabelecidas que permitissem a avaliação dos resultados esperados por cada uma:

Isto é, o controle das ações se daria por meio de resultados e não pelos seus processos. É uma estratégia que conduz à competição administrativa no interior do Estado, aos moldes dos modelos empresariais. E, para isto, a autonomia no uso dos recursos financeiros, materiais e humanos é uma condição imprescindível ao terceiro setor, com o objetivo que o controle e a

cobrança aconteçam a posteriori dos resultados (SODRÉ; BUSSINGER, 2018, p. 44).

A privatização do setor público da saúde através da adoção da gestão por OSS's é a materialidade dos conceitos neoliberais ocorrendo no bojo do Estado. Características como individualidade, competição, alcance de metas, avaliação por desempenho e eficácia são algumas das tantas especificidades que estão presentes na realidade das enfermeiras da ESF, e não por acaso, são componentes estruturais não somente do trabalho em saúde do terceiro setor, como dos avanços neoliberais na sociedade como um todo. Sobre a adoção de métodos de trabalho como estes e a perda de direitos trabalhistas que lhe são concomitantes, Dejours afirma que “esses novos métodos se fazem acompanhar não apenas de demissões, mas também de uma brutalidade nas relações trabalhistas que gera muito sofrimento” (DEJOURS, p. 25, 2007). Isso proporciona maior urgência ao estudo para a compreensão da relação saúde-trabalho entre as enfermeiras de saúde da família.

1.4 Ser mulher e enfermeira na Saúde da Família

Para finalizar essa introdução, um fator relevante a ser registrado aqui é a escolha – possivelmente já observado pelo(a) leitor(a) – em falar da enfermeira utilizando o gênero feminino da palavra, e não enfermeiro. A escolha pelo termo enfermeira é embasada por dois principais motivos: o primeiro convém ao fato de que na categoria profissional da enfermagem, dentre enfermeiras, técnicas e auxiliares em enfermagem, 85,1% são do sexo feminino (MACHADO et al., 2015). O segundo está relacionado a divisão sexual do trabalho e os motivos inerentes ao grande número de mulheres que compõem essa classe trabalhadora. Duas autoras que buscaram estudar a relação entre a psicodinâmica do trabalho e a divisão sexual do trabalho vão afirmar que:

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (políticos, religiosos, militares etc.) (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 599).

Essa divisão tem dois princípios fundamentais: o primeiro é o princípio da separação (diferenciando trabalhos de/para mulheres e trabalhos de/para homens) e o segundo é o

princípio hierárquico (em que o trabalho do homem “vale mais” que o trabalho da mulher) (HIRATA, KERGOAT, 2007). Diante destes princípios, as autoras revelam que:

as diferenças constatadas entre as atividades dos homens e das mulheres são construções sociais, e não provenientes de uma causalidade biológica; essa construção social tem uma base material e não é unicamente ideológica; em outros termos, a “mudança de mentalidades” jamais acontecerá de forma espontânea, se estiver desconectada da divisão de trabalho concreta; podemos fazer uma abordagem histórica e periodizá-la; essas relações sociais se baseiam antes de tudo numa relação hierárquica entre os sexos; trata-se de uma relação de poder, de dominação (KERGOAT, 2009, p. 71).

Esses pressupostos dão margem à compreensão de que “as relações sociais do sexo são transversais ao conjunto do campo social” (MOLINIER, 2004, p. 15), portanto, a escolha da adoção do termo enfermeira não é apenas um recorte linguístico, é também uma forma de aprofundar este estudo nas questões da divisão sexual do trabalho pela análise da psicodinâmica do trabalho. Essa imersão é necessária ao compreendermos que existem diferenças na relação com o trabalho de acordo com o gênero, seja devido a mulher ainda ter dupla ou tripla jornada de trabalho (incluindo o trabalho doméstico), seja por questões que expõem uma diferença no trato com a organização do trabalho em si – opressões, assédios, disputas advindas de estereótipos machistas, entre outras. Sobretudo o quanto estes fatores geram sofrimento às mulheres que, ao não conseguirem “conciliar” o papel maternal, doméstico e conjugal com seu trabalho, julgam a si mesmas e não realizam reflexões a respeito da organização do trabalho. Isso inviabiliza a discussão coletiva sobre suas próprias situações e passam a caracterizar como “fracasso individual” algo que é visivelmente impossível de ser alcançado (MOLINIER, 2004).

Com isso, é importante sinalizar que a enfermagem se constitui em um coletivo de trabalhadoras mulheres, permitindo uma análise pela psicodinâmica do trabalho, especialmente por uma característica muito similar nos estudos dos trabalhadores masculinos: a presença do fator medo e a confrontação a ele para dar seguimento ao serviço; porém, há distinções nas relações sociais de sexo perante as estratégias para lidar com os sofrimentos advindos do trabalho, e ainda que apresente semelhanças com alguns trabalhos realizados majoritariamente por homens, a realização do serviço pela “enfermagem é também diferente: explicitamente orientado para atender aos outros e aliviar o sofrimento psíquico, ele aparece por essas razões, fortemente indexado à identidade feminina” (MOLINIER, 2004, p. 18).

Assume-se então uma perspectiva de valorização do gênero feminino, predominante nessa profissão, neste estudo que abordará questões relativas ao trabalho e a saúde da trabalhadora enfermeira na ESF.

Assim, em síntese, as justificativas para o desenvolvimento desse estudo estão relacionadas à necessidade de investigar em que medida a organização do trabalho influencia as práticas diárias exercidas pela enfermeira e de que maneira isso altera o cuidado construído, além dos sentimentos que emergem a partir deste aspecto. Diante do exposto, é possível realizar as seguintes questões norteadoras: Quais circunstâncias atreladas ao modo de gestão influenciam a saúde da trabalhadora, promovendo sofrimento, prazer e/ou estratégias defensivas? Em que medida a organização do trabalho influencia o exercício da enfermagem, promovendo a realização do zelo e da inteligência prática nos cuidados que emergem no encontro entre trabalhadora e usuário(a) do SUS?

2 PERCURSO METODOLÓGICO, O CAMINHO

2.1 A Psicodinâmica do Trabalho

Esta produção textual conta com a psicodinâmica do trabalho como referencial teórico-conceitual, apresentada por Dejours, em 1992, como uma expansão das investigações no campo da clínica do trabalho, dialogando com outros saberes, como a psicanálise, a sociologia e as ciências do trabalho (DEJOURS, 2011). A utilização desse referencial teórico para o tratamento do material da pesquisa é fundamental para a realização da análise de forma aprofundada, perpassando pela saúde do trabalhador ao encontro do cuidado construído pelas enfermeiras.

A psicodinâmica do trabalho, inicialmente denominada psicopatologia do trabalho, revela-se enquanto uma disciplina que tem por objeto o estudo clínico e teórico da patologia mental decorrente do trabalho. Esta linha surgiu ao final da Segunda Guerra Mundial, por um grupo de médicos-pesquisadores liderados por L. Le Guillant, e na década de 1980, passou a se chamar análise psicodinâmica das situações de trabalho ou, como é mais comum, psicodinâmica do trabalho.

A mudança no nome deve-se ao fato da disciplina ter evoluído em suas análises, a ponto de considerar a questão do sofrimento como um elemento central. Dejours (2007, p. 21), estudioso da psicodinâmica do trabalho e autor de referência para esta pesquisa, afirma que:

O trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha. Por que o trabalho ora é patogênico, ora estruturante? O resultado jamais é dado de antemão. Depende de uma dinâmica complexa cujas principais etapas são identificadas e analisadas pela psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2007, p. 21).

A organização do trabalho, quando diferenciada em organização prescrita e real, demonstra uma defasagem entre as duas dimensões, pois a primeira “é composta pelas regras e normas ligadas à lógica da produtividade, sendo desconexa das necessidades e desejos das pessoas e das atividades reais de trabalho” (FERREIRA, 2009, p. 39); enquanto a segunda,

refere-se às situações cotidianas que são imprevistas e acabam por ultrapassar o domínio técnico e o conhecimento científico (FERREIRA, 2009).

Ou seja, sempre existe um descompasso entre o que é prescrito e o que é real, de forma que os trabalhadores de determinado serviço têm a necessidade cotidiana de criar novos métodos de trabalho. O trabalho vivo em ato se dá através destes preceitos, pois “é o que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os objetivos” (DEJOURS, 2013, p. 12). O cuidado ao outro é a realização do trabalho vivo, uma vez que interpõe a necessária criatividade diária para que a comunicação e as relações interpessoais, que são subjetivas e espontâneas, ocorram de forma resolutiva, ainda que existam as limitações postas pelo trabalho prescrito.

Perante essa breve explanação, a psicodinâmica do trabalho irá desempenhar papel fundamental no estudo da relação entre trabalho e saúde mental dos subordinados a determinado serviço, para além do entendimento dos fatores que prejudicam ou favorecem fisicamente o ser humano, mesmo a longo prazo. A escolha deste estudo se deu por considerar a saúde mental como fator relevante do indivíduo em relação ao processo de trabalho.

Se pensarmos em outras teorias que costumam realizar a análise do campo da saúde do trabalhador, observamos conteúdos que relacionam fatores de riscos físicos, como a ergonomia, por exemplo, que demonstra ter ação limitada uma vez que provém apenas o alívio parcial aos trabalhadores com vista às melhorias das suas condições de trabalho e, com isso, é possível afirmar que “a intervenção ergonômica não atinge a situação de trabalho em profundidade, pois ela permanece aquém da organização do trabalho” (DEJOURS, 2015, p. 72). No entanto, há uma defasagem quanto à realidade das emoções, ou seja, a forma subjetiva em que o trabalhador vivencia seu processo de trabalho.

Para melhor compreensão dessas comparações, vale descrever aqui que existem diferenças entre *condição de trabalho* e *organização do trabalho*, quando na primeira entende-se aspectos relacionados ao ambiente físico, químico ou biológico em que está o trabalhador (seja ao pensar na temperatura do ambiente, presença de produtos manipulados ou bactérias e fungos); e como organização do trabalho compreende-se a “divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades etc.” referentes ao serviço (DEJOURS, 2015, p. 29).

Algumas características da psicodinâmica do trabalho merecem ser destacadas para que se compreenda seu uso neste trabalho. Dejours afirma, em sua obra intitulada *A banalização da injustiça social*, que os efeitos vivenciados na sociedade, como a indiferença

diante o sofrimento do outro é em parte, uma produção social que incorpora à causa economicista ao separar a adversidade da injustiça, e com isso, desenvolve-se um comportamento de resignação ou de constatação de impotência perante um processo alheio doloroso, ou talvez, este seja um comportamento que funciona como uma *defesa* contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade, ou seja, é a própria banalidade:

A exclusão e a adversidade infligidas a outrem em nossas sociedades, sem mobilização política contra a injustiça, derivam de uma dissociação estabelecida entre adversidade e injustiça, sob o efeito da banalização do mal no exercício de atos civis comuns por parte dos que não são vítimas da exclusão (ou não o são ainda) e que contribuem para excluir parcelas cada vez maiores da população, agravando-lhes a adversidade (DEJOURS, 2007, p. 21).

Com isso, reflete-se sobre as mudanças no mundo do trabalho regidas pela conjuntura neoliberal que avança por todo o mundo e o quanto as características deste trabalho guiado pelo aumento da produtividade está atrelado com o sofrimento do trabalhador. Numa realidade em que trabalhar significa ter saúde, não trabalhar é o oposto literal deste fato e o que recai sobre o trabalhador é uma série de comportamentos que busca, por exemplo, a omissão do sofrimento, a elaboração de estratégias defensivas para continuar trabalhando, a responsabilização errônea de comprometer-se com o serviço afim de não ser tratado como alguém que é incompetente ou que não está disposto a exercer um bom trabalho. Dentro dessa perspectiva, a solidariedade entre os próprios trabalhadores deveria ser algo comum e isso ocorre em determinados locais, porém, observa-se que um fator crucial no neoliberalismo é o estímulo à competitividade e isolamento; ou seja, atuar em coletivo tornou-se um desafio no mundo do trabalho atual.

A relação entre doença e trabalho é percebida especialmente no entendimento sobre a ideologia da vergonha de parar de trabalhar, pois, se o corpo produtivo é aquele que pode desenvolver plenamente suas atribuições, “o corpo só pode ser aceito no silêncio dos órgãos” (DEJOURS, 2015, p. 40).

O trabalho percorre um caminho que segue entre sofrimento e prazer. O sofrimento dos que trabalham pode estar relacionado à precariedade de leis trabalhistas, aos riscos de exposição a insumos de maior periculosidade, o que é comum dentro do campo da saúde, uma vez que as enfermeiras lidam constantemente com exposição a inúmeras doenças e infecções contagiosas, e por fim, há o sofrimento dos trabalhadores que “temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho, imposições de horário, de ritmo, de

formação, de informação” entre outros requisitos relacionados à ideologia da empresa ou exigências do mercado (DEJOURS, 2007, p. 28).

Para entender a dinâmica da produção do sofrimento no trabalho é interessante, primeiramente, recorrer ao conceito de *real do trabalho* definido por Dejours “como o que *resiste* ao conhecimento, ao saber, ao *savoir-faire* e, de modo mais geral, ao *domínio*” (DEJOURS, 2007, p. 29). O real do trabalho ocorre pela defasagem irreduzível entre a *organização prescrita* do trabalho e a *organização real* do trabalho, é o momento em que o trabalhador percebe estar diante de uma situação em que não é possível cumprir com as necessidades do serviço usando apenas as ferramentas que lhe são disponíveis, para isso, seria necessário que ele pudesse atuar de forma criativa e livre para alcançar determinado objetivo. Esse ato vai ser denominado como *zelo* que é definido como “tudo aquilo que os operadores acrescentam à organização prescrita para torná-la eficaz; tudo aquilo que empregam individual e coletivamente e que não dependem da ‘execução’” (DEJOURS, 2007, p. 30). O que o trabalhador realiza para a manutenção dessa defasagem existente entre trabalho prescrito e o real do trabalho é acionado a partir dos seus impulsos afetivos e cognitivos da inteligência.

A psicodinâmica do trabalho irá apontar que o medo da incompetência, a pressão para trabalhar mal (quando o ambiente relacional impõe obstáculos a melhor realização do serviço) e a falta de reconhecimento são três fatores essenciais para a produção de sofrimento. A dinâmica da produção do sofrimento exige que o trabalhador, com o intuito de permanecer operante, elabore *estratégias de defesas* para seguir seu serviço sem que lhe ocorra uma descompensação psíquica (ou seja, que não lhe permita o desenvolvimento de uma doença mental):

No domínio da psicologia do trabalho, o estudo clínico mostrou que, a par dos mecanismos de defesa classicamente descritos pela psicanálise, existem defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores *coletivamente*. Trata-se de “estratégias coletivas de defesa” que são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho (DEJOURS, 2007, p. 35).

À luz da interpretação da organização do trabalho e da condição do trabalho advinda da psicopatologia do trabalho, com a compreensão desses conteúdos sobre o que o trabalho evoca, de fato, nos trabalhadores que o realizam, pode-se concluir que:

O trabalho, ao contrário do que sugere essa concepção dominante do fator humano, é precisamente aquilo que os trabalhadores devem acrescentar aos

métodos e à organização do trabalho prescrita, para fazer face àquilo que não foi previsto e que por vezes não pode estar ao nível da concepção (DEJOURS, 2007, p. 63).

Uma pergunta reflexiva cabe aqui: quais seriam as motivações para que o trabalhador exercesse sua inteligência prática na busca de artifícios para seguir com seu trabalho perante a defasagem entre real e prescrito? A resposta contempla a existência do *prazer* no trabalho que é construído a partir de um processo.

Dejours apresenta a *sublimação* como uma realidade vivenciada em duas etapas distintas, a primeira é a “maneira pela qual o trabalho comum convoca a subjetividade do trabalhador competente” (DEJOURS, 2013, p. 15), e faz com que ele passe a conhecer seu trabalho de forma erógena, quase como uma continuidade do seu corpo, a partir de seus sentidos e da intrasubjetividade que o cerca. É como sentir que o trabalho faz parte estruturante do seu ser e comporta uma extensão de si. Já a segunda etapa da sublimação é a dimensão do *reconhecimento no trabalho*. O reconhecimento é originado a partir do julgamento do outro sobre seu próprio trabalho, este outro pode ser um par que se encontra em mesmo nível que o seu na hierarquia da organização do trabalho como também chefias e demais lideranças. Por isso, este reconhecimento pode ser distinto em duas formas principais: *julgamento de utilidade* e *julgamento de beleza*.

O primeiro é referente sobre a utilidade econômica e social, advindo somente por parte dos superiores hierárquicos. O segundo é proferido pelos pares e tem a ver com a própria execução do serviço, com a beleza do trabalho, no qual somente um par saberá dos detalhes exigidos para tal exercício (DEJOURS, 2013). Através das duas dimensões da sublimação é percorrido o caminho para o prazer no trabalho. Porém, anterior a esta etapa, observa-se a necessidade da realização criativa do trabalho para o alcance da sublimação, exatamente no ponto do descompasso entre o que é prescrito e o que é real. O *zelo*, segundo a teoria dejouriana, pode ser entendido como a inteligência que permite inventar as soluções necessárias para resolver a defasagem entre o prescrito e o real e, também, como a mobilização dessa inteligência em situações de trabalho (MARCONSIN et al., 2016).

Todos estes conceitos estruturantes da psicodinâmica do trabalho foram necessários para a compreensão e análise dos dados obtidos com este estudo. É a partir dela que se tornou possível o desenvolvimento da interpretação e análise dos recortes dos diários apresentados, e como usei dos meus próprios saberes e criatividade através da confrontação com o sofrimento, para lidar com as prescrições existentes do trabalho, suas defasagens, e com isso, continuar a desempenhar papel fundamental na produção do cuidado em Saúde da Família.

2.2 A autoetnografia

Para a construção de análise e escrita, este estudo apresenta como metodologia fundamental a autoetnografia, através do qual a autora se utiliza dos métodos da autobiografia e da etnografia para desenvolver a pesquisa baseada na análise dos relatos de vivências. É caracterizado como um método potencialmente utilizado na investigação e na escrita, pois apresenta a proposta de descrever e analisar sistematicamente a experiência pessoal, a fim de compreender a experiência cultural, ou seja, a autoetnografia configura-se como um método que faz parte tanto o processo quanto o produto da pesquisa (SANTOS, 2017).

Além dessas características, a autoetnografia é um método triádico, pois se baseia em três orientações fundamentais: a primeira de caráter metodológico, cuja base é etnográfica e analítica; a segunda corresponde a uma orientação cultural, com relevância à interpretação dos fatores vividos (a partir da memória), do aspecto relacional entre a pesquisadora e os sujeitos (objetos) da pesquisa, e interpretação dos fenômenos sociais investigados; a terceira orientação caracteriza-se pelo conteúdo, cuja base é a autobiografia aliada a um caráter reflexivo:

Isso evidencia que a reflexividade assume um papel muito importante no modelo de investigação autoetnográfico, haja vista que a reflexividade impõe a constante conscientização, avaliação e reavaliação feita pelo pesquisador da sua própria contribuição/influência/forma da pesquisa intersubjetiva e os resultados consequentes da sua investigação (SANTOS, 2017, p. 218).

Santos também afirma que:

o que caracteriza a especificidade do método autoetnográfico é o reconhecimento e a inclusão da experiência do sujeito pesquisador tanto na definição do que será pesquisado quanto no desenvolvimento da pesquisa (recursos como memória, autobiografia e histórias de vida, por exemplo) e os fatores relacionais que surgem no decorrer da investigação (a experiência de outros sujeitos, barreiras por existir uma maior ou menor proximidade com o tema escolhido, etc.). Dito de outra maneira, o que se destaca nesse método é a importância da narrativa pessoal e das experiências dos sujeitos e autores das pesquisas, o fato de pensar o papel político do autor em relação ao tema, a influência desse autor nas escolhas e direcionamentos investigativos e seus possíveis avanços. Tudo isso tem uma conexão direta com o reconhecimento do caráter político e transformador que tal método assume ao “dar voz para quem fala” e em “favor de quem se fala” (SANTOS, 2017, p. 219).

Isto posto, a adoção do método autoetnográfico foi imprescindível para a realização deste estudo, uma vez que a fonte dos dados são meus próprios diários e relatos. Entretanto, algumas dificuldades foram apresentadas durante o percurso de escrita e análise dos textos, especialmente a sensibilidade emergida com a leitura de casos que apresentavam sofrimento, dores ou desconfortos. A releitura de vivências passadas trazia como uma enorme onda todos os sentimentos que estiveram presentes no momento em que vivia tal caso, por isso, em determinadas ocasiões, necessitava pausar o processo de escrita e análise, para conseguir recompor os pensamentos e retomar, posteriormente, de onde havia parado. As memórias apresentam-se de maneiras diferentes a cada releitura, por vezes, o sentimento que eu havia sentido há cerca de quatro, cinco anos atrás, me invadia completamente, a ponto de me transpor ao cenário. Em certa medida, este aspecto pode ser avaliado como algo necessariamente genuíno, uma vez que facilita a análise, porém, em alguns casos me via sofrendo novamente e me sentia incapaz de continuar. Isso necessitou o exercício de autoconhecimento e conseqüentemente, de saber ouvir minhas sensações, angústias e anseios, para que o produto desta pesquisa obtivesse a legitimidade de um estudo autoetnográfico relevante.

2.3 Estratégias de pesquisa

Para a realização deste estudo, os dados adotados como base, conforme já mencionado, foram os diários reflexivos produzidos por mim desde o início da minha trajetória como enfermeira. Foi ainda durante a residência, que utiliza o diário reflexivo como um método de auto avaliação dos residentes, que iniciei as escritas sobre os casos que acompanhava.

Segundo o manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família:

O diário reflexivo (DR) se constitui em um conjunto de anotações diárias realizadas pelos residentes que registram suas vivências, impressões, reflexões do percurso da aprendizagem profissional e a articulação com os referenciais teóricos e práticos. O DR possibilita ao docente orientador acompanhar as atividades práticas, a atuação didática das equipes, o desenvolvimento dos desempenhos (cognitivos, atitudinais e afetivos) e a construção do conhecimento que ocorre nos cenários de aprendizagem. (CARVALHO, et al, 2019, p. 27).

Sempre tive interesse por escrever. Desde criança, mantive diários e anotações frequentes sobre meu dia-a-dia e talvez, por esse motivo, a confecção do diário reflexivo

durante a residência era como um presente para mim mesma, através do qual eu teria contato futuro com as mais diversas lembranças deste período na vida. Por isso, ao terminar a residência e iniciar meu trabalho enquanto enfermeira de uma equipe de saúde da família, passei a sentir falta de escrever e manter viva a reflexão sobre minha prática. Tomei a decisão de permanecer escrevendo sobre minha trajetória e armazenar estes relatos para que pudesse acessar quando quisesse em momentos oportunos. Assim já fazia com os relatos da residência: diversas vezes me via angustiada com o trabalho e em dias difíceis, abria minha pasta de diários, e fazia a releitura de casos antigos que havia acompanhado durante a residência. Isso me trazia certa força, me fazia refletir e me amparar em minhas convicções sobre o que eu desejava enquanto mulher, brasileira e enfermeira da saúde pública.

Ressalva-se que para a composição deste estudo, optei por fazer a troca dos nomes dos usuários, profissionais e qualquer outro participante de determinado relato exposto, zelando pelo anonimato de todos.

Assim sendo, os diários reflexivos tornam-se neste estudo, peças fundamentais para a compreensão e análise de fatores relacionados a saúde da trabalhadora enfermeira, seu processo de trabalho perante a organização do trabalho e como a privatização da saúde, como um todo, influencia diretamente nas práticas exercidas por essa profissional.

3. UM DIA SEREI ENFERMEIRA

3.1 O que significa ser enfermeira

Durante minha infância sonhei com algumas profissões: astronauta e bióloga marinha foram as sonhadas por determinado longo período. Por alguns motivos, que só fui compreender na fase adulta da vida, aos treze anos decidi que seria enfermeira. Lembro nitidamente da conversa com os meus pais, questionando o que pensavam, e veio o conselho da minha mãe: “Filha, se você acha que realmente quer seguir esse caminho, tente o ensino médio-técnico em enfermagem ou nessa área para ver se gosta”.

Segui seu conselho. Aos catorze anos eu adentrava numa escola estadual com curso médio-técnico em enfermagem, carga horária integral, aula aos sábados, novas descobertas de uma profissão ainda sendo um tanto jovem para isso, mas com o imenso sentimento de um verdadeiro encontro com algo que amava. Dentre tantas novidades, havia também um aspecto diferente na minha formação: a escola sofria com o sucateamento do governo, meus professores constantemente realizavam greves, a sensação de ensino prejudicado não diminuía a crescente vontade de continuar em apoio a greve e as lutas que se mostravam essenciais para a manutenção do meu aprendizado.

Percebi, lá no ensino médio-técnico, que minha formação estava longe de ser particularmente da técnica da enfermagem, era uma formação humana, em seu pleno sentido, social e político. Entre lutas, aulas e amizades, vinham os primeiros estágios, a insegurança de ter quinze anos e vacinar corretamente bebês ou ver um homem desnudo aguardando seu banho no leito por mim, tão envergonhado com este momento quanto eu. Encarar uma realidade dolorosa, que não fazia parte da minha intimidade familiar, me acarretou profundas reflexões. Neste momento, eu enxergava que o estágio realizado no posto de saúde era o que mais me provocava sentidos: achava que o cuidado construído pelas técnicas de enfermagem do posto de saúde era integral, mais que o cuidado hospitalar. Talvez não soubesse ainda, o sentido de integralidade, porém havia a percepção de que o cuidado era, de fato, construído ao longo de determinado tempo, conhecendo a comunidade ao redor, criando vínculos, possibilitando troca de conversas e orientações. Eu me sentia em casa. O estágio, constituído aqui como meu primeiro trabalho, já me coloca diante do real e do prescrito, o que emergia uma infinidade de sentidos, aspectos-chaves para a leitura desta produção, conforme a teoria adotada para análise. Era perante a sensação de pertencimento e prazer que estava construindo minha identidade enquanto mulher e trabalhadora do serviço de saúde.

Ao final do ensino médio-técnico já não havia dúvidas: meu desejo em ser enfermeira aumentava. Meus pais, ambos formados na graduação quando eu já era adolescente, me incentivavam a fazer uma faculdade, e não só isso, me incentivavam a fazer uma faculdade pública. Prestei o vestibular e ingressei em uma universidade federal. Carga horária integral, faculdade distante de casa, outras dificuldades no aprendizado, pois assim como no ensino médio, a faculdade também sofrera com o sucateamento. Aulas no décimo andar, sem elevador, no verão, sem ar condicionado, um laboratório de anatomia defasado, e tantos outros problemas. Mais uma vez, a formação estava distante de ser algo meramente sobre ser enfermeira. Minha graduação durou cinco anos, os estágios em que me encontrei foram também nos postos de saúde, agora também denominados clínicas da família. Sabia que gostaria de seguir nessa direção. Os aprendizados com as enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família eram profundos, me preenchiam de desejos, me parecia que ali poderia haver algum tipo de cuidado que fosse, em certa medida, mais humanizado, longitudinal, integral, bem como aprendíamos em sala de aula.

Finalizei a graduação e ainda não me sentia confiante em exercer a função de enfermeira, ainda assim, procurei emprego por vezes, e sem sucesso, optei por tentar uma residência na área de Saúde da Família, a qual eu almejava trabalhar. Em 2014 iniciei a residência multiprofissional em Saúde da Família, e fiquei alocada numa unidade básica de saúde de um bairro na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Esse bairro conta com uma enorme população residente em comunidade, privada de diversos direitos enquanto cidadãos e que convivem com a violência (em seus mais diversos aspectos) diariamente. Durante o período de dois anos, ser enfermeira residente nesta unidade, junto a equipe multiprofissional em que fazia parte, transformou minha prática profissional – ao mesmo tempo em que acrescentou saberes únicos à minha visão de mundo. Foi após terminar a residência, em 2016, que iniciei o trabalho enquanto enfermeira de uma equipe mínima de saúde da família em outro bairro também da zona norte, ainda menos visibilizado pelo governo e com menos acesso a garantia de políticas públicas, também composto por comunidade e violência, mas que tinha em seu território pessoas com classes sociais distintas.

No decorrer da minha formação as reflexões sobre quem eu era e o que me tornava foram presentes a cada passo, o aspecto reflexivo constante em minha trajetória é o que possibilita essa produção textual autoetnográfica, uma vez que, busco aqui, analisar fatos ocorridos neste percurso.

Neste capítulo, inclusive, é importante iniciar a análise de algumas questões. Diversas vezes refleti sobre o que me levou a desejar ser enfermeira. Algumas pessoas próximas, em

especial, trabalhadores e trabalhadoras de saúde que compartilharam a vivência do trabalhar comigo, repetiam sem hesitar: “Deus lhe deu esse dom”, “você foi escolhida para isso”, “foi algo reservado para seu destino”, “esse é o seu caminho já traçado” afim de justificar tal questão. Até certo tempo, ainda jovem, acreditava fielmente nessas afirmativas, entretanto, conforme ampliava meus pensamentos e saberes, deparei-me com circunstâncias e estudos que me guiavam a concluir que minha escolha em ser enfermeira não era obra do destino, do acaso ou divina. Ainda criança, por volta dos doze anos de idade, já era responsável por tarefas domésticas, o que se seguiu por toda minha vida, da mesma forma que me responsabilizava por cuidados à minha irmã caçula. Como a grande maioria da realidade do proletariado brasileiro, meus pais trabalhavam e estudavam, enquanto minha irmã e eu (com quatro anos de diferença de idade entre nós) ficávamos em casa. Éramos responsáveis pelo cuidado domiciliar, e com o passar dos anos, também fazíamos as refeições, além disso, na pré-adolescência voltávamos sozinhas da escola para casa, de mãos dadas e com outras crianças. Minha mãe saía tão cedo para trabalhar e chegava tão tarde da faculdade que às vezes ficava dias sem conseguir dialogar com a minha irmã – eu, por ser mais velha, fazia questão de esperar sua chegada acordada, e nestes dias em que estávamos sozinhas, meu pai encontrava-se trabalhando embarcado, a rotina de quinze dias “em terra firme” e quinze dias em plataforma lhe acompanha até hoje.

Esses aspectos da minha infância remetem a uma reflexão sobre os motivos da enfermagem ser uma categoria composta por tantas mulheres, pois é um campo ainda muito relacionado com o fazer feminino no imaginário social e cultural. Hoje tenho a percepção de que o fato de ter inúmeras responsabilidades, ainda na infância e também na adolescência, especialmente no cuidado e na preocupação exacerbada com minha irmã e meus pais, foram fundamentais para que, na enfermagem, eu pudesse continuar a exercer uma função zelosa, cuidadora. Como dito anteriormente, tais reflexões foram geradas ao longo do meu caminho e amadurecimento. Conforme também estudava, compreendia as questões referentes a divisão social do trabalho e o que a persistência do gênero feminino no campo da enfermagem pode significar.

Apesar do cuidado ter sido característica de homens e mulheres há milhares de anos atrás, com as curandeiras e curandeiros, ao decorrer do desenvolvimento humano os homens da sociedade ditaram o que era esperado de uma mulher e também o que não lhe servia como “característica feminina”, lhe distribuindo a funcionalidade do cuidado doméstico e familiar. Posteriormente, a caçada às bruxas que eram promotoras de cuidados tornou-se evidente através das acusações de que eram imorais, pragmáticas e empíricas, mas ao final do século

XIX a retórica se inverteu: “as mulheres passaram a ser demasiado não científicas, delicadas e sentimentais”, portanto, a presença das mulheres no cuidado é mutável ao longo do tempo conforme estereótipos ditados por convenções masculinas, e não por mulheres, sem justificativas históricas coerentes (BARBARA; DEIRDRE, 2017, p. 52).

A partir deste momento histórico, ficou reservado aos homens, a apropriação dos saberes e conhecimentos, de tal modo que na profissão médica, foram longos anos até a participação de uma mulher em sala de aula. Com isso, houve um deslocamento do cuidado ser realizado inicialmente, na história do mundo, por mulheres, para homens de poder, que tinham, com isso, uma posição social destacada.

O surgimento da enfermagem moderna se estabeleceu conforme os médicos permitiram que as enfermeiras adentrassem seu ambiente de trabalho, estabelecendo, dessa forma, uma relação hierárquica e de subordinação (BARBARA; DEIRDRE, 2017). Tal relação é perceptível até os dias atuais, com o sexismo dentro do capitalismo e a divisão sexual do trabalho que é estruturante das relações do trabalho em saúde:

As atividades do médico e da enfermeira surgiram como funções complementares, e a sociedade, que havia definido como feminino o papel da enfermeira, atribuiu sem dificuldades características intrinsecamente “masculinas” ao papel de médico. Se a enfermeira era a Mulher Ideal, o médico seria o Homem Ideal, em cuja figura convergiam a inteligência e a ação, a teoria abstrata e um inflexível pragmatismo. As mesmas qualidades que tornavam as mulheres adequadas para o trabalho de enfermeira, as impediam de exercer a prática médica, e vice-versa. A ternura feminina e sua inata espiritualidade não tinham lugar no mundo duro e linear da ciência. A inflexibilidade e a natural curiosidade masculina incapacitavam o homem às longas horas de paciência junto ao leito do doente (BARBARA; DEIRDRE, 2017, p. 52).

Tais aspectos perpetuam até os dias atuais, e a divisão sexual do trabalho terá impacto direto na desvalorização, precarização e na saúde da trabalhadora enfermeira, como veremos mais adiante. Mesmo com a regulamentação da enfermagem e todo processo histórico – ainda que tortuoso – em busca pelo reconhecimento da profissão como saber científico essencial aos cuidados em saúde, permanecemos como uma classe de gênero majoritário feminino, especialmente pelas construções históricas sociais que relacionam o ser mulher com algo zeloso de forma natural ou biológica, porém, afirmo com segurança que este é um papel atribuído à nós de forma estabelecida também historicamente por homens, pela estratificação social e pela divisão sexual do trabalho e não por fatores biológicos. Dito isso, meu desejo

precoce em ser enfermeira foi responsável, em certa medida, por instigar a compreensão desse fenômeno e realizar reflexões sobre os contextos em que habito:

As profissões como enfermeira ou ajudante de enfermagem são caracterizadas como tipicamente femininas pela proximidade com as tarefas tradicionais das mulheres no interior da família, o conjunto de atividades hoje objeto de intensa pesquisa sob a denominação, difícil de traduzir, de *care* (cuidado com as crianças, os idosos, os enfermos, etc.). Por causa dessa proximidade com atividades executadas gratuitamente no seio da família, essas profissões femininas são desvalorizadas, inversamente à forte valorização da profissão tradicionalmente masculina do médico, sobretudo do cirurgião (HIRATA, 2006, p. 5).

O curso técnico de enfermagem que fiz já refletia essa realidade. Em uma sala com inúmeras adolescentes do sexo feminino, e apenas dois do sexo masculino, tais questões não eram refletidas em espaços pedagógicos, nesta época, inclusive, a discussão feminista não era algo presente em minha vida e tampouco na vida daqueles jovens que dividiam seus dias comigo. O mesmo se refletiu no curso de graduação e durante os cinco anos estive rodeada por grande número de mulheres.

A graduação, embora em uma universidade pública, também não alcançava tal discussão e, por vezes, reforçava aspectos da divisão sexual do trabalho, como por exemplo, através de afirmativas dos docentes sobre o estágio no setor de ortopedia ser mais direcionado aos enfermeiros homens devido ao peso que se pega ao movimentar um paciente, e também dos homens terem dificuldades em realizar os cuidados nas enfermarias femininas e, por isso, eram sempre direcionados aos estágios em enfermarias masculinas. Houve um estágio em que recebemos do professor uma cartilha sobre comportamento e vestuário, assim que iniciamos o período. Nele continha orientações sobre a necessidade de uso de salto alto, cabelos presos com adereços específicos, uso de maquiagem e roupa impecavelmente branca. Lembro dessa cartilha gerar desconforto em toda a turma, mas não fomos capazes de revogar tais prescrições e com isso, todas nós compramos saltos brancos e acordávamos mais cedo para nos maquiarmos, estando pontualmente às sete horas da manhã no serviço. Questiono hoje, que se tivéssemos discussões aprofundadas sobre a realidade do trabalho, o fazer da enfermagem e seus aspectos históricos e sociais, teríamos sido tão complacentes: creio que não.

Quando penso nesta situação, percebo a necessidade urgente de se repensar o ensino nas graduações de enfermagem. É necessário compreender enquanto enfermeira, qual é o meu lugar na sociedade, qual classe ocupo, se sou valorizada ou desvalorizada no ambiente de trabalho, o que se espera de mim numa organização privada, o que se espera do trabalho que

desenvolvo, e, de fato, para onde a enfermagem, como profissão, caminha. Nenhuma dessas questões foi discutida durante a minha graduação. E, se o papel do Estado é manter a classe dominante organizada e a classe dominada desorganizada, muito contribui a desarticulação entre ensino técnico e ensino sócio-político nas graduações em enfermagem.

Se, ainda na universidade, tivéssemos discussões sobre o valor da força de trabalho da enfermeira, talvez a luta por melhores condições de trabalho e a forma de organização do trabalho em saúde pudesse ser questionado e, através de uma luta coletiva, transformações poderiam ser, de fato, almejadas. Nesta lógica, Santos afirma que:

a compreensão sobre o valor da força de trabalho da enfermeira não é uma questão meramente econômica e que a superação das relações sociais que mantêm as desigualdades de gênero, e que sustentam o modelo assistencial hegemônico, não podem ser resolvidas no âmbito técnico-profissional. A via que emerge exige a organização coletiva da categoria e a explicitação da disputa política entre as enfermeiras, entre enfermeiras e demais trabalhadoras da enfermagem e da saúde. E nessa disputa as enfermeiras precisam, coletivamente, estabelecer estratégias que provoquem mudanças no interior da profissão, bem como no contexto social geral, de forma a superar ou minorar os obstáculos que interferem para o reconhecimento social e para a valorização econômica do seu trabalho (SANTOS, 2012, p. 106).

A mesma autora apresenta em seu estudo questões relevantes ao valor da força de trabalho da enfermeira no contexto contemporâneo brasileiro, apontando que tal valor é definido “mais pelos elementos que reduzem do que por aqueles que contribuem para a sua elevação” (SANTOS, 2012, p. 106). Os elementos que reduzem o valor da força de trabalho são constituídos pela condição subalterna da mulher no mercado de trabalho, o que vai ao encontro da discussão da divisão sexual do trabalho e as novas formas que este caráter assume no ambiente de trabalho, fazendo com que as enfermeiras assumam jornadas de trabalho mais intensas. A flexibilização e precarização das relações de trabalho, pelo viés da divisão sexual do trabalho, tomam forma no bojo do modelo biomédico, hegemônico no contexto brasileiro, quando o médico é apresentado como ator fundamental ao cuidado, e os demais trabalhadores de saúde tornam-se atores sob o controle deste profissional:

Conseqüentemente, o preço dessa força de trabalho tem caído abaixo do seu valor, o que beneficia o modo de produção capitalista e o modelo hegemônico da saúde, pois estes não podem prescindir da força de trabalho dessa profissional, que é essencial para coordenar e realizar o processo de trabalho em enfermagem e articular os processos de trabalho em saúde (SANTOS, 2012, p. 106).

Na Estratégia de Saúde da Família, entretanto, o modelo de organização em equipe interdisciplinar faz com que exista a possibilidade do desenvolvimento de um trabalho respeitoso entre os integrantes e horizontalizado, desde que, todos os envolvidos tenham essa compreensão e estejam dispostos a construção deste tipo de cuidado, com a troca de saberes e olhares sobre uma mesma situação. As questões de gênero estarão presentes em alguns momentos deste estudo, por isso, a compreensão sobre a divisão sexual do trabalho e o que isso provoca na enfermeira é essencial para situar o significado de ser enfermeira e ser mulher na sociedade.

3.2 A Estratégia de Saúde da Família: sua eterna construção

Foi durante a graduação que iniciei algumas reflexões sobre qual tipo de enfermagem eu gostaria de representar, e em que ramo, enquanto enfermeira, eu gostaria de trabalhar. Minha aproximação com a Estratégia de Saúde da Família ocorreu de forma muito intrínseca, uma vez que já gostava da área desde os tempos do curso técnico e, na faculdade, optei por realizar alguns estágios em unidades básicas de saúde, por isso estive presente em algumas comunidades e conheci de perto a realidade de diversas populações, em especial, em favelas da zona norte e oeste da cidade.

Com a enfermeira preceptora, que tinha já alguns anos de experiência, acompanhei atendimentos de casos em epidemia de arboviroses, fiz inúmeras visitas domiciliares, estive presente em discussões de casos, reuniões de equipe e também em contato íntimo com situações de vulnerabilidade social e violência. Lá acompanhei o primeiro caso de violência sexual infantil, lembro perfeitamente da visita domiciliar em que fomos para o acompanhamento do caso, da resposta que confeccionamos ao Ministério Público e até hoje me questiono sobre os desdobramentos e em como está aquela criança.

Ao final da graduação já não havia dúvidas: havia uma enorme vontade em trabalhar na Saúde da Família. O Rio de Janeiro passava pela expansão das unidades básicas de saúde através da privatização e o contrato era regido pelas Organizações Sociais de Saúde, mas ser contratado não era algo simples e os processos seletivos não ocorriam de forma rotineira. É relevante, perante a minha escolha pela Estratégia de Saúde da Família, e esse ambiente ser o pano de fundo de toda discussão abordada neste estudo, aprofundar as características sobre esse modelo de atenção e também sobre sua organização de trabalho.

Para esta dissertação, apesar de adotar a utilização do termo Atenção Básica, seguindo a delimitação das políticas relacionadas ao tema no Brasil, vale a pena sintetizar algumas

nuances entre os termos existentes internacionalmente, além das particularidades que caracterizam a Atenção Básica e sua origem. Tais explicações serão necessárias para a discussão sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família que virá a seguir.

Em 1920, o Relatório Dawson³ apresentava a ideia de um sistema de saúde com funcionamento em rede, de formato hierarquizado, contemplando diversos níveis de atenção. Após este registro, um clássico estudo em 1961 adotou como referência o nome de “atenção médica primária” e afirmou que grande parte dos cuidados realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido faziam parte deste nível de atenção; entretanto, foi a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1976, que trouxe às claras as discussões ligadas às questões da Atenção Básica, denominada à época como Cuidados Primários em Saúde (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Após anos e esforços para a elaboração de uma definição geral que envolvesse todos os aspectos presentes à Atenção Primária em Saúde – ou Atenção Básica – percebe-se que este é, ainda, um assunto insuperável. A adoção do termo Atenção Básica, no Brasil, está intrinsecamente relacionada ao fato do movimento sanitário, no momento das discussões iniciais sobre o tema, ser contrário às proposições realizadas pelas organizações internacionais. Ou seja, numa interpretação de seguir o caráter contra hegemônico, os estudiosos do Brasil, à época, optaram pelo uso da terminologia Atenção Básica, enquanto demais países realizavam a adoção do termo Atenção Primária à Saúde (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Para entender quais seriam as questões ideológicas citadas acima, ressalva-se que a Conferência de Alma-Ata (que deu origem a Declaração mencionada anteriormente) trouxe uma concepção de atenção primária à saúde que contempla três principais componentes: “acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS” (GIOVANELLA, 2018, p. 2). Giovanella descreve que essa concepção abrangente se relaciona com as diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde, porém, essa abordagem não foi implementada em nosso país devido aos incentivos das organizações internacionais que difundiram uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços, primitiva ou, com certo teor pejorativo, referida como

³ O Relatório Dawson foi uma solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

“medicina para pobres”. Isto posto, “foi para se opor a essa concepção que se assumiu no SUS a denominação “atenção básica à saúde”” (GIOVANELLA, 2018, p. 2).

No decorrer dos anos, embora a utilização do termo Atenção Básica ainda esteja em vigor no Brasil, diversos autores, sociedades e estudiosos optaram por utilizar Atenção Primária em Saúde em seus discursos e registros:

Atualmente observa-se uma crescente utilização dos termos AP e APS no Brasil, sem que haja uma explicação definida. Todavia, é notável sua coincidência com o amadurecimento acadêmico da medicina de família no país, o que faz pensar na influência de uma maior aproximação com a literatura internacional (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009, p. 209).

Os estudos que realizam a comparação entre as terminologias destinadas à denominar o tipo de atenção à saúde que aqui me refiro, constatam que apesar de serem usadas como sinônimos, há diferenciações de teor ideológico significativas entre elas, porém, ainda que um termo seja compreendido como inferior à outro, na realidade, todos compõem hoje, o escopo do que é a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde:

No Brasil, a acentuada desigualdade social, como não poderia deixar de ser, estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a AB do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009, p. 210).

Assim sendo, em 1988, a Constituição Federal afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, concomitante à criação do SUS (BRASIL, art.196, 1988). Tal garantia possibilitou que em 1991 houvesse a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com desenvolvimento de trabalho destinado às populações vulneráveis, rurais e periurbanas. Posteriormente, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família, implementado em pequenos municípios. Ambos os programas foram criados em uma conjuntura política e econômica desfavorável (MELO et al., 2018).

Em 1996 surge a Estratégia de Saúde da Família, que em certa medida, realizava a fusão dos dois programas citados acima. A ESF é legitimada pela Norma Operacional 96 e a partir dela, a Atenção Básica em Saúde assumiu o caráter de primeiro nível de atenção. Neste momento é que a Atenção Básica ganha o escopo organizacional de modelo de atenção escolhido como porta de entrada ao SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Obviamente que a expansão e legitimação da ESF foi – e continua sendo – questões trabalhosas, especialmente ao refletir de forma ampla o funcionamento da estratégia, que envolve desde determinações em saúde, cuidados baseados na centralidade do sujeito, e principalmente, por ser uma prática que rompe com a lógica hospitalocêntrica e médico-centrada:

A Estratégia de Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; e instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 604).

Nos anos 2000, observou-se a expansão da ESF no Brasil, entretanto, mesmo com iniciativas para tal, as mesmas não foram “suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites” (MELO, et al., p. 41, 2018). E, atualmente, o cenário da ESF é ainda mais fragilizado e desfavorável, principalmente após as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores

Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB (MELO et al., 2018, p. 41).

As realidades extremamente distintas entre as diversas regiões do país já caracterizavam o desafio de promover uma estratégia – bem como um sistema único de saúde – que atendesse às es de cada população, conseqüentemente, as alterações significativas com a nova PNAB surgem como agravantes à existência do SUS e da ESF. Duas principais alterações foram alvos de inúmeras críticas: a primeira corresponde a recomendação do número populacional acompanhado por Equipe de Saúde da Família (EqSF), pois a PNAB 2011 fazia menção apenas ao limite máximo de 4.000 pessoas/equipe e 3.000/equipe como média recomendada, enquanto a PNAB 2017 coloca que cada equipe deve ser responsável por 2.000-3.5000 pessoas. Manteve-se, na PNAB 2017 a sugestão de que esse número esteja alinhado às questões de vulnerabilidade do território (MELO, et al. 2018). A segunda alteração é referente a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, bem como suas atribuições:

As discontinuidades podem ser percebidas quando se lê a possibilidade de redução do número de ACS por EqSF (no mínimo um), de maneira a vincular esse quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis, ao mesmo tempo que se oportuniza a possibilidade de aumento de suas atribuições; inclusive com recomendação de unificar suas ações com as dos ACE [Agente de Combate às Endemias] (e de incorporação desse último como parte da EqSF) e, ainda, facultar competências atualmente desempenhadas pelos técnicos de enfermagem (como: aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos) (MELO et al., 2018).

A redução do número dos agentes comunitários de saúde por equipe já faz parte da realidade do município do Rio de Janeiro. Na unidade em que trabalhei, no ano de 2016, cada equipe contava com o número de seis ACS, e ao final de 2018, já havíamos reduzido esse número para quatro ACS por equipe. Tal redução configurou sobrecarga de trabalho aos que permaneceram na equipe, uma vez que o número populacional acompanhado pela EqSF permaneceu o mesmo e as áreas foram redivididas, aumentando o número de pessoas a ser acompanhada por cada agente. Essa é uma análise empírica, porém vivenciada intimamente por todos os trabalhadores da saúde da família, que percebem as contradições presentes na nova PNAB em sua rotina de trabalho diário.

Após trazer aspectos da origem da Atenção Básica, o trajeto até a legitimação da Saúde da Família e a conjuntura atual que demonstra ameaçar a consolidação deste modelo

enquanto fundamental para o funcionamento do SUS, é interessante adentrar as características que dão forma ao que é a ESF. No entanto, para tal abordagem, é necessário trazer aqui o que significa o *trabalho* em si, o ato de trabalhar e como ele se molda até a construção do cuidado em saúde, em especial, do cuidado em saúde na Atenção Básica, que possui algumas especificidades, como veremos a seguir.

Para a compreensão do trabalho, é imprescindível uma análise dupla: em seu sentido histórico e ontológico. O entendimento do trabalho nas duas dimensões relaciona-se com o fato do trabalho sempre existir enquanto processo que caracteriza o ser humano, de forma ontológica, porém, que é realizado de maneiras distintas de acordo com seu tempo histórico.

Ramos (2010, p. 95-96) expõe que “o ato de agir sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas é o que se conhece como trabalho”, e vai além ao afirmar que o trabalho transforma ao mesmo tempo a natureza e aquele que trabalha, portanto, o trabalho é inerente à produção da vida humana. Essa compreensão, de caráter ontológico, alinha-se com a dimensão histórica, o que significa que ao longo de sua própria história, “o ser humano organizou relações sociais de produção de vida que proporcionou o surgimento de diferentes formas de trabalho” (RAMOS, 2010, p. 98). Este estudo, por exemplo, trata da forma de trabalho assalariada, em que se encontram as enfermeiras em serviço na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Sobre o trabalho na ESF, é importante ressaltar algumas especificidades, como por se tornar um modelo de atenção à saúde que está evidentemente próximo aos que são assistidos por ela, proximidade física e relacional, como ao construir vínculo com cada usuário(a) assistido. Na ESF, cada unidade básica de saúde (UBS) é responsável por uma área territorial determinada, isso significa que os trabalhadores daquela unidade atendem a própria vizinhança da UBS. Para além, o cuidado não se restringe ao que é realizado dentro da unidade, ele rompe as barreiras do espaço físico e chega na casa do morador, literalmente, seja através do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que tem como característica principal a visita domiciliar, seja pelos outros profissionais de saúde, enfermeiras, médicos ou dentistas que também realizam visitas, em especial aos acamados e restritos ao domicílio.

Para adentrar a casa de alguém é necessário confiança. A relação entre trabalhador e usuário requer a construção de vínculo, especialmente porque o cuidado na saúde da família é algo que se faz no encontro entre esses dois sujeitos, ambos precisam ser respeitados e ouvidos. Esses fatores vão ao encontro da lógica da integralidade e da longitudinalidade, pois, uma vez que o usuário será atendido diversas vezes pela sua equipe, essa relação, sem data

final estabelecida, é garantida pela escuta qualificada, característica fundamental às relações em saúde.

Ao trabalhar diretamente com a população, a compreensão do território é também parte inerente ao serviço. As características sociais, históricas e culturais da região possuem relevância inestimável no processo de construção do cuidado, tal como na compreensão dos sujeitos que ali vivem e trabalham. Em virtude de todos esses aspectos, vale a pena ressaltar que o trabalho em saúde:

É compreendido como uma prática exercida por sujeitos que, além de construir, transformam e intervêm coletivamente, operando resultados nas condições de vida da população e da sociedade como um todo. Desse modo, compreende-se a importância depositada no trabalho em equipe, principalmente na atuação em saúde da família, que por sua vez, é operacionalizada através de equipes multiprofissionais que atuam em comunidades particularmente carentes de um serviço público de saúde que possa suprir a demanda e as necessidades de saúde da população e que têm a família como objeto da intervenção em saúde (TEVA, 2014, p. 175).

O trabalho em equipe multiprofissional é o fio condutor da Estratégia de Saúde da Família, necessário para o reconhecimento e a construção de respostas às necessidades da população. A Atenção Primária em Saúde (APS) se configura como o primeiro contato com a população, por isso, é chamada “porta de entrada” ao SUS, devendo garantir a articulação aos demais serviços de saúde de níveis secundários e terciários. Ou seja, a APS é a base da organização do Sistema Único de Saúde, propondo ações baseadas na prevenção de doenças, promoção de saúde e recuperação, de acordo com as necessidades de cada território.

Esta operacionalização se dá, principalmente, através da Estratégia de Saúde da Família, quando unidades básicas de saúde, por todo o país, assumem um trabalho que se baseia no vínculo entre profissional e usuário, no cuidado longitudinal e humanizado, na proximidade com o território pelo qual a unidade básica de saúde é responsável – com o conhecimento sobre potencialidades, fragilidades e vulnerabilidades locais – e com a resolutividade necessária para que parcela da população consiga realizar neste equipamento, um cuidado efetivo a sua saúde, sem que seja necessário, na maior parte dos casos, o encaminhamento aos demais níveis de atenção em saúde – secundário e terciário.

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta a definição de Atenção Básica como:

(...) o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde,

desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

O documento expõe também, quais princípios e diretrizes do SUS serão operacionalizados pela Atenção Primária em Saúde, sendo os princípios: universalidade, equidade e integralidade; e as diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Todos esses aspectos possuem compromissos e desdobramentos no processo de trabalho das equipes de saúde da família e visam, conforme já mencionado, a construção do SUS e o funcionamento da rede, tendo em vista o objetivo final de proporcionar um cuidado de qualidade ao usuário. E, com a prerrogativa da realização de um cuidado integral, a Estratégia de Saúde da Família apresenta o trabalho em equipe e a interação entre seus membros como fator primordial para que cada um desenvolva suas habilidades e competências. Sobre isso, é possível afirmar que:

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p. 456).

Peduzzi aponta que há diferenças nos formatos de trabalho em equipe, como a distinção entre a “equipe agrupamento”, na qual ocorre apenas o agrupamento de agentes e a justaposição de ações, e a “equipe integração”, em que funciona a articulação de ações e a interação dos agentes. (PEDUZZI, 2001). Com isso, a autora afirma que:

O trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 2001, p. 108).

A Atenção Básica, como um modelo de atenção que busca a diminuição dos fatores sociais que acentuam as desigualdades, tem no trabalho em equipe multiprofissional, uma aposta em que inúmeras possibilidades de cuidados estão integradas. A equipe não é formada por trabalhadores de diferentes formações profissionais de forma aleatória, na realidade, existe a necessidade que esses trabalhadores possam, em conjunto, construir um cuidado ampliado ao usuário do serviço de saúde. É imprescindível, portanto, que os profissionais que compõem a equipe estejam dispostos, capacitados e atentos a realização deste cuidado compartilhado, especialmente, através de reuniões de equipe, elaboração de projetos terapêuticos, discussões de casos ou consultas conjuntas, entre outros instrumentos disponíveis para o trabalho interdisciplinar. Sobre a equipe, é importante salientar que seu processo de trabalho não está inteiramente dado, uma vez que as questões subjetivas, precisamente no campo interrelacional, estão em constante desenvolvimento, como afirmam Matumoto e colegas (2005, p. 14):

Consideramos o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero etc) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Podemos dizer que o trabalho em equipe é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário (MATUMOTO et al., 2005, p. 14).

A equipe mínima presente nas unidades básicas de saúde é composta por um profissional da categoria médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ter uma equipe de odontologia correspondente, esta possui uma cirurgiã-dentista, uma técnica de saúde bucal e/ou uma auxiliar de saúde bucal. Vale ressaltar que, como mencionado anteriormente neste tópico, a PNAB de 2017 não delimita o número de agentes comunitários de saúde por equipe – afirma que deve ser conforme a vulnerabilidade do território, porém não dá parâmetros para análise de tal vulnerabilidade –, e isso já configura a redução destes trabalhadores nas equipes de saúde da família.

O trabalho exercido na saúde da família requer que este seja integral, possibilitando que o usuário ou os coletivos a serem cuidados sejam tratados em sua totalidade enquanto ser humano, porém, um ser humano que está localizado dentro de um determinado contexto, rompendo mais uma vez, com a lógica biologista, já que se entende o sujeito e suas relações interpessoais, com o território e com o mundo. Questões como habitação, acesso a alimentação e água, emprego e inúmeras outras, também graves, como violência (em todas as

suas naturezas: violência doméstica, violência contra o idoso, contra a criança, feminicídio) são recorrentes no dia-a-dia da realidade dos trabalhadores de saúde das UBS. Isso torna a possibilidade do cuidado integral um desafio, uma vez que nem todas essas questões apresentam fluxos ou protocolos para o seguimento do acompanhamento ao caso.

Em virtude desse fator, a atuação em rede intrasetorial e intersetorial é uma necessidade às equipes de saúde. É recorrente a frustração dos trabalhadores diante de casos no qual nem os protocolos, nem o trabalho vivo em ato, conseguem suprir e dar solução a questões delicadas e complexas.

Os dispositivos comumente acessados pela equipe de saúde da família são o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que é caracterizado como um grupo de profissionais de diferentes formações – como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, fisioterapeuta, nutricionista e outros – a depender da unidade em que estão alocados, que atuam dando suporte aos casos complexos e realizam o matriciamento das equipes.

Além do NASF, existe nos territórios os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que se diferenciam entre CAPS infantil, álcool e drogas e direcionados para adultos em geral com sofrimento psíquico, que dão suporte ao acompanhamento destes casos – pessoas que fazem uso abusivo de drogas, crianças que apresentam transtornos psíquicos ou doenças genéticas, adultos com sofrimento psíquico em geral, como esquizofrenia e outros possíveis diagnósticos – junto a equipe de saúde da família.

Outro equipamento presente em diversos territórios é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que orienta quanto a questões do âmbito social, que são muito presentes na realidade dos territórios vulneráveis, como a realização de documentos pessoais, a inserção em programas geradores de renda como o Bolsa Família ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros. Outro dispositivo que por vezes é acionado é o Conselho Tutelar, que pode realizar um trabalho em conjunto com a equipe de saúde da família, nos casos de violência e de abandono.

Outra necessária integração da rede de atenção básica é com os serviços de saúde de caráter emergencial, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e serviços de apoio diagnóstico e hospitalares, onde o funcionamento em rede deveria se dar através da referência e contra-referência.

A dinâmica do trabalho em equipe proporciona a realização de cuidados mais complexos, e por outro lado, também é capaz de aumentar “competições entre os profissionais, bem como as diferenças entre as prescrições e o trabalho real, os indivíduos, entre estes e seu objetivo de trabalho e as resultantes de todos esses encontros” (SHIMIZU;

CARVALHO JUNIOR, 2012, p. 2406). Com isso, vale salientar o quanto é necessário a existência de espaços coletivos de comunicação entre a equipe para a construção do processo de trabalho.

O emaranhado que se forma através da observação da atuação de uma equipe de saúde da família permite reflexões acerca da saúde destes trabalhadores, da atuação profissional em relação ao usuário do Sistema Único de Saúde, e de outros aspectos estritamente relacionados aos modos de gestão, que norteiam a prática profissional, através do equilíbrio entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Em resumo, as dificuldades se concretizam em duas ordens principais, uma relacionada às implicações existentes no trabalho em equipe, como diálogo e construção de processos, e outra relacionada às condições de trabalho. Sobre esta última, o financiamento é um fator que impacta diretamente às condições de trabalho, para essa discussão se dedica o capítulo quatro deste estudo, entretanto, vale antes trazer alguns aspectos sobre o prazer em ser enfermeira que serão abordados a seguir.

3.3 Existe prazer em ser enfermeira

Vivências (quase) diárias na vida de uma enfermeira de saúde da família:

- *Andando apressada pelo corredor da unidade me deparo com um abraço repentino: "Oi tia, eu estava com saudade!". É a sua paciente mini, uma criança acompanhada pela equipe. A abraço e digo que também sinto saudade, e falo que em breve nos veremos com calma.*

- *Atribulada na coleta de sangue, ainda de manhã bem cedo, com a cara enfiada no livro de registro: "Tchau, enfermeira Mariana, bom serviço para você!", levanto o rosto sorrindo e agradeço, ela responde: "Eu sou mãe da 'fulana de tal' e avó... ", me adianto: "da beltrana de tal, sei quem a senhora é, lembro bem de você no grupo sobre diabetes, dona Maria". Ela sorri agradecida.*

- *Agenda lotada, mil e um atendimentos, batem à porta: "Oi enfermeira, é só um minuto...", já respiro fundo, sorrindo e olhando a tela do computador (que mostrava os pacientes ainda em espera para serem atendidos), bem cansada, mas antes, a paciente retruca: "vim perto do almoço porquê sei que sempre tem fome, trouxe as rosquinhas que eu faço para você tomar com café". Levanto, agradeço e abraço.*

- *Arrumando toda a sala para ir embora, morrendo de cansaço, fiz hora extra sem querer, apago a luz, tranco a porta da sala, um paciente que ainda aguarda o atendimento médico do consultório ao lado diz: "Bom descanso, enfermeira, vai com Deus!". Amém! Sorrio e agradeço.*

- Saindo da unidade, andando pela rua até o ponto de ônibus, em outro dia exaustivo, gritam pela porta de um carro estacionado: "Tia!!!! TIA MARIANA, OLHA EU!". Outra paciente mirim, outra criança acompanhada pela equipe, e sua mãe gestante que também é acompanhada. Mandam beijos, retribuo, vou para casa.

Chego em casa, e acabo de pensar em registrar, que muitas vezes, ser enfermeira é ser muito cuidada, além de cuidar do outro (Diário da autora, janeiro de 2017).

A Psicodinâmica do Trabalho afirma que o processo de sublimação passa por alguns passos, como o de sentir-se parte do trabalho, ao ponto de que o trabalhador já o realiza de forma intrínseca. Além disso, outro passo presente é o reconhecimento, tanto pelos pares quanto por chefias no ambiente do trabalho. Irei ousar em afirmar que o reconhecimento no trabalho em saúde também perpassa na relação entre usuário(a) do SUS e trabalhador(a).

O relato apresentado acima foi registrado após a reflexão do quanto os próprios usuários da unidade básica de saúde em que trabalhava cuidavam de mim. Mesmo com a ênfase a respeito do desgaste do ato de ser enfermeira da saúde da família, sentia que era acariciada através do reconhecimento proveniente daqueles que estavam “sob os meus cuidados” – e com isso, passava a relativizar e questionar a expressão “sob meus cuidados” – enquanto enfermeira daquela parte populacional do território.

O vínculo entre profissional e usuário é essencial para a promoção do cuidado, pois nesta relação, caso não ocorra confiança mútua, o encontro que deve existir para que o cuidado seja construído, não irá acontecer. Nesta reflexão, é possível inserir o vínculo como motor ao reconhecimento do profissional pelo usuário, e este então, é um caminho ao prazer no trabalho. Os gestos de cuidado providos pelos usuários(as), através de abraços, acenos e até mesmo oferta de comida, simbolizam o reconhecimento ao trabalho da enfermeira como constituinte de uma relação promotora da saúde. O cuidado torna-se mútuo.

O reconhecimento aqui não é na forma salarial ou de vantagens materiais, é um reconhecimento de identidade e de originalidade, é uma via de mão dupla sobre contribuição e retribuição. Eu contribuo com o serviço prestado enquanto enfermeira, e os usuários e usuárias do SUS me retribuem com o reconhecimento afetuoso, através de ações de cuidado e de visibilidade à minha presença, Dejours vem afirmar que

Do reconhecimento depende na verdade o sentido do sofrimento. Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem

sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez em mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento (DEJOURS, 2007, p. 34).

O reconhecimento toma sentido no processo de produção de prazer, uma vez que oferta aos sofrimentos e angústias, um novo lugar na centralidade do ser. A partir do reconhecimento, é possível construir uma nova identidade e ressignificar sentimentos difíceis presentes na vivência do trabalho em saúde. Ao ler o relato acima, é perceptível, em algumas frases, a sensação de cansaço no cotidiano da enfermeira ou ainda, de excesso de carga de trabalho, estes aspectos são ponderados com a relevância do reconhecimento advindo a partir dos gestos dos usuários e usuárias. Precisamente, afirmo que a troca entre mim e os pacientes sempre serviram como constituinte do meu ser, mulher e enfermeira, além de fornecer subsídios para buscar sentido no ato de trabalhar na saúde. Lembro de, em inúmeros dias, retornar para casa emocionada com o contato, os encontros e as trocas repletas de agradecimentos mútuos, o que gerava sentimentos de gratidão e de leveza, contrapondo assim, a realidade vulnerável, intensa, difícil e acelerada do serviço em saúde:

O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza d'alma ou até de elevação. O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental. Não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade. Eis o que confere à relação para com o trabalho sua dimensão propriamente dramática. Não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele (DEJOURS, 2007, p. 34).

Diversos relatos são capazes de identificar as nuances entre excesso de trabalho e de alívio gerado pelo reconhecimento dos usuários. Exigiu certo exercício de leitura e análise, escolher quais relatos caberiam especificamente neste momento da dissertação ou se era o caso de inseri-los em capítulos posteriores, onde escrevo exclusivamente sobre a sobrecarga do trabalho. Entretanto, o reconhecimento é o que mais se destaca nestes trechos da minha trajetória, promovendo o sentido à construção de minha identidade, equilibrando os sentimentos de angústias com os de satisfação, e por isso, vale a inclusão deste relato abaixo:

E hoje é dia de voltar para casa com um mimo que ganhei de Natal de uma paciente. Tem dias que a gente acha que não está dando certo. A sensação é de

que estou afundada em trabalho, subindo nas pilhas de resultados de exames, nas demandas livres no prontuário eletrônico, nas reuniões de equipe e tantas outras, mas nunca alcanço o topo. O trabalho é uma enorme pilha que eu escalo e nunca acaba, eu nunca chego no cume. Todos os dias volto para casa com a sensação de que deixei trabalho por fazer, não consegui finalizar tudo o que eu deveria finalizar. Faltou lançar exame, faltou renovar a receita, faltou ligar para o paciente, faltou visitar aquele outro, faltou... Mas hoje, ainda que eu não tenha montado uma planilha que precisava, eu estou feliz. Ganhar um mimo e ouvir da paciente que ela ficou muito feliz em me rever nessa segunda consulta, me faz ter certeza de que este é o caminho. Talvez eu nunca alcance o cume. Talvez o trabalho seja isso. Mas ser enfermeira da saúde da família me faz entender que ter vínculo e se colocar no lugar do outro é a maior virtude do meu trabalho. Neste último mês do ano, muitos casos retornam dizendo que deu tudo certo depois da consulta que tiveram, ou que sentem que estão no caminho para que dê tudo certo. Deu tudo certo... Vai dar tudo certo. Obrigada, 2016, por tantos encontros na saúde da família (Diário da autora, dezembro de 2016).

Mais uma vez, observa-se a organização do trabalho intervindo diretamente na sobrecarga da trabalhadora. A sensação de pouco tempo para concluir as tarefas exigidas para a manutenção do serviço em saúde se fez presente durante toda minha trajetória de trabalho como enfermeira, mesmo com dez horas de trabalho diárias, em quatro dias por semana, completando a carga horária de 40 horas semanais. A cobrança por não dar conta do serviço que é exercido pela enfermagem tanto no caráter assistencial quanto gerencial, afligia-me rotineiramente. Entretanto, a relação e o reconhecimento registrados no relato faziam com que a felicidade pudesse ser também presente neste cenário:

O reconhecimento [...] tem um impacto considerável sobre a identidade. É graças ao reconhecimento que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho. Estamos aqui longe do masoquismo, quer dizer do prazer retirado diretamente da erotização do sofrimento. O caminho para o prazer passando pelo reconhecimento é muito mais longo e não vem da excitação sexual, depende sim do julgamento do outro (DEJOURS, 2013, p. 19).

Dejours afirma que o reconhecimento pode ser relacionado ao julgamento de utilidade, advindo pelas chefias, ou ao julgamento de beleza, advindo pelos pares. É válido questionar em qual categoria se enquadra o reconhecimento advindo pelos usuários, e acredito que exista maior proximidade ao julgamento de beleza, uma vez que se relaciona com o fato da execução do serviço. Muito do que construí nas relações com os usuários se dava pela

maneira em que me colocava enquanto enfermeira neste atendimento, especialmente, na busca pela corresponsabilização do cuidado, através da escuta e da empatia.

O autor também apresenta que a confiança é necessária ao trabalho em equipe, e posso refletir neste ponto se o modo de trabalhar fazia com que eu exercitasse diretamente com o usuário um tipo de trabalho em equipe. Ora, se me disponho a acolher suas demandas, lhe propor orientações, é importante, anterior a este passo, compreender o que lhe representa ter saúde, qual é o saber popular (ou não) em que se insere a concepção de saúde em sua rotina. Isso devido ao fato de sempre buscar não exercer algum tipo de autoridade durante os atendimentos e demais ações em saúde. A seguinte fala apresentada pelo teórico é referente ao trabalho exercido em equipe, mas tomando a compreensão de que buscava trabalhar em equipe com usuários e usuárias, num processo de corresponsabilização do cuidado, opto por inseri-la neste momento:

Para além da confiança e da visibilidade, é preciso ainda a capacidade para exprimir o seu ponto de vista, e depois ser capaz de justificar e mesmo defender a sua opinião. É preciso também ser capaz de escutar os outros. Tudo isto consiste afinal em dar a sua contribuição para a deliberação coletiva sobre “como” trabalhar em conjunto. Na melhor das hipóteses, conseguem-se acordos consensuais sobre as maneiras de fazer e de trabalhar, sobre as responsabilidades e as obrigações de cada um. Noutros casos, o acordo consensual não pode ser atingido. Há litígio e é preciso a dado momento optar por uma decisão que, não sendo consensual, só se torna operante caso seja proferida por alguém que goze de uma autoridade efetiva (DEJOURS, 2013, p. 16).

Portanto, além do reconhecimento, outro fator inerente a sublimação é a sensação do ato de trabalhar enquanto parte do seu próprio corpo, quase em uma relação erógena ao trabalhador. Aliás, o reconhecimento é considerado como um segundo momento ao ato da sublimação, posterior ao sentimento de extensão do seu corpo ao trabalho, como já mencionado na metodologia. Para entender o que seria a sublimação, o exemplo do carpinteiro é bastante utilizado como referência, e uma vez, ouvi em sala de aula, que a sublimação era como o carpinteiro executando uma cadeira, os movimentos que ele faz, o cheiro de cada material usado, o manejo com a madeira e com a ferramenta que já são extensões dos seus membros, já são parte de si e de seus sentidos, algo que ele poderia realizar de forma naturalizada. A sublimação é necessária para que o trabalho evoque no trabalhador a sensação de pertencimento, de sabedoria sobre aquilo e também é um passo ao prazer. Ao final da minha especialização, sentia que estava formando uma nova identidade, e passava a me sentir verdadeiramente apropriada do trabalho, me sentia uma enfermeira. Tal

sentimento era novidade, uma vez que havia adentrado a residência recém-formada e não tinha a experiência profissional formada em mim. Para ilustrar a formação da sublimação, utilizo o relato abaixo:

Muito aprendo durante os atendimentos. Cada dia que passa, sei menos sobre meu futuro profissional. Uma das poucas certezas é que gosto de atender, gosto de estar com o usuário, gosto de ser enfermeira. Se eu me formar na residência e conseguir emprego como enfermeira de equipe, sei que apesar dos sofrimentos que vou ter dos processos institucionais (culpabilização, metas e outros), serei feliz e realizada. Cheguei a um ponto totalmente diferente do ano passado. Ao entrar na residência me sentia perdida, não entendia dos fluxos, tinha muita insegurança – aspectos muito reais a quem acabou de se formar na graduação. Hoje me sinto bem, me sinto feliz, me sinto disposta, me sinto com vontade de sempre mais. Mas sinto também que essa é uma forma de despedida. Despedida de um processo. Aos poucos vou me desapegando do ser aprendiz para o ser profissional. Sei que vou aprender a vida inteira, para sempre, mas de forma diferente, hoje me sinto mais enfermeira de saúde da família do que residente. Isso também me provoca medo, medo da não reflexão, medo de perder as minhas críticas. O medo me enche de coragem, os antônimos me atraem. Sei que o fim desse processo representa muita coisa, me emociono muito ao pensar isso e os olhos lacrimejam. O maior sentimento que me invade é de gratidão (Diário da autora, julho de 2015).

Embora ainda não familiarizada com o conteúdo produzido pela psicodinâmica do trabalho, havia em mim um teor de medo de não ter mais reflexões sobre meu próprio trabalho ao tornar-me enfermeira de uma equipe de saúde da família. A ausência da análise teórica neste período da vida era preenchida pela análise empírica, pois era visível que os trabalhadores de saúde mais antigos na unidade, comumente costumavam ser mais ágeis no processo de trabalho, ter maior segurança das ações em saúde, mas também apresentavam imensa resignação aos comandos advindos pelos diversos níveis de chefia. As enfermeiras que ali já estavam não costumavam questionar decisões verticalizadas e o que isso atribuiria ao trabalho. Outra análise que sempre fazia, era o quanto a vulnerabilidade e a violência territorial já estavam um tanto banalizadas por eles, e o quanto eu ainda sentia inúmeros sofrimentos perante alguma violência sofrida por um usuário ou em questões de vulnerabilidade acentuada. Posteriormente, pude refletir se essa banalização já não significava uma estratégia coletiva por esse grupo, aspecto que será abordado posteriormente neste estudo. De qualquer forma, vale ressaltar que meu medo, exposto no relato acima, era devido à proximidade com o trabalho realizado pelas outras enfermeiras e a observação contínua.

A sublimação não significa que a trabalhadora esteja conformada ou atue de forma passiva diante a organização do trabalho ou aos aspectos que não lhe são convenientes, mas sim, que sente certo sucesso nas negociações entre seus desejos inconscientes e o que lhe é imposto pela realidade, o que é apreciado (MENDES, 1995). Diante do novo sentimento de pertencimento, apropriação dos processos de trabalho e de realização, estava a minha construção de identidade. Sobre isso, a psicodinâmica do trabalho “identifica que o trabalho humano não ocupa um lugar marginal dentro da construção da identidade do sujeito, e que deve ser dada ênfase ao estudo da sublimação, ao invés de processos patológicos” (MENDES, 1995, p. 36), uma vez que esta é essencial para a construção e manutenção do arcabouço psicossomático dos indivíduos. É possível afirmar também que “a construção da identidade é um processo inacabado, contínuo e articulado às relações dinâmicas entre sublimação e reconhecimento” (FERREIRA, 2009, p. 48).

Para o alcance da sublimação, reconhecimento e, conseqüentemente prazer, é que a trabalhadora, através da mobilização subjetiva, promove o zelo. Este conceito é definido por Dejours como duas coisas, sendo a primeira referente “a inteligência que permite inventar as soluções necessárias para resolver o desfasamento” entre o prescrito pela organização do trabalho e o que ocorre efetivamente durante a manutenção do serviço (DEJOURS, 2013, p. 11); e a segunda refere-se “a mobilização dessa inteligência em situações de trabalho muitas vezes difíceis e apesar dos conflitos que surgem entre os trabalhadores sobre a maneira de tratar esse desfasamento entre o prescrito e o efetivo” (DEJOURS, 2013, p. 11). Segue o trecho de um dos últimos diários que escrevi anterior à minha demissão da Saúde da Família:

Hoje atendi mais uma vez seu Pedro. Durante o ano ele vem marcando algumas consultas com a justificativa de acompanhar a hipertensão e a diabetes. Seu Pedro perdeu sua filha no início desse ano, de forma repentina, e no final das contas, as consultas são espaços em que ele pode conversar - a diabetes e a pressão estão mais que controladas. O vejo sentado aguardando e me preparo emocionalmente: é difícil para mim também. Chega sua vez e começamos. Ele não fala nada. Pergunto como se sente. Os olhos marejam (os meus também). Tem sido difícil para ele, permanecer trabalhando, comendo, vivendo, em pé. Ainda tem dois filhos adolescentes, a esposa não chora na sua frente, ele não chora na frente dela, diz que em sua casa conversam sobre a filha que se foi, diz que sua força vem da certeza de que um dia lhe encontrará, diz que perdeu o medo da morte, por pensar em estar junto com ela um dia. Choro, muito choro. Me seguro e vou ouvindo, conversando, fazendo combinações: "pode chorar, seu Pedro, o que o senhor passou e passa é algo difícil demais". Ele diz que os parentes pedem para que ele seja forte, não chore, supere. Como superar? Diz sentir que aos poucos a angústia

vai se "diluindo", mas sabe bem que a dor dessa perda nunca vai passar. No final fala que tem feito músicas e poesias e que isso lhe ajuda. Diz que estava postando numa rede social, mas os parentes lhe recriminaram: "isso faz mal para alma dela". Mas seu Pedro tem certeza de que a alma da sua filha está em paz, mesmo assim não posta mais. Lhe entreguei um bloco de papel. "Seu Pedro, vou lhe entregar esse bloco, para que você registre suas poesias e músicas, se você quiser e quando quiser, eu estarei aqui para ler contigo, o que acha?". Ele sorri, agradece. Nos despedimos e na saída da porta ele pergunta: "E que dia eu posso vir lhe mostrar?", minha resposta são os dias que estou na unidade: "basta vir, seu Pedro". (Diário da autora, outubro de 2019).

Diante da imprevisibilidade da queixa apresentada pelo usuário, trabalhar com sua própria potencialidade de escrita, através de suas músicas e poesias, abriu um espaço terapêutico e de vínculo entre mim e usuário, cuidado também imprevisto em protocolos e manuais, e que necessitou de um saber criativo. Apesar das prescrições impostas pela organização do trabalho, que por vezes auxiliam o processo de trabalho e por outras potencializam o sofrimento, uma certa liberdade ao meu desempenho enquanto enfermeira dava margem a realização de um cuidado que não se aprende durante a graduação, tampouco existe de forma pré-dada. Este conhecimento é exigido ao se deparar com a limitação das prescrições existentes, ou com a exigência de uma inteligência prática, que também só poderá ser acessada se existir espaço para tal.

Por se tratar de um conhecimento emergido através de um saber criativo, quase inédito, nem sempre há certeza de que a proposta terapêutica foi a adequada para o caso. Tais situações suscitavam em mim certo medo e insegurança. Sempre questionava se o que havia realizado fora o melhor em determinado caso, como demonstrado a seguir:

Há duas semanas, em uma consulta de coleta de preventivo, uma mulher me contou que estava angustiada sobre a falta de diálogo com sua filha: "ela tem 14 anos e eu não sei nada sobre sua vida, ela não conversa comigo, enfermeira, nem com a irmã mais velha". Acolhi sua angústia e "me virei" para encaixar a adolescente na minha agenda na semana seguinte. Agenda lotada, mas a aflição era perceptível, marcamos para a semana passada.

Semana passada, atendi a adolescente, fala baixa, timidez notável. Expliquei o motivo da consulta, ela entendeu. Fui perguntando algumas coisas, ela foi respondendo. Sempre foi tímida, poucos amigos e amigas, mas se dá bem com todo mundo na escola. Não sabe muito o que conversar em casa, às vezes tem vontade de falar um pouco mais, porém se sente estranha com isso e prefere

"ficar na dela". "Sempre fui introspectiva", ela me disse. "Tem algo que lhe deixa triste?" - perguntei. A resposta foi um tranquilo "não".

Acabamos a consulta com algumas combinações entre nós duas, e depois com a presença da sua mãe.

Tentei acalmar aquele coração materno dizendo que às vezes nós idealizamos uma pessoa de um jeito, mas ela acaba sendo de outro, e isso produz certo sofrimento em nós. Elas sorriram e concordaram. Concordaram também da filha responder sempre algum "detalhe" a mais na frase, e da mãe respeitar seu silêncio. Sem pressões, dos dois lados, mas com esforços para melhorar o diálogo. No final, eu disse que achava que tudo ia bem, e que por isso, não iria marcar um retorno, mas que estava na unidade disponível, caso elas precisassem retornar. Abraços de tchau.

Fui dormir pensando nessa relação, pensando nessa adolescente, nessa mãe. Me perguntando se era um caso preocupante, é bem difícil saber se você fez certo ou não quando lidamos com a complexidade da vida.

Voltaram hoje. 17:45h (eu saía às 18h), "pode entrar" - respondo para agente comunitária de saúde. Entra a adolescente:

- Oi, tia. Eu tinha alguma coisa pra falar com você, mas eu já esqueci o que era, então acho que podemos fazer como na semana passada, você vai perguntando e eu vou respondendo, eu gostei.

*- (Dou um sorriso). Então me diz como foi sua semana?
E a consulta seguiu.*

(Diário da autora, maio de 2018)

Uma característica do trabalho na saúde da família é ter a possibilidade de um cuidado longitudinal. Por diversas vezes, na incerteza de ter atuado de forma correta, realizei a busca ativa do caso – que significa procurar ir até ao domicílio e saber como estão. No relato acima, eu havia aberto a possibilidade do retorno sem a necessidade do agendamento prévio da consulta, quando fazia isso, eu entregava um papel escrito à mão “Autorizo o retorno sem necessidade de agendamento” e carimbava. Assim, quando o usuário ou usuária chegavam ao acolhimento – entrada da unidade de saúde da família – eles apresentavam o papel, e os agentes comunitários o direcionavam para o consultório em que estava atendendo. Foi assim que aconteceu com a família deste relato, e fiquei muito aliviada ao perceber que, ter ofertado essa possibilidade foi suficiente para dar prosseguimento ao caso, graças ao cuidado longitudinal, integral e com vínculo, características fundamentais para exercer a enfermagem na saúde da família. De fato, a adolescente precisava de um espaço de escuta.

Diversas vezes, como demonstrado nos relatos, eu me permitia realizar encaixes, colocar horários disponíveis aos usuários que estava com preocupação sobre seu caso, fazia hora extra, de forma indesejada, por não conseguir dar conta de realizar o serviço dentro do dia em si. Não há espaço para conversas com outros trabalhadores, não há momento de café da tarde, às vezes não havia momento para ir ao banheiro. Os cansaços físicos e mentais tornavam-se cada vez mais intensificados, e era através destes encontros que conseguia achar sentido no que realizava e dali gerava forças que fossem suficientes para seguir adiante, a todo esse processo, denominamos sublimação, através do qual, é possível o encontro ao prazer.

O que ainda falta neste processo para o alcance do prazer é a possibilidade de inventar novas formas de trabalhar quando necessário. O trabalho prescrito já é definido pela organização do trabalho e sempre apresenta barreiras ao seu funcionamento pleno. Para que o trabalhador encontre formas de exercer seu trabalho, ele precisa acrescentar saberes, por vezes criativos e inerentes ao seu ser, e a isso, se dá o nome de inteligência prática. Tal inteligência depende necessariamente de “condições psicoafetivas (ressonância simbólica) e sociais (validação ou reconhecimento dos pares e chefia)” (FERREIRA, 2009, p. 47), como já explorado até este ponto. Para isso, também serve o exemplo que abordei na introdução, ao citar o caso de uma senhora com quem fiz seu currículo.

No relato sobre seu Pedro, mencionado acima, lhe entregar o bloco de papel para suas anotações e lhe dispor os dias em que estou na unidade correspondem a artifícios de trabalho que não estão presentes durante a formação na área de saúde tampouco constam em protocolos ou manuais. A inteligência prática requer uma escuta ativa do caso, uma sensibilidade acentuada e, posteriormente, um exercício criativo do ato de trabalhar. É tal inteligência que irá buscar diminuir ou encerrar a lacuna existente entre o trabalho prescrito e a atividade em execução.

Para pôr a inteligência prática em funcionamento, é necessário que o trabalhador ou trabalhadora acionem sua mobilização subjetiva, e então, temos o que a Psicodinâmica do Trabalho denomina como zelo:

Mas afinal o que é zelo? O zelo são duas coisas: 1) A inteligência que permite inventar as soluções necessárias para resolver o defasamento entre a “tarefa” (o prescrito) e a “atividade” (o efetivo); 2) A mobilização dessa inteligência em situações de trabalho muitas vezes difíceis e apesar dos conflitos que surgem entre os trabalhadores sobre a maneira de tratar esse defasamento entre o prescrito e o efetivo (DEJOURS, 2013, p. 11).

Portanto, o zelo no trabalho é correspondente à inteligência prática ou ainda “transgressora que comporta aspectos cognitivos para saber lidar com o imprevisto, com o inusitado, com o que não foi assimilado nem rotinizado; e aspectos afetivos para ousar transgredir ou infringir, agir de modo inteligente, mas clandestino” (FERREIRA, 2009, p. 85). É exatamente na defasagem entre real e prescrito que a trabalhadora interpela – desde que existe possibilidade dentro do arcabouço organizacional – à sua criatividade, transgredindo às normas para alcançar a plenitude do resultado esperado, ainda que o trabalho prescrito não tenha disponibilizado todas as ferramentas para tal. Como afirmou Dejours, “o processo de trabalho só funciona quando os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas inteligências, individual e coletivamente” (DEJOURS, 2007, p. 56). Para finalizar este capítulo, vale a análise dos relatos descritos abaixo. O primeiro relato descreve meu primeiro contato com um usuário da unidade, e em seguida, consta nossa segunda consulta:

Hoje eu tinha dois atendimentos pela manhã. O primeiro foi o seu Heitor, um senhor que é acompanhado pela equipe e paralelamente consulta-se em urologista particular, pois tem hiperplasia de próstata. Ele está atualmente em acompanhamento para ver a adequação dos medicamentos. Durante a consulta conversamos um pouco, ele precisava colocar uma prótese total, não tem dentes, mas a fila pelo SUS é de um ano, e sobre isso, ele me contou emocionado de quando era criança e sentia dor de dente, disse que sempre sofreu com problemas nos dentes; mas quando criança, a mãe dele o mandava ir à casa de uma “curandeira” e depois que ela o rezava, ele melhorava. Ele contou essa história com muitos detalhes, narrou o caminho que fazia até a casa da curandeira de tal forma, que eu me senti no próprio lugar, lá no interior de Minas. Eu me emocionei junto com ele – que até chorou –, e achei interessante a continuidade da conversa, uma vez que ele ainda disse que sem fé fica mais difícil conseguir a melhora da sua saúde. (Diário da autora, abril de 2015).

Depois veio o Seu Heitor, outro paciente da equipe. Esse não estava agendado, a ACS veio me perguntar se eu poderia atendê-lo, pois ele disse que queria muito ser atendido por mim, mesmo eu tendo trocado de equipe. Seu Heitor é um senhor com alguns problemas reumáticos, entre outros, que já me contou emocionado sobre a história da sua infância, quando ia na rezadeira para rezar a dor de dente. Ele veio me dizer que estava tomando várias ervas, e queria fazer exames de urina para saber se já tinha melhorado alguma dosagem, questionei sobre o tempo que havia começado a tomar e só tinha 2 semanas, então remarquei sua consulta para o pedido de novo exame para outra data, com um intervalo de tempo maior. Mas ainda assim, conversamos muito e queria saber que ervas são

essas que ele estava usando. Não entendo muito de ervas, então ele ia falando e eu ia buscando na internet mesmo. Achei um site bacana que além de falar sobre a erva, também dizia como usar e os cuidados com o uso, como intoxicação com o uso abundante. De qualquer forma, quando eu ia falar algum cuidado, eu perguntava antes como ele estava fazendo e ele dizia a prescrição certinha, igual a orientação do navegador que eu olhava, inclusive sobre a contraindicação de uma determinada erva por mais de 3 semanas... Seu Heitor sabia tudo, só faltava saber que precisava lavar a erva antes de tomar no chá, bem como lavar as verduras que come com a solução feita com água sanitária e água potável. Ele disse que a consulta comigo era boa, pois só de conversar ali, ele já se sentia melhor. Ao escrever isso, meus olhos lacrimejam. Um doce de pessoa, que graça. (Diário da autora, junho de 2015).

A graduação em enfermagem ainda apresenta limitações sobre os saberes populares em saúde e sua importância, por isso, o uso de ervas era um saber que eu não apresentava no meu escopo de conhecimentos para os atendimentos em uma unidade básica de saúde. Desde o primeiro atendimento, seu Heitor expôs a importância da rezadeira na sua vida, dos cuidados populares e me apresentou uma nova proposta de compreensão de saúde. O profissional de saúde, caso se sinta na detenção do poder na relação entre si e o usuário, pode renegar os conhecimentos advindos do outro bem como desvalorizar tais saberes. Esta não era a conduta que pretendia exercer e, por isso, perante meu pouco conhecimento, optei por realizar uma busca enquanto seu Heitor me relatava as ervas que estava usando e também a forma como utilizava. Ele sabia tudo, exceto a necessidade de lavar as ervas e as verduras, que ele mesmo plantava em seu quintal. Neste relato é possível reconhecer a importância da escuta e legitimação do saber popular em saúde, além do artifício adotado para continuar a consulta na lógica da humanização em saúde e preservar o encontro entre mim e o usuário, percebo, inclusive, que aprendi muito através dos encontros com seu Heitor.

Após as análises destes relatos e reflexões, é apropriado recorrer a Dejours em busca da definição de trabalho, agora já moldada pelos conceitos da psicodinâmica: “o trabalho é a atividade coordenada de homens e mulheres para fazer face ao que não se pode obter pelo estrito cumprimento das prescrições” (DEJOURS, 2007, p. 63). Com isso, os caminhos até a sensação de prazer no trabalho foram percorridos durante todos os anos de exercício da enfermagem, especialmente através da atuação em que a mobilização subjetiva foi acionada para cumprir com o que a organização do trabalho interpunha. Afirmo que o prazer esteve comigo diversas vezes em inúmeros momentos enquanto enfermeira. Entretanto, até que

ponto o prazer gerado é suficiente para legitimar seu trabalho e lhe conferir forças para prosseguir?

Compreendendo que o prazer no trabalho se insere numa dinâmica de realização do ego, é possível afirmar que “não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade” (DEJOURS, 2007, p. 34). Dessa forma, Dejours infere que:

Eis o que confere à relação para com o trabalho sua dimensão propriamente dramática. Não podendo gozar os benefícios do reconhecimento do seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Sofrimento absurdo, que não gera senão sofrimento, num círculo vicioso e dentro em breve desestruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar a doença mental. Portanto, não há neutralidade do trabalho diante da saúde mental. Mas essa dimensão “pática” do trabalho é amplamente subestimada nas análises sociológicas e políticas com consequências teóricas. (DEJOURS, 2007, p. 35).

No instante em que o reconhecimento não é o suficiente para gerar no trabalhador o sentido do seu trabalhar, não há possibilidades de prazer. Ou seja, em condições de intensidade de precarização do trabalho ou outras circunstâncias em que limitam a construção de todos os conceitos supracitados neste capítulo, não há mais nada além de sofrimento. Nos próximos capítulos veremos quando o sofrimento é motor a produtividade, de forma que é possível compreender que a organização do trabalho executa a exploração do sofrimento, para que a partir dele ocorra a construção de estratégias defensivas, pois quando este sofrimento é incapaz de ser utilizado para a adaptação do sujeito ao trabalho prescrito, ele não gera nada, exceto uma descompensação psíquica, ou seja, mais sofrimento.

4. SOU ENFERMEIRA DE UMA EMPRESA PRIVADA

4.1 O financiamento do Sistema Único de Saúde em perspectiva histórica

Antes de adentrar as questões específicas sobre ser enfermeira contratada por uma empresa privada, para exercer o serviço em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro, é interessante entender o que faz com que o SUS seja uma política sempre em disputa dos diversos interesses governamentais desde sua invenção e como isso reflete diretamente na produção do cuidado e no acesso à saúde.

O SUS foi criado a partir do movimento da Reforma Sanitária, que buscava – e ainda busca – a construção de um sistema de saúde que garantisse o direito à saúde como um componente da cidadania. Como Paim e Teixeira (2007, p. 1820) afirmam:

O processo da reforma sanitária brasileira é um projeto civilizatório (...), tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. O projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa a ampliação da esfera pública, a inclusão social e a redução das desigualdades. Todas as propostas devem ter como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população brasileira, a garantia dos direitos do cidadão, o respeito aos pacientes e a humanização da prestação de serviços (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

A criação do SUS, no final da década de 1980, remava na maré contrária ao modelo de atenção hospitalocêntrico, vigente à época. O debate sobre Atenção Primária à Saúde já havia se intensificado internacionalmente na década de 1970, resultante das questões relacionadas a hegemonia do modelo médico-centrado, especializado e intervencionista, “com fragmentação da assistência e pouco impacto na melhoria da situação de saúde da população” (CASTRO; MACHADO, 2010, p. 693). A luta era em prol de uma saúde pública para cada cidadão brasileiro como um direito, baseada na integralidade do cuidado.

Mesmo que a criação do SUS tenha significado uma vitória em vista da realidade da saúde brasileira à época, ela estava distante de ser uma conquista plena, uma vez que o governo vigente era de pensamento hegemônico liberal e a partir disso, tornava-se evidente que o funcionamento do SUS iria encarar diversos embates para seu financiamento, mesmo após 30 anos de sua existência. Mendes e Funcia (2016) afirmam que “apesar do avanço que significou a criação do SUS, o Brasil está distante de dedicar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que detém um sistema público universal” (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 139).

Em 1988, foi determinado pela própria Constituição Federal que pelo menos 30% do total de recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) deveriam ser destinados à área da saúde para 1989, este repasse nunca ocorreu em todo montante pactuado. Os anos seguintes teriam seu percentual definido a partir da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e tais recursos nunca foram garantidos. Estados e municípios também deveriam agregar repasses através de receitas provenientes dos seus Tesouros para o funcionamento do SUS, porém sem definições objetivas a respeito da participação dos entes federados neste financiamento. Em virtude de tais questões, em 1997, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) com recursos exclusivos para saúde (MENDES; FUNCIA, 2016).

Entre a criação do SUS e a regulamentação da EC 29, houve regulamentações oriundas da Lei Orgânica de Saúde (1990) e as Normas Operacionais Básicas de 1991, 1992, 1993 e 1996, que estimularam a descentralização e (re)organização dos municípios no que tange ao arcabouço técnico e político do desenvolvimento da saúde à nível local (PEREIRA, 2014). Apenas a partir da NOB 93 o recurso passou a ser transferido no formato “fundo a fundo”, anteriormente os repasses eram “negociados caso a caso, de acordo com a produção de serviços e mediante convênios para a prestação de serviços” (PEREIRA, 2014, p. 122). Sobre isso, Pereira também afirma:

Considera-se a NOB 93 como um marco da dimensão política da descentralização da saúde por ela reconhecer a necessidade e buscar viabilizar estratégias para o alcance de maior poder e autonomia pelos entes subnacionais na gestão descentralizada do SUS (PEREIRA, 2014, p. 98).

É valioso ressaltar também, que a NOB 96 representou um impulso para a mudança no modo de produzir saúde no país, uma vez que instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB), incentivos financeiros à implementação do Programa de Saúde da Família, o que foi fundamental para a expansão da oferta da atenção básica no Brasil (PEREIRA, 2014).

Essas duas Normas Operacionais (NOB 93 e NOB 96) podem ser consideradas marcos históricos no caminho para a descentralização da saúde, através da reorganização administrativa das gestões municipais. Um fator também importante foi o fortalecimento das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB) como “espaços de negociação da gestão descentralizada” durante as vigências destas normas (PEREIRA, 2014, p. 108).

Em 2006, tem-se outro marco importante na trajetória do financiamento do SUS. A publicação do Pacto pela Saúde, regulamentado pela portaria n. 399 e pela Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006. O Pacto pela Saúde valorizou três dimensões fundamentais,

sendo: a primeira, “as prioridades em saúde para produzir impactos na situação sanitária da população, explícitas pelo Pacto pela Vida”; a segunda dimensão correspondia “as responsabilidades gerais na gestão do SUS, descritas no Pacto de Gestão”; e a terceira que firmava “os compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, propondo a ampliação do diálogo com a sociedade na defesa do direito à saúde e do SUS enquanto política de Estado”, relacionados ao Pacto em Defesa do SUS (MARQUES; MENDES, 2014).

O Pacto de Gestão definiu cinco blocos gerais de alocação de recursos da União, sendo eles: “atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS”, posteriormente foi integrado também o bloco denominado “investimentos na rede de serviços de saúde” (MARQUES; MENDES, 2014). Contudo, tais medidas não foram suficientes para garantir o financiamento necessário para superação de vazios assistenciais ocasionados pela distribuição desigual de serviços de saúde pelo território brasileiro.

Até a aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), em 2000, e sua regulamentação em 2012 através da Lei complementar 141, o financiamento do SUS “foi caracterizado pela insegurança e indefinição, fruto de embates entre as diferentes áreas da Seguridade Social e, principalmente, dos conflitos com as autoridades econômicas do governo federal” (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 144). A Lei Complementar 141/2012 estabeleceu que:

(...) estados e municípios destinariam à saúde, respectivamente, 12% e 15% da sua receita própria e de transferências (gradativamente, até 2004); no caso da União, definiu que seria aplicado em saúde o montante correspondente ao ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) (Brasil, 2000 *apud* PEREIRA, 2014, p. 124-125).

Apesar de determinar o percentual a ser destinado para a saúde pelos estados e municípios, a Lei Complementar 141/2012 não logrou vincular no mínimo 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde, como defendido pelo Movimento Saúde +10 (MENDES; FUNCIA, 2016, p. 149), o que ficou pior após a aprovação e vigência da Emenda Constitucional 95 em 2016 (EC 95).

Entretanto, neste percurso histórico, é importante validar a existência do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo governo federal em 2011, através da portaria número 1.654 GM/MS. O PMAQ-AB busca “incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de

qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas unidades básicas de saúde” (FAUSTO; FONSECA, 2013, p. 21), o que é possível através de um processo que engloba autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa:

O principal objetivo do programa é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, fator esse que contribuirá para o desenvolvimento de um padrão de qualidade comparável em todo o País. Além disso, o PMAQ-AB possui o objetivo de satisfazer os usuários, por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde e pela qualidade dos serviços prestados. Para isso, o programa objetiva fortalecer a gestão da Atenção Básica (AB), a qual deve promover a autoavaliação e a educação permanente. O PMAQ-AB possui o intuito de impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB. Ele também contribui financeiramente para municípios que atingem melhorias no padrão de qualidade das equipes da AB (FLÔRES et al., 2018, p. 238).

O PMAQ-AB, que funciona em 4 etapas – adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; recontratualização –, tem papel excepcional uma vez que se comporta como uma avaliação e certificação realizada a partir da proximidade com as unidades básicas de saúde, inclusive com realização de visitas as mesmas. Durante minha vivência como enfermeira de UBS, recebi a equipe de avaliação do programa, correspondente a terceira fase (avaliação externa) e foi uma experiência gratificante, uma vez que são avaliados inúmeros itens de diversas esferas e exige a precedência da organização das equipes de saúde da família. Ou seja, o programa evoca que os trabalhadores já reflitam suas práticas e busquem por métodos de trabalho que sejam interessantes à realidade da Estratégia de Saúde da Família, mesmo anteriormente ao processo de avaliação propriamente dito. E, para além do impacto na microesfera do trabalho, o PMAQ-AB produziu mudanças consideráveis no percurso do financiamento da Atenção Básica.

A adesão das equipes de Saúde da Família é de caráter voluntário e as fases citadas acima se complementam e são de fluxo contínuo, ou seja, não ocorrem todas de uma só vez, elas estruturam o funcionamento do PMAQ-AB, sendo a certificação das equipes o resultado final esperado. Tal certificação “se dá com base em padrões de qualidade relacionados com dimensões e subdimensões de infraestrutura, processo de trabalho, gestão do cuidado, processo complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços” (ABREU et al., 2018, p. 68) e, caso determinada equipe seja certificada, ela passa a receber recursos federais de incentivo, de acordo com padrões de qualidade no cuidado (ABREU et al., 2018).

Mesmo com avanços como o PMAQ-AB na orientação a qualificação do cuidado e à disponibilidade de recursos às equipes de Saúde de Família, a nova Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, trouxe alterações significativas em padrões considerados essenciais para a existência e a manutenção da ESF, apontando para uma intensificação da fragilidade já existente no arcabouço do SUS, e no caso deste estudo, vale frisar da Atenção Básica. Importante salientar que no ano de 2017 o Brasil contou com graves instabilidades políticas, com o avanço de forças conservadoras. A conjuntura indicava que setores como saúde e educação sofreriam com redução de recursos públicos e contrariando a expansão do setor público no país:

Pode-se dizer que o discurso da [nova] PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14-15).

Com tais reflexões, conclui-se que atualmente, observa-se uma acentuação na agenda neoliberal nas políticas de saúde, na qual a orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Nesse contexto, a EC 95/2016 congelou por 20 anos os recursos públicos federais para a saúde, o que poderá causar um desmonte do sistema público e mortes na população.

As medidas tomadas no rumo do avanço da austeridade e da lógica neoliberal nas políticas de saúde, evidenciam perda de direitos de todos os lados, sejam os direitos trabalhistas, sejam os direitos dos usuários no acesso à saúde. Tal condução vai interferir diretamente nos moldes de gestão e na condução do Sistema Único de Saúde, uma vez que os modelos de atenção são condizentes com o financiamento e o formato de organização, especialmente neste momento, de agravamento da mercantilização dos espaços públicos de saúde, como analisado posteriormente.

4.2 Gestão, modelos de gestão e a privatização da saúde

Compreendendo que o modelo de gestão pode ter influência direta sobre a saúde dos trabalhadores, é relevante a aproximação com os conceitos de gestão e com as características da conjuntura atual que influenciam as formas de organização de saúde.

O termo Gestão significa “gerir ou administrar organizações, pessoas e recursos com o objetivo de alcançar metas definidas” (PEREIRA, 2018a, p. 229). Segundo Pereira (2018a), a gestão é influenciada de diversas maneiras de acordo com a dimensão na qual se enquadra, macro, meso ou micro, como pelos contextos nacionais e internacionais e seus governos, pela cultura da organização e também pelas relações entre as equipes de trabalho e seus trabalhadores, respectivamente. Há perspectivas de gestão distintas que são adotadas especificamente por cada organização; na saúde, em especial, o uso do modelo pautado pela perspectiva racional é bastante frequente e alguns dos problemas gerados estão relacionados às “consequências da intensa fragmentação e compartimentalização para a responsabilização e coordenação do trabalho” (PEREIRA, 2018a, p. 231).

A gestão em saúde expõe certa complexidade, uma vez que, ao tratar da produção do cuidado a um indivíduo exige inúmeros processos de trabalho, dessa forma, as organizações de saúde possuem uma “estrutura dual de autoridade, na qual coexistem as lógicas hierárquica e profissional” apresentando como características a dispersão do poder, conflitos relacionais e jogos de interesse, além da preocupação com o alcance dos objetivos de forma qualificada e eficiente (PEREIRA, 2018a, p. 233).

A gestão do SUS envolve o desenvolvimento de “funções relacionadas ao planejamento, formulação e implementação de políticas de saúde, ao financiamento, à regulação em saúde e à execução de serviços” (PEREIRA, 2018a, p. 234). Por isso, a organização do sistema de saúde brasileiro foi fundamental para o desenvolvimento do campo e das funções gestoras no Brasil, uma vez que a gestão no SUS inclui a “gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão orçamentária, gestão financeira, gestão de materiais, gestão da informação, gestão de pessoas e do processo de trabalho, bem como o planejamento, a programação, a gestão estratégica e participativa” (PEREIRA, 2018a, p. 235).

A partir da década de 90, o gerencialismo tomou forma no bojo da reforma do Estado e do desenvolvimento da administração pública gerencial. Define-se por gerencialismo o “conjunto de ideologias e práticas pautadas nas ideias de flexibilização administrativa, descentralização e aumento da eficiência e qualidade da gestão no contexto neoliberal, ou

seja, de redução do tamanho, âmbito e custo do Estado” (PEREIRA, 2018b, p. 221). O contexto à época revelava que:

Em meados da década de 1990, o governo brasileiro propôs uma reforma do aparelho Estado orientada pelos marcos do gerencialismo e do ajuste fiscal que compuseram a agenda de reformas para a América Latina. São introduzidas, na agenda brasileira, propostas de novos desenhos institucionais de políticas, por meio de um modelo de reforma administrativa que propunha alterações nas relações de trabalho no setor público. Como objetivos principais, constam a flexibilização da estabilidade no serviço público, a permissão de regimes jurídicos diferenciados e a definição de tetos para a remuneração dos servidores ativos e inativos (TEIXEIRA; MARTINS; SILVA, 2014, p. 93).

Essas mudanças foram embasadas por diretrizes advindas de organizações internacionais, como o Banco Mundial, que ditam regras a respeito da eficiência das organizações de saúde e moldes de como fazê-lo, especialmente através da “transferência de responsabilidades na prestação de serviços públicos a outras esferas de governos, a agentes privados ou aos indivíduos; a separação entre comprador e prestador, com a (re)emergência da contratualização; a desregulação da força de trabalho; e uma suposta centralidade no cliente ou consumidor” (PEREIRA, 2018b, p. 226-227).

Tal movimento acarretou na privatização de serviços públicos, na terceirização das contratações de serviços e de trabalhadores, e também nas mudanças micro da gestão, embasadas por metas a serem alcançadas, na competitividade que avança dentro do próprio serviço de saúde e na mercantilização do SUS. Portanto, o que se observa no contexto vigente é a concretude do fortalecimento do setor privado em detrimento do setor público, em diversas dimensões do governo. Nas palavras de Morosini, Fonseca e Lima (2018, p. 14):

Opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 14).

As organizações sociais de saúde (OSS's) foram entidades fundamentais nesta trajetória de privatização do setor saúde. Elas são concebidas enquanto organizações sem fins lucrativos, de interesse público, mas pertencentes ao setor privado. A transferência da gestão pública para as OSS's iniciou a partir do discurso de suposta ineficiência do Estado na prestação de um serviço público de qualidade, abrindo portas, especialmente no setor da saúde

– que já sofrera desde o início do SUS com a falta de financiamento – para que a gestão através dessas organizações ganhassem a ideia de segurança, uma vez que a mesma seria realizada por especialistas na temática, com um “contrato de gestão no qual os objetivos e metas estariam claramente expressos, e nesse sentido, passíveis de controle” (SODRÉ; BUSSINGER, 2018, p. 49). Porém, observa-se uma fragilidade do Estado em estabelecer contratos de gestão com capazes para análises e avaliações posteriores, ou seja, os contratos de gestão simbolizam apenas a formalização do processo de contratualização das OSS’s (SODRÉ; BUSSINGER, 2018).

A compreensão gerada a partir dessa exposição é que “o Estado passaria do lugar de executor da política para o lugar de regulador do sistema, ficando a gestão sob a responsabilidade das organizações sociais” (SODRÉ; BUSSINGER, 2018, p. 59). Entretanto, os autores Sodré e Bussinger afirmam que transferiu-se a gestão, porém não houve mudanças nos paradigmas referentes aos contratos, metas, métodos de avaliação e controle dos mesmos, permanecendo o mesmo padrão de vagueza na formulação do contrato (SODRÉ; BUSSINGER, 2018).

É possível refletir aqui sobre o papel do Estado enquanto peça fundamental para a privatização do setor saúde e a transformação do mesmo em mais um terreno fértil para acumulação do capital. A estratégia de privatização do setor saúde é também uma forma de torná-lo passível de distorção de suas diretrizes, uma vez que coloca em centralidade a organização de trabalho voltada a lógica mercadológica.

Considerando que organizações sem fins lucrativos não estão autorizadas a distribuir lucros para proprietários e equivalentes (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2018), é possível questionar: qual seria o interesse das OSS’s realizarem a gestão de unidades básicas de saúde? Monte-Cardoso e Andrietta afirmam que “a iniciativa empresarial é motivada, não pela apropriação do lucro, mas pela maximização de valores imateriais”, que envolvem aspectos morais, religiosos, coletivos, pessoais, entre outros (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2018, p. 249). A Lei 9.367 de 1998 dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e afirma que a não distribuição está atrelada ao fato jurídico de que as mesmas não possuem proprietários, mas sim, associados ou gestores instituídos (BRASIL, 1998).

No entanto, há uma contradição latente nesta realidade, uma vez que “não apenas é possível pensar as OSS’s dentro da lógica da acumulação de capital, como é necessário fazê-lo para entendê-las além da aparência jurídica” (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2018,

p. 252), dessa forma é possível a compreensão de diversas características que se desvelam e não compactuam com entidades não pertencentes às lógicas mercadológicas:

Assim, ganham novos significados fenômenos amplamente observados como: o crescimento acelerado dessas entidades; a intensificação de práticas monopolistas; a captura de fundo público; a prevelência da fraude da apropriação dos recursos; o afastamento completo de qualquer tipo de controle social sobre atividades e processos de trabalho; e o trânsito intenso de dirigentes de entidades entre o setor privado, agências reguladoras e outros órgãos governamentais, o que coloca dúvida sobre a integridade ética do processo de publicização conforme os princípios teóricos que o fundamentam (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2018, p. 252).

Diversos estudos publicados no livro *Organizações Sociais: agenda política e os custos para o setor públicos da saúde* expõem a dificuldade do aprofundamento nas questões jurídicas e econômicas das OSS's, especialmente devido à falta de transparência na exposição dos seus dados, sejam eles sobre quaisquer temas, há sempre uma limitação no acesso aos mesmos:

Não é possível entender que as prestações de contas dos gastos públicos realizados pelas organizações sociais possam ser menos transparentes ou menos acessíveis que os realizados diretamente pelo Estado se se leva em conta que estas entidades são consideradas de interesse público, ainda que de direito privado. Isso só faz sentido num contexto em que a falta de transparência está organicamente relacionada a um interesse econômico não explícito que se desenvolve junto aos obstáculos e empecilhos que acompanham o ajuste fiscal e o engessamento da capacidade do Estado de realizar políticas públicas (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2018, p. 260).

Dessa forma, ressalva-se a importância da pesquisa empírica para a descrição de aspectos sobre a realidade das organizações (SODRÉ; BUSSINGER, 2018) e que possibilitam respostas à pergunta realizada acima: qual seria o interesse das OSS's realizarem a gestão de unidades básicas de saúde?

Os autores Monte-Cardoso e Andrietta enumeram seis momentos em que as organizações sociais de saúde revelaram o *modus operandi* para seu acúmulo de capital, sendo eles, resumidamente: 1) a desigualdade do leque salarial combinado à diversas formas de subcontratação, como terceirização e quarteirização, possibilitando uma economia de recursos; 2) pagamento de altas remunerações para cargos de direção como forma direta de apropriação de recurso por parte dos interessados; 3) uso das relações de fornecimento de insumos e equipamentos para partes interessadas, além da manipulação de preços e outras

práticas fraudulentas; 4) seguindo a lógica anterior, os recursos podem fluir com grande flexibilidade na definição de valores, prazos e quantidades envolvidas de acordo com a transação, através das relações com fornecedores e outras despesas, como pagamento de aluguéis, consultorias, etc.; 5) manipulação dos termos de contrato de gestão e das métricas de avaliação que permitem às OSS's se beneficiarem da entrega de serviços aquém do contratado; 6) operações de compra e venda de bens móveis ou imóveis que favoreçam partes interessadas (MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2018, p. 257).

Com isso, inclusive pela minha própria experiência enquanto enfermeira contratada de forma terceirizada por uma OSS's para atuar em uma unidade básica de saúde no Rio de Janeiro, é perceptível a mudança da organização do trabalho, que a partir da privatização, inclui no esboço diário, a realização do cumprimento de metas assistencialistas, que pouco revelam sobre a qualidade do cuidado, bem como corrobora para a competição entre as equipes de saúde, uma vez que faz-se do alcance dessas metas uma espécie de corrida. Entre tantos outros aspectos e realidades que contribuem para que a trabalhadora se veja engessada numa prática que desconfigura a realidade do trabalho em saúde, especialmente, em saúde pública.

4.3 O trabalho privatizado, precarizado e a minha CLT

Ao terminar a graduação me questionei se estava preparada o suficiente para exercer a Enfermagem. Não estava, porém, buscava compreender que os saberes em mim iriam se materializar durante o período de trabalho que iria exercer. Saí a procura de emprego, residia na zona oeste da cidade e fui em todos os outros bairros espalhando currículos, alguns locais não me recebiam, outros apontavam uma pilha de papel cheia de currículos para que ali também deixasse o meu. Lembro de um dia em especial em que estava demasiado quente, o calor me trazia um cansaço maior e a desesperança batia à porta.

É conveniente questionar a quem interessa o desemprego na sociedade capitalista. Se a acumulação capitalista se faz a partir de um valor da força de trabalho que não é repassada aos trabalhadores, o desemprego funciona como artifício mantenedor de baixos salários. O exército industrial de reserva – formado pelos trabalhadores e trabalhadoras que não conseguem vender sua força de trabalho, ou seja, os desempregados – se constitui como um contingente necessário para pressionar os salários em valores baixos, entretanto “o exército industrial de reserva não resulta de uma intenção consciente da classe capitalista, embora esta se sirva dele estrategicamente para seus objetivos – tal exército é componente necessário e

constitutivo da dinâmica histórico-concreta do capitalismo” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 145). A análise realizada por Netto e Braz, com base na teoria marxista, elucida que “o desemprego em massa não resulta do desenvolvimento das forças produtivas, mas sim do desenvolvimento das forças produtivas sob as relações sociais de produção capitalistas” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 147).

Atualmente, há no Brasil 11,6 milhões de desempregados (IBGE, 2019), diante do enorme quantitativo de pessoas fora do campo do trabalho no país, agrava-se o quadro de precarização dos serviços, em suas mais diversas esferas. Além de trabalhos informais, terceirizados e até quarteirizados, observa-se a deterioração dos modos de produção de trabalho, com a mudança – o que os capitalistas chamam de flexibilização – em cargas horárias de funcionamento em serviço, ausência de direitos trabalhistas, entre outros aspectos que reforçam a cada dia, o avanço no neoliberalismo.

Um estudo realizado em 2014 aponta que “a saúde é um importante setor do mercado de trabalho e o maior quantitativo de profissionais atuantes e também como exército de reserva, está na Enfermagem. Em 2011 os trabalhadores de Enfermagem correspondiam a 64,7% da força de trabalho na área de saúde” (SILVA; MARCOLAN, 2015, p.2). O mesmo estudo revela que os trabalhadores – todos graduados em enfermagem – acreditam que a solicitação de experiência pelo mercado de trabalho, o grau de responsabilidade e a qualificação profissional são obstáculos ao encontro de um emprego. Isso gera, como também produziu em mim, a culpabilização pelo próprio desemprego, o que também é observado como construção social na sociedade.

Conforme a Teoria do Capital Humano, bastaria que o indivíduo investisse em si mesmo conhecimentos e saberes suficientes para que alcançasse sucesso na vida (seja este sucesso da esfera profissional), entretanto tal teoria não considera fatores extremamente íntimos às vidas que estão atreladas à produção capitalista. Sendo assim, não é possível considerar que seja mérito exclusivamente individual o crescimento e sucesso profissional. Frigotto apresenta a Teoria do Capital Humano como um conceito, desenvolvido na década de 50 por Theodoro Schultz e sua equipe, que corresponde a um “estoque de conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e níveis de saúde que potenciam a força de trabalho das diferentes nações” (FRIGOTTO *in* ANDRADE; PAIVA, 2011 p. 22). O autor também adverte que esta é uma relação social e historicamente construída que falseia o sentido do capital, fundamentando-se na exploração e expropriação da classe trabalhadora pela classe detentora dos meios de produção. Este conceito que se tornou famoso mundialmente, reflete até os dias atuais nas propostas e diretrizes da educação em diversos países de capitalismo

dependente, criando um imaginário de que caso determinados países, famílias ou indivíduos investissem em educação acabariam tendo retorno igual ou superior que outros investimentos produtivos (FRIGOTTO *in* ANDRADE; PAIVA, 2011, p. 22). Portanto, tal teoria toma espaço para moldar os sistemas educacionais de acordo com seus interesses de classe.

Neste sentido, o emprego seria então destinado à quem merecesse, a quem fosse mais competente e não mais um direito para todos os indivíduos, nisso está a noção de empregabilidade, que tem em seu escopo a intensificação e precarização do trabalho. (FRIGOTTO *in* ANDRADE; PAIVA, 2011). Concomitante a este processo histórico educacional, está o avanço de aspectos sociais – difundidos também pelo neoliberalismo – que integram o individualismo, a competitividade e demais tipos de deterioração das relações sociais e de trabalho que, por fim, contribuem para um panorama intensificado no que diz respeito a oferta de empregos também ao desemprego.

Diante dessa dificuldade em conseguir um emprego como enfermeira, comecei a me dedicar aos estudos para ingressar na residência. Consegui. Entrei na residência em Saúde da Família, a que mais almejava passar, esse momento me trazia a tranquilidade de que continuaria em formação e como enfermeira residente estaria em constante aprendizado, o que para mim seria fundamental para exercer meu trabalho como enfermeira de equipe posteriormente. Foi isso que aconteceu. Mas a residência trouxe inúmeras vivências. Desde minha chegada até o último dia fui aprendiz de algo que estava acima do que significava compreender e trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, sem perceber, me deslocava inteiramente para uma realidade distante da qual havia crescido, e mergulhava em contextos que me acarretavam os mais diversos sentimentos.

Já finalizada a residência, participei de um processo seletivo para trabalhar como enfermeira de uma equipe de saúde da família em um bairro no subúrbio da zona norte carioca. Após uma entrevista, consegui a vaga almejada e fui contratada por uma empresa privada, uma Organização Social de Saúde.

Em 2008, o município do Rio de Janeiro optou por destinar a gestão das unidades básicas de saúde às Organizações Sociais de Saúde, consideradas empresas privadas sem fins lucrativos. O processo de privatização da saúde foi ao encontro da expansão da Estratégia de Saúde da Família, e contou com a mudança do nome de “postos de saúde” ou “unidades básicas de saúde” para “clínicas da família”, além disso, as unidades passaram a ser regidas por empresas diferentes dependendo da zona territorial no município. A padronização das clínicas da família contava com fabricação de unidades a partir de contêineres, com consultórios, banheiros, auditório, sala para realização de exames de imagens e outras

características presentes em todas as unidades de forma padronizada. Outro aspecto que surgiu com a privatização foi o advento da informatização, onde todas as unidades passaram a contar com prontuários eletrônicos para todo o processo de trabalho, desde os registros de consultas, visitas domiciliares, procedimentos técnicos em enfermagem até a função de marcação de consultas e a chegada do(a) usuário(a) na unidade. O Rio de Janeiro passou a estruturar um novo modelo baseado na Estratégia de Saúde da Família, totalmente através da privatização. Já existia, à época, um prontuário elaborado pelo Ministério da Saúde, que não foi adotado pelo município; ao invés disso, com algumas licitações, cerca de cinco empresas diferentes assumiram a informatização das clínicas da família, e isso desembocou em diversos problemas posteriores. Como os prontuários eram diferentes de acordo com a região da cidade, eles não cruzavam dados entre si, o que não permitia a existência de um cuidado tão integral ou longitudinal quanto poderia ser realizado, entre outros problemas que se apresentavam no dia-a-dia da unidade. Quando se observou que não seria mais possível manter as empresas privadas de informatização, o prontuário eletrônico E-SUS – elaborado pelo Ministério da Saúde – passou a ser utilizado como padrão em toda cidade, porém, houve perda de dados anteriores que estavam atrelados aos prontuários eletrônicos utilizados até então.

Outras questões problemáticas se apresentaram posteriormente devido a privatização da saúde. Entretanto, em meio aos diversos impasses de financiamento, um aspecto grave se delimitava no bojo da estruturação privatista apresentada pelo município: a organização do trabalho sob um caráter empresarial, no qual os trabalhadores são submetidos a formas de realizar um serviço baseadas na competição entre os pares, no alcance de metas, e especialmente, na contabilização da produção de um cuidado, que em diversos momentos, não há como ser contabilizado:

Implementada de maneira vertical e distante da participação comunitária, a APS se consolidou como um modelo gerencialista e produtivista. Os conselhos locais de saúde, instâncias de participação social no SUS, foram pouco estimulados; e, quando se estabeleceram, foi de maneira rudimentar (SAFFER et al., 2020, p. 149).

Baseada na eficiência do serviço, com um discurso majoritariamente utilizado pelos neoliberalistas, a gestão pelas OSS's busca adequar a organização do trabalho nos conceitos de cunho liberais. Todavia, contradições a respeito de tal eficiência são apontadas em estudos que buscam evidenciar as fragilidades e distorções da gestão por essas organizações, e afirmam que “ocorre uma série de problemas que estão sendo apurados pelo TCU, TCE e

Ministério Público Estadual e Federal, em relação aos maiores gastos, às irregularidades e ao desvio de recursos públicos” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 37).

O cenário político brasileiro apontava, à mesma época, para o avanço nas políticas de austeridade, através da polarização da sociedade em função do descrédito atribuído ao governo do Partido dos Trabalhadores e o crescimento dos eleitores simpatizantes com as propostas de partidos da direita e extrema direita. Neste momento, a saúde e a cidade do Rio de Janeiro passavam por transformações:

Entre 2009 e 2016, ocorreu a expansão da APS no município. Nesse período, grandes obras de infraestrutura urbana eram realizadas; e os serviços públicos expandidos, impulsionados pelo crescimento econômico e pela realização dos megaeventos (Copa do Mundo de Futebol e Olimpíadas). Por outro lado, o modelo de desenvolvimento passou pela crescente militarização da cidade, criminalização da pobreza, segregação, violações de direitos humanos nas comunidades e aumento do custo de vida (SAFFER et al., 2020, p. 149).

O que parecia ser a solução às melhorias no setor da saúde era traduzido aos trabalhadores em sobrecarga emocional e física através da intensificação do trabalho e a condução verticalizada de medidas que não eram adequadas à realidade local. Aos poucos, especialmente no início da condução da Prefeitura pelo governo Crivella, a conjuntura econômica municipal agravou-se, o que acarretou atrasos salariais, falta de insumos e outras perdas de condições de trabalho e sucateamento dos serviços. Todos estes aspectos agravaram intensamente a precarização do serviço em saúde, confluindo em obstáculos diários a manutenção da saúde dos trabalhadores.

A Psicodinâmica do Trabalho atribui quatro efeitos decorrentes da precarização do trabalho. O primeiro efeito se refere a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo; o efeito seguinte corresponde a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação e contra a alienação; a terceira consequência é a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez, no intuito de resistir e não sucumbir ao sofrimento alheio; e o último efeito é sinalizado como o individualismo atribuído a ameaça de demissão e precarização (DEJOURS, 2007).

Há semanas. Há semanas em que o cansaço é muito maior do que a possibilidade de mensurar. Semanas que passam voando. Voando tanto quanto você voa de um lado para o outro, em todos os sentidos: voa da casa para o trabalho, da casa para o metrô, voa dentro dos corredores da unidade, voa dentro de casa entre banho, refeição, leitura e seu sono. Sensação de sofrimento na maior parte do

tempo. Não há espaço para reflexão, e é quase uma resistência ter momento para refletir sobre seu trabalho. Ontem foi um dia daqueles também. Uma tarde com gestante preocupada com seu sangramento vaginal incomum. Um acidente entre carro e moto na frente da unidade às 19:40h. E por fim, o caso do Breno, filho de uma agente comunitária da minha equipe, que no auge dos seus três anos de idade, colocou uma bolinha no nariz. Acompanhei de perto a preocupação dela e do seu esposo. Estávamos em visita domiciliar quando meu celular recebeu a ligação do seu esposo. "Voamos" mais uma vez, e lá foi ela ao encontro do esposo. "Voaram" pelo Rio de Janeiro e nenhuma emergência avaliou a criança. Não está fácil nem julgar os atendimentos no SUS no contexto em que estamos vivendo, mas já era 13h da tarde quando ela me liga, e eu respondo "vem para cá". Tiramos a famosa bolinha e ganhamos um sorriso do Breno. Esperança retorna, resistência para mais uma semana também. Sigamos! (Diário da autora, abril de 2018).

Este relato traduz sucintamente o sentimento de cansaço, vivenciado em inúmeros dias no serviço de saúde. É interessante observar que a maioria dos relatos analisados apresentam o cansaço como uma constante no ato de trabalhar, aliás, tal sentimento é sempre “contrabalanceado” com a sensação de força para continuar a realizar o serviço, advinda especialmente dos casos vivenciados e das relações estabelecidas. Neste trecho, a frase “sensação de sofrimento na maior parte do tempo”, representa uma angústia e ansiedade atribuída a “correria” e falta de tempo para lidar tantos com os casos emergenciais que apareciam na unidade, quanto para estabelecer uma rotina em casa. Importante sinalizar que não há, necessariamente, uma divisão possível entre o ser trabalhador e o ser sujeito de sua casa, não há como separar duas personalidades de uma só pessoa e, como já mencionado algumas vezes, o trabalho irá desempenhar papel fundamental no equilíbrio ou desequilíbrio do aparelho psíquico exatamente por exercer influência na identidade do sujeito. Sobre isso, Dejours afirma que “É o homem inteiro que é condicionado ao comportamento produtivo pela organização do trabalho, e fora da fábrica, ele conserva a mesma pele e a mesma cabeça. Despersonalizado no trabalho, ele permanecerá despersonalizado em sua casa” (DEJOURS, 2015, p. 57).

A vivência do trabalho em saúde no modelo privatista impõe a lógica da produção e da bonificação entre as razões para se estar ainda trabalhando, pois caso você não alcance a meta, você não é o melhor trabalhador para aquele emprego. A distorção do cuidado em saúde inicia pela invasão de uma certa compreensão de valor no ato prestado, incluindo a saúde numa lógica mercadológica:

A ansiedade responde então ao ritmo de trabalho, de produção, à velocidade e, através destes aspectos, ao salário, aos prêmios, às bonificações. A situação de trabalho por produção é completamente impregnada pelo risco de não acompanhar o ritmo imposto e de “perder o trem”. Esta ansiedade de que raramente se fala, participa do mesmo modo que a carga física do trabalho, ao esgotamento progressivo e ao desgaste dos trabalhadores (DEJOURS, 2015, p. 95).

Se considerarmos o parágrafo anterior ao último relato, sobre os efeitos da precarização do mesmo sob o trabalhador, é possível fazer uma associação entre estes e os apresentados no diário, como a intensificação do trabalho através das demandas emergenciais e, especialmente, através do atendimento de um caso que poderia ser solucionado em outros equipamentos da rede de saúde, porém, como a agente comunitária não conseguiu nenhum otorrino para atender seu filho, que estava com um objeto dentro do nariz, eu orientei trazê-lo à nossa unidade para que tentássemos remover. Nós trabalhávamos juntas há dois anos na mesma equipe, e possuíamos uma relação de muita confiança. Entretanto, isso simboliza a fragilidade da rede de saúde, agravada – como mencionado no relato – pela conjuntura econômica à época.

O mesmo relato infere o medo existente em perder a reflexão sobre o trabalho e também corresponde à um dos efeitos da precarização do trabalho, uma vez que este avança à alienação. Talvez, por já ter proximidade com algumas questões da temática da saúde do trabalhador, sentia crescer um pavor sobre me deixar levar pela intensidade do serviço e, com isso, perder a habilidade de refletir sobre a minha prática ou deixar de ver sentido no cuidado e no trabalho que estava sendo construído a todo instante, meu medo era da despersonalização. Ou seja, a precarização já surtia efeitos negativos à minha realidade, promovendo sentimentos de angústia, ansiedade, sofrimento e medo.

Em meio ao cenário cada vez mais deteriorado, o atraso salarial e outros aspectos que se consolidaram no início da gestão Crivella, repercutiram aos trabalhadores como um chamamento à luta:

Em março de 2017, a recém-empossada gestão do prefeito Marcelo Crivella anunciou cortes na saúde, justificados pela crise econômica. No dia 1º de agosto, a notícia do fechamento de 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi o estopim da crise. A urgência trouxe a necessidade de organização dos trabalhadores, fragmentados pela diversidade de vínculos empregatícios, instituições contratantes, pela disparidade de interesses corporativos e pelo distanciamento dos sindicatos e entre os serviços. A indignação gerou respostas no mesmo dia. A primeira veio de trabalhadores de uma UBS ameaçada, que ao receber o anúncio de suas demissões paralisaram uma grande avenida. A segunda foi a convocação pelas redes sociais de uma

reunião em que compareceram uma centena de trabalhadores da saúde, professores, estudantes e movimentos. Discutiu-se a pauta dos atrasos salariais, a falta de insumos e medicamentos, o congelamento de recursos, a ameaça de fechamento de unidades e postos de trabalho (SAFFER et al., 2020, p. 152).

As notícias assustadoras tomavam conta de todas as discussões entre os trabalhadores das unidades básicas de saúde e assolavam a possibilidade de não existir mais a Estratégia de Saúde da Família, conforme idealizada. Entretanto, o desmonte dos serviços de saúde, em especial das UBS, com a redução de equipes, demissão de agentes comunitários de saúde e outros cortes estavam amparados na nova Política Nacional de Atenção Básica, o que trazia à tona a urgência da mobilização coletiva afim de minimizar ou tardar as mudanças significativas que estavam sendo elaboradas estrategicamente numa continuidade de desvalorização do SUS.

Toda repercussão gerava uma ânsia de transformações. Foi a primeira vez em que eu e tantos outros trabalhadores estavam mobilizados a ponto de sustentar uma possível greve na saúde. O trabalho privatizado e precarizado, que estimula a concorrência entre os pares, desencadeia processos alavancados por metas e usurpa a sensação de solidariedade, isto estava tão bem estruturado até então, que estávamos diante de uma nova configuração. Em meio ao às dificuldades, passávamos a nos reconhecer, após anos, como um coletivo de trabalhadores e, com isso, repaginando a realidade vigente. Abaixo, Dejours descreve características do trabalho taylorizado com semelhanças com o que vivíamos:

Face ao trabalho por peças, à chantagem dos prêmios, à aceleração das cadências, o operário está desesperadamente só. [...] A ansiedade, o tédio frente à tarefa, ele deverá assumi-los individualmente, mesmo se estiver no meio de uma colmeia, porque as comunicações estão excluídas, às vezes até proibidas (DEJOURS, 2015, p. 49).

A necessidade de comunicação entre os trabalhadores de todo o município do Rio de Janeiro era urgente e se dava, principalmente, através do movimento do Nenhum Serviço de Saúde a Menos⁴, com o uso de mídias sociais, e também, com grupos criados em aplicativo de celular para comunicação entre os trabalhadores regionais. Dessa forma, a articulação entre os serviços, que antes era pouco observada, passou a ser uma postura adotada por diversos

⁴ Consiste em uma frente/unidade de ação envolvendo movimentos sociais em saúde, sindicatos de diversas categorias, ativistas, trabalhadores e usuários dos serviços públicos, sem afiliação política institucional direta, porém, com muitos segmentos, identificada com a esquerda. Surge como instrumento de organização e mobilização em resposta a uma série de ataques ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio de Janeiro, em um contexto nacional de crise econômica e política, corte de gastos sociais e ascensão da extrema-direita (SAFFER et al., 2020, p. 148).

trabalhadores, de diferentes categorias. Pela força da mobilização, os sindicatos passaram a realizar assembleias que, aos poucos, legitimavam o movimento de greve, ocorrido em diversas unidades, cada uma adotando prerrogativas ao seu funcionamento, mas obedecendo a ordem de ter trinta por cento dos trabalhadores de cada categoria em serviço e setenta por cento em atividade de greve. O fato de a ESF ser dominada pelo trabalho multiprofissional demonstrou-se como um impasse a realização da greve, uma vez que cada categoria dependia do seu sindicato para a realização de assembleias, discussões, estabelecimento de diretrizes na greve e respaldo jurídico para tal. Este processo ocorria de forma fragmentada, e por vezes, algumas categorias estabeleciam greve antes de outras, bem como mudavam algumas diretrizes que influenciavam diretamente o serviço de saúde de todos e todas.

Por exemplo, houve um momento em que os médicos estabeleceram greve, porém a categoria da enfermagem não acompanhou tal movimento. Com isso, as demandas de atendimento para a enfermagem aumentaram exponencialmente, o que acarretou obstáculos nos fluxos e sobrecarga em trabalhadoras. Portanto, é perceptível que a privatização da estrutura da saúde pública no Rio de Janeiro estabeleceu-se como fator primordial à desorganização dos trabalhadores do município.

As redes sociais passaram a ter papel na visibilidade da luta dos trabalhadores, uma vez que o processo de exposição em mídias foi lentificado e nem sempre correspondia à realidade. O prefeito fez algumas afirmações, inclusive, de que não havia atrasos salariais e demais problemas no setor saúde (GLOBO NEWS, 2019). Por isso, eu e tantos outros trabalhadores, passamos a realizar chamamentos em redes sociais. Particularmente, os usuários e usuárias que atendia tinham a liberdade em me adicionar em diversas redes, e esta era também uma forma de sensibilizar a população em busca de apoio:

Estão acabando com as clínicas da família. Estão acabando com o SUS. E eu peço: olha para nós aqui, estamos despedaçados. Não sabemos como serão os próximos dias. Aprendemos a fazer greve, manifestação e sensibilizar a população. Vemos uma população castigada dia após dia, e agora sem direito a saúde. Você, caro amigo da rede social, pode achar melhor ter um plano de saúde, mas eu te juro que muitos daqueles que atendo não tem condições nem de ter o pão de cada dia. Eu não tenho plano de saúde, porque confio mais no atendimento do SUS, sem segundos interesses. E vou contar algo bem particular: eles estão destruindo um sonho. O sonho de ser enfermeira de saúde da família, construído lá na adolescência, quando eu fazia os estágios do técnico de enfermagem nos postos de saúde, ali eu encontrava uma lógica de trabalho que fazia todo sentido para mim. E sabe por que estão destruindo esse serviço? Porque ele vai contra a lógica das grandes indústrias farmacêuticas: é

maravilhoso ver seus pacientes diminuindo uso de medicamentos de hipertensão por terem iniciado atividade física e reeducação alimentar; ele vai contra a reserva de mercado das especialidades médicas: o médico de família e a equipe multidisciplinar são capazes de resolver boa parte dos problemas antes de encaminhar um paciente para os especialistas; ele vai contra a lógica do mercado de exames: só solicitamos exames que são necessários para o acompanhamento ou diagnóstico de determinado caso. Nós vamos contra o Capital. E hoje, aqui estamos, despedaçados. (Diário da autora, novembro de 2017).

A angústia e o medo, sensações constantes na vivência do serviço em saúde neste período, potencializados pela precarização e pelo estado de greve, são observados no trecho do diário acima. A ideia em realizar tal publicação era elucidar os motivos pelos quais a Estratégia de Saúde da Família pode ser considerada um modelo à saúde contra hegemônico, uma vez que corrompe com ideais neoliberais e privatistas. Frente à realidade imposta, os desgastes físico e mental eram sentidos de forma extenuante, mais do que nos momentos anteriores à greve. Uma nova sensação era também observada: a insegurança sobre quais seriam os destinos traçados aos trabalhadores e a ESF passou a ser a latente ao adormecer e ao anoitecer de todos os dias em que estivemos em greve, e não mais me abandonou em todo restante do meu período como enfermeira na unidade de saúde da família. Todos estes sentimentos são tanto relevantes à elaboração do sofrimento quanto ao aumento da produtividade do serviço:

O medo partilhado cria uma verdadeira solidariedade na eficiência. O risco diz respeito a todo mundo, a ameaça não poupa ninguém, e nesse caso é impensável “deixar o barco afundar” (como uma linha de montagem), ou desejar uma deterioração do instrumento de trabalho. Quanto melhor estiver o processo de produção, mais tranquilo estarão. O risco cria, espontaneamente, a iniciativa, favorece a multiplicidade de tarefas e permite a economia de uma formação verdadeira, que a direção, aliás, não poderia dar (DEJOURS, 2015, p. 146).

Este risco, citado por Dejours, pode ser atribuído aqui não somente aos riscos orgânicos, mas também ao risco de perder o emprego, que era uma expectativa – indesejada – criada com a conjuntura e todas as demissões que eram, aos poucos, anunciadas. Com o aumento da insegurança, dividíamos na unidade para manter o estado de greve e continuar realizando o que havia sido preconizado pelas assembleias sindicais. Constantemente, íamos trabalhar e repetíamos que não poderia haver nenhum tipo de erro nas condutas traçadas, pois em estado de greve, sentíamos que a supervisão sobre o nosso trabalho era ainda mais

acirrada. Além de cumprir todas as normas, seguir protocolos, e continuar na lógica do alcance de algumas e metas, éramos surpreendidos por mensagens de que poderíamos receber visitas dos trabalhadores dos níveis centrais para a fiscalização da greve. Por todo o ambiente da unidade se percebia nos olhares as sensações de medo e desesperança.

Entretanto, é valioso ressaltar aqui que, por mais exaustivo e exacerbado de sentimentos ruins, este momento foi importante para a construção de espaços de discussões políticas que não existiam anteriormente. Se antes, as reuniões técnicas e gerais eram destinadas às discussões de fluxos, protocolos e a própria construção em equipe do serviço em saúde, neste período as trocas em reuniões também abarcavam questões sobre nossas inseguranças e permitiam (talvez pela primeira vez na unidade) relatos intensos, partilhas profundas e o estabelecimento de um apoio que antes não percorria, necessariamente, o âmbito dos sentimentos pessoais de cada um.

Tais espaços não foram restritos aos trabalhadores, na unidade em que estive durante este período, realizávamos salas de espera, buscávamos elucidar a população sobre o que estava acontecendo, aliás, tivemos um colegiado gestor em que foram mais de 50 usuários e também construímos um sarau no final do ano. Obviamente que nem todos os usuários compartilhavam das mesmas opiniões, mas eu percebia o apoio da população que acompanhava, e diversas vezes, me sentia cuidada por eles – como nas vezes em que ganhava uma marmita para almoçar de alguma usuária que atendia – através de gestos afetuosos.

Em agosto de 2017, diversas categorias deflagraram greve, e isto, como já declarado, acarretou mudanças significativas nos processos de trabalho e fluxos na unidade. Para além dessas mudanças, o cansaço advindo dos sentimentos de medo, angústia e insegurança, assombravam os trabalhadores que compartilhavam comigo a rotina diária, e a mim também. Mesmo em meio ao caos, em janeiro de 2018 foi mantida pelo nível central da prefeitura, um dia de campanha vacinal contra Febre Amarela. Lembro da sensação de humilhação sentida ao confirmarem que o dia D da vacinação iria ocorrer, isto porque este dia aconteceria num sábado, estávamos com redução de profissionais de enfermagem devido a problemas de saúde e outros, e não havíamos recebido o salário de janeiro. Me senti extremamente desolada. O micro-ondas da unidade, onde esquentávamos nossos almoços havia quebrado, nem um outro trabalhador tinha como doar qualquer quantia para a compra de um novo. Alguns agentes comunitários estavam sem luz em casa, pois cortaram após o atraso do pagamento da conta. Outros, inclusive eu, estavam com o aluguel atrasado. Fomos fazer o dia D levando marmita e sem esperança de ter seu almoço esquentado, até que uma agente comunitária buscou o micro-ondas de sua casa e trouxe para a unidade. A precarização do trabalho invade seu corpo e

mente de forma tão avassaladora que se transforma em humilhação, antes de significar precisamente, um sofrimento ou um desequilíbrio mental.

Cheguei neste sábado e organizei três salas para a vacinação, a expectativa era de que viessem muitas pessoas, o que de fato ocorreu, pois, nossa clínica, apesar de ser estruturalmente pequena, havia realizado, ao final do dia, cerca de 500 vacinações. Trabalhamos incansavelmente. Foi desgastante, mas ainda havia algo que me fazia continuar, e era, necessariamente, os encontros com outros trabalhadores e, principalmente, com os usuários e usuárias do SUS. Sobre este dia, apresento o seguinte trecho dos diários:

Em meio ao caos, eu fico é com a pureza das respostas das crianças durante a campanha de vacinação:

- Tia, calma, deixa eu respirar antes.

- (risos) Tá bom. Respira. Posso ir?

- Pode (olhos cerrados).

- Tia, vai doer?

- Quase nada, você nem vai chorar...

- É, nem doeu.

- Tia, vai doer?

- Quase nada, é rapidinho!

- Doeu sim, tia.

- Tia, a agulha é muito grande?

- Não, é bem pequena!

- Deixa eu ver?

- (mostrando a agulha) Tá vendo? É uma agulha de vacinar boneca.

- Nossa, tia! É mesmo.

O pai entrega as cadernetas das crianças, são sete.

- Olha, dessas aqui, o fulano, beltrano e ciclano não vão tomar.

- Ufaaaa! (Gritarias e pulos de alívio).

- Só esse e o outro que irão tomar.

- Ahh se ferrou! (Gritam os irmãos que não iriam tomar para os outros que iriam).

- Tia!!! (Muito choro e grito). Calma, pelo amor de Deus!

- Fica calmo, é muito fácil, não precisa chorar, já vai acabar.

- Mãe, pelo amor de Deus, eu não quero tomar. Mãe, tô ficando sem ar.

Um batalhão ajudou nesse caso, depois de muita conversa.

- Vamos lá, querido? (O pai segura o filho de pouco mais de 2 anos, ele chora e grita, e no final dá tudo certo).

- Agora é a vez do papai, você não vai ajudar a segurar ele? (E ele senta o pai na maca e fica segurando ele com toda força).

É, alguma coisa a gente ainda tira de dias de caos. Vivendo e aprendendo muito com os pequenos e com a querida amiga enfermeira Paula, que compartilhou esses casos comigo e me fez ter certeza de que humanização é sempre uma necessidade. (Diário da autora, janeiro de 2018).

Ainda que a precarização suscitasse enormes cansaços, havia um sentimento de pertencimento e reconhecimento que permitia a continuidade do trabalhar em saúde, como observado no relato acima. Existe uma necessidade de buscar sentido no que realiza enquanto trabalhadora, para que o sofrimento não se apresente como irreduzível, e sim, como um obstáculo que funcione como motor a produtividade, mas também como motor a realização de cuidado que emerge da mobilização subjetiva. De qualquer forma, há de existir um limite. Quanto mais o trabalho torna-se precário, maior a resistência e força exigida para a manutenção do equilíbrio mental, para a busca de um sentido e também a busca em prazer.

A greve tornou-se intermitente: quando o salário retornava a cair, a greve era declarada encerrada. Entretanto, meses depois ocorria novo atraso salarial, e as assembleias reuniam-se e decretavam novo estado de greve. Um rodízio de profissionais passava a acontecer na unidade, uns pediam demissão pois já não aguentavam, outros trabalhadores apresentavam atestados médicos, estavam adoecidos. Sempre me questionava até quando aguentaria e sempre havia um motivo para prosseguir, por vezes era o acompanhamento de alguma gestante que me deixava preocupada, em outros momentos era o pedido de uma agente comunitária para que eu ficasse mais tempo, depois veio a possibilidade de ser preceptora de uma equipe de residentes. Permanecia trabalhando, sem saber até quando aguentaria. Em meio a inúmeras reflexões, realizei o registro abaixo em uma rede social:

Demorei para dizer escrever alguma coisa. As palavras faltavam e ainda faltam. Mas hoje, apesar da ausência de palavras, estou permeada de sentimentos bons. Ver tantos trabalhadores na luta não é algo que vemos todo dia. O dia de hoje me dá certeza que a saúde da família, apesar dos pesares, é consolidada e firme na lógica de um atendimento humanizado, longitudinal, ético e com vínculo. Os trabalhadores não foram às ruas exclusivamente por seus empregos (é claro que isso também é pauta), mas especialmente por entenderem que sem saúde da família não há SUS. Somos aqueles que coordenam o cuidado, que conhecem a população, que entendem suas necessidades e que, de fato, estão juntos, estão ali, estão próximos. A proximidade não é somente subjetiva. Ela é física: nós atendemos nosso território. Nós atendemos a vizinhança da nossa unidade. Para

além da possibilidade do fim das clínicas da família, estamos aqui para lutar contra o desmonte do SUS. Entendendo que sem a saúde da família não há possibilidade de organização da rede de saúde. Não há possibilidade de cuidado. Sofremos desde governos anteriores. O sucateamento da saúde da família não é de hoje. Entregar a gestão nas mãos de organizações sociais de saúde é algo antigo, que já precarizava o serviço dos trabalhadores de saúde. Agora, a situação é ainda pior, e lidamos com a possibilidade de diminuição de equipes, da falta de salário e de inúmeros outros obstáculos a um cuidado de qualidade. Quando escolhi a saúde da família, não havia dúvidas: ali era o meu lugar. Conhecer o outro profundamente era algo incrível. E hoje, aqui estou eu, pedindo seu apoio. Não acredite na mídia, não acredite nas falas dos nossos políticos, acredite em nós, não estamos bem neste momento. Trabalhar na saúde da família é ter dias bons e ruins, e estes últimos imperam. Sofremos mais do que sentimos prazer. Mas continuamos. Continuamos pela certeza de que nosso trabalho não é em vão. Pela certeza de que alcançamos mais alguém. Pela certeza de que o trabalho de formiga fará a diferença. Pela certeza de que o futuro depende do que estamos fazendo. Pela certeza de que para além de uma luta maior, a micropolítica é importante. Eu só peço uma coisa: conheça o SUS. Use o SUS. E mais que tudo: defenda o SUS. Ele é muito importante. Para muita gente. Inclusive para mim, que não tenho plano de saúde, e luto contra todos eles. Hoje foi dia de luta. Foi dia de grito. Foi dia bonito. Foi dia de choro. (Diário da autora, agosto de 2017).

A greve, e todas as circunstâncias que ela acarretava, produziam uma miscelânea de sentimentos, se por um lado me sentia arrebatada emocionalmente pela incerteza em dias melhores, por outro, me sentia arrebatada emocionalmente por vivenciar um momento histórico e fundamental na luta pela saúde pública carioca. A mobilização dos trabalhadores foi algo que me marcou profundamente, além de ter possibilitado uma imersão em um lado do trabalho que antes não fora visitado, referente às trocas e diálogos enriquecedores com tantos colegas que anteriormente tinha uma relação estritamente profissional. Foi através da greve, que a luta coletiva apresentou sentido na minha vida e hoje sinto que, certamente, todas as mobilizações realizadas à época, podem ter representado vitórias incomensuráveis, seja no cenário político, seja na criação de uma nova forma de trabalhar, solidária e atenta, uns aos outros.

Este momento deu subsídios para que eu desejasse continuar trabalhando como enfermeira de saúde da família, apesar de tantos percalços e exaustão. A esperança havia tomado forma quando estive em mobilização com outros trabalhadores e pensei que não deveria desejar sair agora, exatamente pela possibilidade da mudança, ao menos, da mudança nas relações sociais entre nós, trabalhadores. Independente de tal desejo, o tamanho do

cansaço que carregava me gerava limitações, frustrações e permanência insegura quanto aos próximos dias e meses. Dejours relata que:

Clinicamente, o fracasso do funcionamento mental e a inadequação da organização do trabalho (conteúdo ergonômico) às necessidades da economia psicossomática não se traduzem, imediatamente, em uma doença somática. Primeiro, aparece uma vivência de insatisfação, [...] cuja expressão é específica e distingue-se da insatisfação em relação ao conteúdo significativo da tarefa. Essa vivência exprime-se, sobretudo, pela fadiga (DEJOURS, 2015, p. 169).

O autor continua sua análise e afirma que não há, necessariamente, relação entre sobrecarga de trabalho e fadiga, por isso ela é considerada simultaneamente psíquica e somática. A fadiga é visualizada pela Psicodinâmica do Trabalho como o primeiro sintoma psicossomático apresentado pelo trabalhador. É interessante observar que a dinâmica do cansaço é exposta em diversos relatos que registrei durante os anos de trabalho, mesmo no início da minha trajetória, porém, lentamente conseguia perceber que este sentimento não era apenas em virtude da intensificação do trabalho. Esta diferenciação foi apreendida especialmente no período da greve, quando já bem estruturada, pois as demandas de atendimentos passaram a uma diminuição frequente, e tínhamos, ocasionalmente dias sem muitos casos a serem acompanhados, como demonstro no registro abaixo:

E um ano depois, estou voltando para casa, com um presente na bolsa que ganhei hoje. Tive outro dia cansativo - especialmente emocionalmente -, mas num contexto bem diferente do ano anterior. Em greve a demanda de serviço diminui muito, o que tem exigido grande sabedoria, paciência e confiança de mim, mas percebo que se não fosse a greve, talvez nem emprego teríamos mais. As vitórias com a greve foram várias, e sempre hão de existir aquelas que nunca poderemos mensurar. Em meio ao caos psicológico que isso provoca em mim, como trabalhadora da saúde, ganhar um mimo de Natal é reforçar a certeza que eu havia constatado há 1 ano: vai dar tudo certo. Saúde família, obrigada pelos encontros de 2017. (Diário da autora, dezembro de 2017).

O registro revela que a fadiga acentuada não estava atrelada a um esforço físico, mas envolto às preocupações e emoções trazidas com a greve. A Psicodinâmica do Trabalho revela que os trabalhadores encontram dificuldades em reagir coletivamente com o aumento do sofrimento pela sobrecarga do trabalho, pela fadiga ou também pela degradação das relações de trabalho. A linha de pesquisa constata também que numa situação de “desemprego e injustiça ligada à exclusão, os trabalhadores que tentam lutar por meio de greves se deparam

com dois tipos de dificuldades” que são subjetivos e com consequências consideráveis para a mobilização política e coletiva (DEJOURS, 2015, p. 43).

A primeira consequência se refere ao “efeito subjetivo do juízo de desaprovação proferido pelos políticos, os intelectuais, os executivos, a mídia e até a maioria silenciosa, segundo os quais se trata de greves de ‘abastados’ que aliás, constituiriam uma ameaça à perenidade das empresas” (DEJOURS, 2015, p. 43). Já a segunda consequência corresponde

a vergonha de protestar quando outros são muito desfavorecidos: é como se hoje as relações de dominação e injustiça social só afetassem os desempregados e os pobres, deixando incólumes os que, por terem emprego e recursos, são privilegiados. Quando mencionamos a situação dos que sofrem por causa do trabalho, provocamos quase sempre uma reação de recuo ou de indignação, pois damos assim a impressão de que somos insensíveis à sorte supostamente pior dos que sofrem por causa da falta de trabalho (DEJOURS, 2015, p. 43).

Contraditoriamente, a primeira consequência, apesar de ser vivenciada no período de greve, não surtiu efeitos negativos no movimento, uma vez que as falas falseadas pelos políticos eram utilizadas como motor à mobilização. Aliás, os intelectuais da área da saúde coletiva estiveram prestando apoio em toda mobilização, em especial a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, formado também por trabalhadores e cientistas. Já o segundo efeito abordado na Psicodinâmica do Trabalho era algo também observado, mas em certa medida, minimizado pelas características do trabalho na ESF. No bairro em que trabalhava, cinco unidades básicas de saúde, incluindo a que trabalhava, realizaram uma manifestação através de uma passeata, que contou com a participação de muitos trabalhadores e de usuários e usuárias que utilizavam os serviços. Os que não participaram na caminhada, nos avistavam pelas janelas, iam aos portões de suas casas, forneciam água e prestavam palavras de apoio. De fato, essa relação de suporte entre usuários e trabalhadores nas manifestações engendradas pela unidade pode ter surtido efeito positivo devido o vínculo já existente entre o equipamento de saúde e a população.

Por fim, apesar de buscar sentido em meio aos períodos de greve, a intensificação do trabalho por conta da precarização do serviço, de vivenciar profundamente a falta do meu salário e de tantos colegas, bem como a ausência de insumos essenciais para a realização do cuidado foram aspectos fundamentais para uma propulsão do cansaço que assolava corpo, mente e me inundava dos mais diversos sentimentos e reflexões.

Aos poucos, a percepção de desesperança adentrava as relações de trabalho e com os usuários, isso trazia o sentimento de medo e em certo momento, também trazia uma paralisia

frente às dificuldades impostas pela organização do trabalho, já muito precária. O próximo capítulo irá abordar o conceito das estratégias defensivas e realizar uma análise que busca identificar os momentos em que tais estratégias eram construídas coletivamente. Posteriormente, quando não há mais possibilidade da construção do cuidado de forma zelosa, ou ainda, quando nem mais as estratégias coletivas são suficientes para continuar a trabalhar, toma forma então, um caminho ao sofrimento. Estes temas serão discutidos no capítulo a seguir.

5. OS ENCONTROS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 O cuidado emerge do encontro, as estratégias defensivas emergem do coletivo

Este capítulo se destina a analisar os relatos de diários reflexivos sob o conceito de estratégias defensivas, que emergem do conceito de ideologia defensiva, o qual apresenta seis características fundamentais: a primeira constitui o objetivo da ideologia defensiva que é ocultar ou conter uma ansiedade particularmente grave; a segunda corresponde a característica de ser um mecanismo de defesa elaborado por um grupo social, em coletivo; em seguida é o fato de ela ser formulada não para conter uma angústia propriamente dita, mas sim para controlar ou ir contra a um risco e perigo real; a quarta característica emerge da necessidade de todos os envolvidos estarem em consonância com determinada deliberação, aliás, aquele que, por ventura, não concordar, é ocasionalmente excluído do coletivo; adiante é preciso afirmar que para uma ideologia defensiva ser funcional é necessário coerência: “o que supões certos arranjos relativamente rígidos com a realidade” (DEJOURS, 2015, p. 45); e a sexta característica é referente ao seu caráter vital e necessário, uma vez que “tão inevitável quanto a própria realidade, a ideologia defensiva torna-se obrigatória. Ela substitui os mecanismos de defesa individuais” (DEJOURS, 2015, p. 45).

As estratégias defensivas surgem no momento em que não há reconhecimento no trabalho, tampouco a presença de prazer, ou ainda, quando há demasiadas situações que evocam no trabalhador o sofrimento, a angústia e o medo. Para que estes últimos não imperem na rotina do serviço, trabalhadores costumam unir-se em prol de instituir as estratégias defensivas. Isto não ocorre de forma a ser evidente, é como uma rotina criada a dar conta de permanecer no trabalho sem maior descompensação psíquica, com isso, as regras criadas subjetivamente, mas trazidas a convivência no trabalho, são adotadas e sustentadas por um coletivo:

Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psíquica (ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental), é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo. No domínio da psicologia do trabalho, o estudo clínico mostrou que, a par dos mecanismos de defesa classicamente descritos pela psicanálise, existem defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente. Trata-se de “estratégias coletivas de defesa” que são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho (DEJOURS, 2007, p. 35).

Por terem como característica fundamental a elaboração em coletivo, foi particularmente difícil a análise de relatos que apresentassem tal abordagem: estratégias de defesa construídas coletivamente. Entretanto, após a leitura repetitiva dos diários, percebi que tais estratégias se apresentavam em determinados momentos. A primeira estratégia defensiva identificada tem relação maior com o contexto do território em que estava do que com a organização do trabalho em si, porém com consequências diretas no ato de trabalhar. Por isso, antes de aprofundar a análise dos relatos recortados aqui para a reflexão sobre as estratégias defensivas, vale adentrar o contexto vivenciado e ressaltar o olhar sobre o território.

Durante a residência, eu e a equipe de residentes da qual fazia parte – composta por uma psicóloga, uma nutricionista, uma dentista e um assistente social – fomos alocados em uma unidade de saúde da família em um bairro da zona norte da cidade, inteiramente formado por uma grande favela. Lá, exercemos o trabalho em equipe multiprofissional por dois anos. Lembro perfeitamente das ruas, pessoas, cheiros e vielas, ao pensar no primeiro dia de trajeto até a unidade, consigo sentir também a ansiedade que me invadia e as expectativas que se formavam:

Hoje eu acordei no horário de sempre, combinei de encontrar a nutricionista da equipe no metrô e de lá iríamos juntas para a Clínica da Família, afinal de contas, eu não sabia andar esse trajeto sozinha e gostaria de ter uma companhia. Cheguei uma hora antes do combinado, fiquei aguardando sua chegada e, enquanto isso, observei o bairro em que estava. O metrô fica elevado, pude olhar as ruas do alto, observei o movimento daquele horário, muita gente saindo do metrô, muita gente entrando. Resolvi ler um livro, um livro sobre os cuidados de enfermagem à mulher, ao recém-nascido e ao homem... Será que hoje eu já iria atender junto ao enfermeiro da equipe? O que eu deveria ler? Seria melhor ler sobre o preventivo, sobre os métodos contraceptivos ou sobre DST? Pensei no quanto eu sou ansiosa, no quanto eu quero ter certeza de tudo sempre, não correr muitos riscos, estar preparada... A nutricionista chegou, logo em seguida chegou o assistente social e fomos juntos para a clínica (Diário da autora, maio de 2014).

A insegurança e o medo são características que podem produzir motivações e buscas por melhorias ao serem utilizados como mola propulsora, ao contrário, produzem apenas sofrimento. Este medo não era ainda gerado a partir do trabalho em si ou pela falta dele (como no caso do desemprego ou do medo da demissão) – sobre este tipo de medo, tratarei sob a

ótica de Dejours em reflexões posteriores neste estudo. Na realidade, estes sentimentos eram relacionados ao medo do novo e de não estar à altura, de não ser competente. Todavia, é importante pontuar que tal característica de ansiedade, insegurança e medo já eram presentes em meu ser para o desenrolar das vivências posteriores. Ainda recém-formada, não sabia o que estava por vir com essa experiência, mas almejava estar preparada para o que encontrasse.

Mal sabia, entretanto, que mesmo com todos os saberes científicos armazenados mentalmente, o cuidado é algo que só existe a partir do encontro entre trabalhadora e usuário, trabalhadora e trabalhadores: ele só existe em um campo relacional. O medo, neste momento especificamente, também pode caracterizar que este sentimento é motor à produtividade, ainda não relacionada à produtividade no ato de trabalhar, mas já sendo suficiente a me fazer realizar leituras sobre o que poderia ser importante para os atendimentos do dia. Dejours afirma que “o estado de medo e alerta que não abandona o trabalhador durante todo o tempo, epicaça a imaginação e excita a curiosidade. É neste corpo-a-corpo violento que se elabora o saber operário” (DEJOURS, 2015, p. 149). É anteriormente à minha entrada em campo, ainda no aguardo dos meus colegas chegarem ao meu encontro, que inicio um processo de medo e vigília. Estes sentimentos vão me acompanhar por toda minha trajetória profissional e segundo a Psicodinâmica do Trabalho, são sentimentos fundamentais à construção das estratégias defensivas, isoladamente ou coletivamente.

Além destes aspectos, a observação de todo o espaço ao redor em que estava é característica presente em diversos registros, o que é também interessante para a aproximação do leitor com o cenário em descrição, além da compreensão das realidades que habitam determinado território, que utilizam certo equipamento de saúde, que se relacionam entre si e o que tudo significa em diversas esferas, socialmente, culturalmente, de forma epidemiológica e tantos outros fatores:

Entre uma VD⁵ e outra eu observava o meu entorno, muitas crianças, muitas motos, quase todos nos cumprimentam. Congelei uma imagem na minha mente: uma mãe levava seu filho de alguns meses num carrinho de neném, o bebê só olhava para cima, bem sentado, erguia a cabeça e olhava para o alto. E então eu olhei também, e percebi que entre as ruelas da comunidade, você só vê um pequeno retângulo azul do céu, entre um bando de emaranhados de fios de

⁵ VD significa visita domiciliar.

eletricidade... Como as casas são altas e as ruas estreitas... (Diário da autora, maio de 2014).

As especificidades do território são o que compõem a realidade sociocultural do local e apresentam em cada detalhe as características populacionais dos que ali estão. Como um certo lema de vida, adotei ainda muito jovem a ideia da empatia, e sempre busquei trocar meus olhares com aqueles com quem compartilhava os momentos. Entre moradores, trabalhadores e demais pessoas com quem convivi, me colocava disposta a me imaginar em seu lugar antes de lhe conferir propostas, orientações e quaisquer outros cuidados. A compreensão das inúmeras realidades brasileiras e o que isso demonstra enquanto particularidades de contextos fazem com que a prática em saúde seja algo específico para cada local em que uma equipe está:

Território corresponde tanto à base material de suporte à vida quanto ao espaço de representação das relações em sociedade. Por meio desse uso, é possível identificar e explicar os problemas e as necessidades de saúde e os conflitos decorrentes da apropriação e do uso do espaço pelos atores sociais. Permite compreender a conformação de contextos (político, econômico, cultural, ambiental) que expressam, de um lado, potencialidades locais e, de outro, riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente. Portanto, é base para a organização das práticas de saúde, do trabalho, da responsabilidade sanitária e da atuação compartilhada (GONDIM; MONKEN, 2018, p. 16)

Não há como, definitivamente, realizar os mesmos cuidados em saúde para todas as populações de forma homogênea, é necessário o entendimento sobre as características de um território para iniciar a atuação de enfermeira de saúde da família. Tal compreensão vai desde a observação do território e da população que ali vive, até a busca objetiva de respostas às questões culturais que ali são presentes. Durante o primeiro momento na residência tivemos a oportunidade de realizar um diagnóstico territorial e já no meu trabalho enquanto enfermeira de saúde da família, estive realizando inúmeras visitas territoriais e conversas entre os agentes comunitários mais antigos da unidade e aqueles que se identificavam como líderes na comunidade, assim sinto que pude me aproximar das nuances de cada local antes de realizar uma prática que não fosse condizente com tal realidade:

Passaram algumas semanas desde minha chegada nesta nova unidade. Pela primeira vez estou responsável por um território em que há diferenças sociais mais explícitas: casas com boa estrutura e moradores com níveis escolares

elevados ao lado de terrenos com cerca de vinte casas, alguns com banheiro coletivo, e seus moradores que enfrentam condições de vida precárias. Minha percepção inicial é a falta de solidariedade entre eles. Durante minha formação em uma unidade com território composto por favelas, vi diversas vezes uma ajuda coletiva: se alguém passava fome, outro tinha um prato de comida para dar. Aqui não existe isso, na verdade, sinto saltar certo preconceito na população. Este ano, em especial, o país apresenta um abalo na economia, com isso, alguns atendimentos que fiz iniciam com a seguinte frase do usuário: “Minha primeira vez aqui, achei que nunca usaria o SUS”, ou então finalizam com: “Olha, foi minha primeira consulta aqui, gostei muito do atendimento, a gente não sabe o que esperar, mas fiquei surpresa de forma positiva”. É isso, meu território é composto por pessoas que tinham (e algumas ainda tem) planos de saúde, mas também por pessoas em condições vulneráveis. Isso me faz refletir sobre o acesso a unidade, como balancear, como ser equânime? Aos usuários que chegam dizendo que é sua primeira vez, lanço um sorriso, digo que é bem-vindo, explico como funciona a unidade e o sistema de saúde, faço questão de dizer que ele já usava o SUS, só que de outras formas. Aos usuários que saem agradecidos pela consulta, retribuo o obrigada, lhe digo que o SUS tem muita coisa boa e espero contar com ele pra defender o sistema de saúde, normalmente recebo um sorriso de volta como afirmativa. Também pude perceber a enorme quantidade de casos de pessoas com sofrimento psíquico. Além das pessoas medicalizadas – formam um enorme quantitativo de receitas para renovação mensalmente – há também os casos mais acentuados, como esquizofrenia, paralisia cerebral, bipolaridade, abuso de álcool e outras drogas, entre outros diagnósticos. Penso na necessidade da gestão das listas e em tantas outras ferramentas que tenho que dar conta de utilizar para exercer a enfermagem e a saúde da família. Estou cansada. Quanto mais penso, mais canso. Porém, me sinto feliz em estar aqui, feliz em conhecer essa população, feliz em ser enfermeira aqui. (Diário da autora, abril de 2016).

O olhar sobre o território será uma constante durante este tópico. O território transpassa por todas as reflexões aqui originadas, uma vez que se compreende a dimensão do significado de saúde como também um processo social, e por isso é inadmissível reduzir os relatos e as questões abordadas aqui sob caráter biologista ou meramente clínico, ou seja,

ainda que em determinado relato não ocorra a caracterização do ambiente ao redor, é importante considerar o contexto e a conjuntura em que se estava a autora.

Nos dois territórios vivenciados, a violência era um aspecto que atravessava diariamente a realidade dos trabalhadores e dos moradores locais. Chegar na unidade e ouvir tiros, não saber se há como continuar trabalhando ou se será necessário fechar a clínica era algo comum de ocorrer. O atendimento àqueles que trabalhavam com o tráfico gerava ansiedade em todos os trabalhadores, era algo para ser realizado com certa pressa, pois eles não podiam ficar muito tempo dentro da unidade. A segunda unidade, em especial, onde trabalhei como enfermeira de uma equipe mínima de saúde e como enfermeira responsável técnica, ficava exatamente entre duas comunidades de facções diferentes e por isso, constantemente estavam em conflitos armados e ficávamos exatamente localizados no ponto de específico da troca de tiros inicial.

Para se adequar a tal realidade, a fim de reduzir a exposição dos trabalhadores aos riscos, o município do Rio de Janeiro adotou como medida o protocolo Acesso Mais Seguro (CICV, 2018), através do qual, nós recebíamos treinamento pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, para lidar com as situações violentas em que estávamos imersos. O grupo de trabalhadores que participava do Acesso Mais Seguro era formado por integrantes de diferentes categorias profissionais, e havia ao menos um de cada equipe. Esta estratégia foi necessária para delimitarmos os sinais no território que indicavam os perigos ao redor da unidade, e com isso, fazíamos uma classificação que categorizava o dia em vermelho, amarelo ou verde, sendo a primeira destinada ao maior risco e conseqüentemente o fechamento da unidade, o amarelo significava que a unidade mantinha o funcionamento, exceto pelas visitas domiciliares e demais atividades em território, e o verde correspondia ao funcionamento normal da clínica, com todas as atividades sendo executadas conforme o costume.

Nem sempre era possível ter uma definição fidedigna aos acontecimentos que estariam por vir. Por vezes, iniciávamos o funcionamento em verde, e ao meio dia, já estávamos fechando a unidade. Ou seja, era uma classificação dentro das possibilidades perante o imprevisível. O medo é uma constante em diversos trabalhos, seja o medo por fatores físicos ambientais, no qual a violência pode se enquadrar – como também o medo de adquirir doenças através do trabalho em saúde, seja o medo por não ser tão produtivo quanto o esperado durante o exercício do trabalhar. Dejours infere que:

A erosão da vida mental individual dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado favorável a produção. O

sofrimento mental aparece como intermediário necessário a submissão do corpo (DEJOURS, 2015, p. 125).

Com isso, a dinâmica do medo, da angústia e do sofrimento, aspectos que impactam negativamente o aparelho psíquico do trabalhador, fazem parte de um processo fundamental ao aumento da produtividade, seja através da elaboração de estratégias coletivas, seja pelo abuso do sentimento de medo, que faz com que os trabalhadores se sintam reféns de determinado processo de trabalho ou serão punidos e demitidos. O medo, no caso da violência territorial, pode não ter relação direta com a organização do trabalho, mas exerce impactos consideráveis nas vidas dos trabalhadores e na população que ali reside, população que é atendida na unidade de saúde da família. Inclusive, ao compreender que os conflitos armados no território são acontecimentos que fogem a alçada de controle dos trabalhadores, é possível que este aspecto se comporte dentro da esfera da ignorância, trazida aqui como um estado em que não é possível saber ou ter mais dados sobre isto:

Quanto maior for a ignorância sobre o trabalho, mais fácil será ultrapassar a fronteira entre o medo e a angústia. Na realidade, a ignorância consciente sobre o processo de trabalho aumenta o medo, porque torna o risco cada vez maior. Por outro lado, a ignorância facilita o aparecimento do medo (DEJOURS, 2015, p. 141).

Dessa forma, a compreensão da relação território e trabalho, nas especificadas da Estratégia de Saúde da Família, compõe parte significativa da relação trabalho e trabalhador, com consequências ao aparelho psíquico dos que estão ali, com o possível desenvolvimento de desequilíbrios mentais e sofrimento incapaz de ser adequado como motor às inovações do processo de trabalho:

Estávamos em reunião de equipe: eu, os quatro ACS, as seis residentes, o médico da equipe e a técnica de enfermagem. Já passava das 15:30h. Entre uma pauta e outra, ouvimos cerca de dez disparos. Parecia que tinha acontecido dentro do consultório, foram disparos ensurdecedores, exatamente ao lado do consultório, fora da unidade, na rua do valão. Foi desesperador. Saí da cadeira do computador e sentei no chão, outra ACS fez o mesmo. Todos os outros tentaram sair correndo pela única porta de saída do consultório. Todos caíram, uns por cima dos outros, machucaram-se, a residente enfermeira quebrou os óculos de grau. Eu gritava “calma!”. Quem sou eu para pedir calma? Não sei o que houve, mas eu realmente estava calma. Após irem se levantando, fui dando a mão um por um, e colocando todos sentados no corredor central. Assim também fizeram os outros que compõe o grupo do Acesso Seguro. Todos no corredor. Idoso,

gestante, criança, puérpera e nós, os trabalhadores. Após alguns minutos, em contato com as outras unidades do território, já sabíamos que começara uma invasão na favela. Tínhamos pouco tempo para retirar todo mundo em segurança. Conseguimos. Volto para casa, dirigindo, chorando e tremendo. Agora a calma foi embora. Eu só sinto a lágrima salgada pelo meu rosto até minha boca. Cheguei em casa, estou viva, mas sem vontade de continuar. (Diário da autora, setembro de 2018).

Apesar da implementação do Acesso Mais Seguro ser realizada de forma verticalizada, como um protocolo a ser adotado por unidades que estão em território conflituosos, ele é montado exclusivamente com base nos saberes dos trabalhadores de cada clínica; ou seja, ele é construído com base nos diagnósticos territoriais que o grupo de cada unidade consegue analisar. Com isso, compreendo que o Acesso Mais Seguro, nesta situação, torna-se uma estratégia defensiva, já que é realizado em coletivo e legitimado por todos que estão na unidade. Para além do funcionamento do grupo, os trabalhadores tinham o costume de avisar ao chegarem em suas residências após a ocorrência de conflitos armados e a saída emergencial da clínica. Através de um aplicativo de celular que possibilitava o contato entre todos nós, íamos avisando a chegada em casa. Por vezes, passávamos por situações angustiantes, onde os agentes comunitários que residiam dentro da comunidade não conseguiam chegar em casa. Em muitos dias, o conflito armado continuava após o fechamento da unidade, e éramos avisados sobre os momentos de desespero vivenciados pelos trabalhadores que ali moravam. O grupo, utilizado através deste mesmo aplicativo, era uma forma de continuar em contato, de trocar informações, de permanecer por perto. Essa era a sensação entre todos nós. Os agentes continuavam mandando informações e nós estávamos ali, escutando e até orientando. Uma das vezes, fiquei em uma ligação com a agente comunitária da minha equipe por cerca de uma hora, enquanto o conflito estava extremamente tenso e ela estava sozinha em casa com sua filha, abaixadas na cozinha de casa. Esse artifício, apesar de não ser exatamente eficiente para o processo de trabalho, gerava no grupo de trabalhadores da unidade certo ar de solidariedade e partilha: em essência, era o pleno exercício de apoio mútuo. Isto também sinaliza que o sentimento de angústia e medo eram presentes mesmo após de encerrar o funcionamento da unidade, e através das trocas no grupo do aplicativo, nos mantínhamos em comunhão, compartilhando também sentimentos:

Nenhum operário, como nenhum outro homem, está a salvo de uma explosão de angústia. Embora seja esquemática a separação entre medo e angústia, na prática, essa ligação é bem anterior e, frequentemente, não basta ao trabalhador sair da fábrica para ficar completamente confiante e calmo. [...]

A maioria dos operários precisa de remédios para dormir, mas também para se aguentar durante a jornada de trabalho. Os hipnóticos e ansiolíticos são largamente consumidos. Quando volta para casa, o trabalhador acorda de noite, angustiado, pois não sabe mais se fechou direito tal válvula. Será que pode explodir? Só ficará tranquilo no dia seguinte, quando voltar ao posto de trabalho. E, pouco a pouco, toda a vida do operário é atravessada pela ansiedade gerada pelo trabalho (DEJOURS, 2015, p.140).

Neste exemplo, apresentado por Dejours, é também a realidade dos trabalhadores das unidades de saúde da família, e recorro a ele como forma de demonstrar os sentimentos que estão presentes, especificamente, em territórios violentos. A adequação da fala do teórico sobre angústia e o quanto este sentimento acompanha o trabalhador para além da sua vivência no trabalho permanece uma constante nos serviços de saúde. Algo presente na vida de diversos trabalhadores com quem compartilhei a trajetória no trabalho, e particularmente, que sempre atravessou a minha vida, é a angústia após a chegada em casa; nestes momentos, a dificuldade em dormir ou o despertar durante a noite, com o pensamento nos casos em que estava acompanhando faziam parte dos sentimentos emergidos pelo trabalhar. Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o seguimento do trabalho após o término do horário do serviço, ou seja, os pensamentos e angústias referentes ao trabalho mesmo quando se está em casa, corresponde a uma “jogada” da organização do trabalho contemporânea, uma vez que “o ritmo do tempo fora do trabalho não é somente uma *contaminação*, mas antes uma *estratégia*, destinada a manter eficazmente a repressão dos comportamentos espontâneos que marcariam uma brecha no condicionamento produtivo” (DEJOURS, 2015, p. 59).

A maioria das vezes em que senti medo e angústia após o período do trabalho teve relação com casos de violência, seja pelo território violento, seja por preocupações com casos em que havia a presença de violência – doméstica, infantil, verbal, assédio moral, entre outras – e isso gerava imenso sofrimento. Durante os anos na enfermagem, tive trocas profundas com companheiras de trabalho que relatavam o mesmo que vivia: a exposição à violência configurava uma alteração do equilíbrio mental.

Porém, nem todos os trabalhadores colocavam seu medo à exposição. Seria uma banalização da violência? A transformação do mundo influenciada pelo avanço do neoliberalismo refletiu intimamente nas relações humanas, aliado a isso, as experiências violentas no cotidiano evocam formas de lidar com tais situações sem que se vivencie o sofrimento constantemente ou profundamente. Tal reflexão embasa a ideia de que, para suportar o peso da dor do outro, se banaliza o mesmo, se veda os olhos, se tapa os ouvidos e se engole o grito de pavor. Esse movimento pode ser exemplificado pela própria dinâmica do

emprego, na qual tornou-se uma conquista ser trabalhador assalariado, quando deveriam todos ter a oportunidade equânime ao trabalho, não há solidariedade ao desempregado, em algumas circunstâncias existe, inclusive, um julgamento de teor moral. A respeito disso, o teórico afirma:

[...] nem todos partilham hoje do ponto de vista segundo o qual as vítimas do desemprego, da pobreza e da exclusão social seriam também vítimas de uma injustiça. Em outras palavras, para muitos cidadãos, há aqui uma clivagem entre sofrimento e injustiça. Essa clivagem é grave. Para os que nela incorrem, o sofrimento é uma adversidade, é claro, mas essa adversidade não reclama necessariamente reação política. Pode justificar compaixão, piedade ou caridade. Não provoca necessariamente indignação, cólera ou apelo à ação coletiva. O sofrimento somente suscita um movimento de solidariedade e de protesto quando se estabelece uma associação entre a percepção do sofrimento alheio e a convicção de que esse sofrimento resultado de uma injustiça (DEJOURS, 2007, p.19).

A banalização da violência se torna, com isso, uma estratégia defensiva, em que a maior característica é o individualismo, “funciona com base na negação do sofrimento alheio e costuma levar à sensação de inutilidade, da perda de identidade e do sentido do trabalho” (FERREIRA, 2009, p. 43). Os desdobramentos desses comportamentos são percebidos ao analisarmos a sociedade que caminha a passos largos ao individualismo e falta de solidariedade. Esta análise adentra o contexto violento vivenciado na unidade básica de saúde, uma vez que, apesar da maioria apresentar abalos psíquicos diante aos conflitos e casos vulneráveis, outros colocavam-se distantes e tinham, inclusive, discursos de julgamentos e críticas, por exemplo, aos direitos humanos. Constantemente, nas vivências de conflitos armados, os trabalhadores dividiam-se em dois grupos: aqueles que se colocavam sensibilizados e buscavam compartilhar em coletivo medidas e palavras de apoio, e outros que repetiam frases de impacto que difamavam a favela e seus moradores, justificando a comunidade como cerne da violência da cidade.

É importante sinalizar que há uma relação entre sofrimento x emprego e sofrimento x trabalho. Ambas as situações são “retroalimentáveis”, uma vez que o desempregado tem medo constante e sofre por não conseguir emprego, enquanto o trabalhador assalariado sofre e tem medo constante sobre perder seu emprego, ou seja, “a banalização do mal repousa precisamente sobre um processo de reforço recíproco de umas pelas outras” (DEJOURS, 2007, p. 28). Umas pelas outras neste trecho significa as relações existentes (sofrimento x trabalho e sofrimento x emprego).

Como este estudo destina-se a compreensão do impacto da organização do trabalho na vida da trabalhadora enfermeira, vale ressaltar alguns aspectos que são enumerados pela Psicodinâmica do Trabalho como relevantes ao sofrimento dos que trabalham, como o trabalho exercido em condições de diminuição de direitos e garantias trabalhistas e que são também agravados por infrações das leis trabalhistas; o trabalho daqueles que enfrentam riscos biológicos, com a vulnerabilidade diante de radiações, vírus e outros componentes tóxicos e causadores de enfermidades; e também “há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar a altura das imposições do trabalho, imposições de horário, de ritmo, de formação, [...] e de adaptação à cultura ou ideologia da empresa” (DEJOURS, 2007, p. 28). Talvez, por não estar diretamente atrelado a organização do trabalho, a violência não é algo considerado como sofrimento neste referencial teórico, mas podemos ponderar que a violência e suas consequências correspondem a um tipo de sofrimento causado pela vulnerabilidade de risco de adoecimento, uma vez que compete à ordem dos fatores externos. Isto posto, com a reflexão e análise da violência e da compreensão do atravessamento do território em toda vivência enquanto enfermeira de uma unidade básica de saúde, sigo com a análise de outros temas correspondentes a este capítulo.

Seguindo a linha da discussão sobre o avanço neoliberal, é interessante demarcar que a banalidade à injustiça social é, conforme Dejours, “a banalidade de um processo que é subjacente à eficácia do sistema liberal econômico” (DEJOURS, 2007, p. 21). O autor sinaliza ainda que acredita que não há solução a curto prazo às adversidades sociais geradas pelo sistema liberal econômico atual, uma vez que para isso, é necessário a mobilização que não corresponde à realidade de falta de discussões profundas sobre o assunto (DEJOURS, 2007). Isto aliado ao avanço deste modelo econômico na lógica dos diversos setores trabalhistas, fortalecendo a privatização da saúde pública e, com isso, a adoção de organizações privadas que adotam o modelo do gerencialismo como molde à organização do trabalho e contribuindo à precarização, cada vez mais intensificada dos processos de trabalho.

A mudança na forma de gestão ao modelo do gerencialismo traz repercussões diárias no serviço em saúde. Para lidar com a organização do serviço que transmite aos trabalhadores a necessidade do alcance de metas e enrijece a construção do cuidado, as enfermeiras precisam acrescentar transgressões não apenas às suas práticas individuais, com o uso da sua mobilização subjetiva e inteligência prática, é preciso, ainda, que sejam estabelecidas estratégias defensivas, uma vez que as regras ditadas pela privatização simbolizam o surgimento do sofrimento, envolto em uma prática em saúde que pode ser distante da realidade territorial e das necessidades em saúde daquela população:

Lembro nitidamente de chegar nesta nova unidade e ficar assustada com a compreensão que se tinha sobre o acompanhamento do Bolsa Família – visto como um fardo. Foram inúmeras reuniões técnicas, reuniões gerais, reuniões por categoria e reuniões de equipe para que, muito lentamente, pudéssemos (eu e a gerente) observar uma mudança na sistematização do acompanhamento. Estávamos tão felizes de ver que cada equipe organiza seu próprio acompanhamento agendando as consultas. E as equipes com grande número de beneficiários conseguiam fazer outros tipos de acompanhamentos coletivos, que não me remetiam a ideia (péssima) de mutirão. Já são quase quatro anos aqui. As mudanças vieram a passos lentos, mas a sensação é que elas podem virar pó em segundos. A chegada da nova gerente me faz temer mais do que imaginei. Não pensava que viveria isso um dia. Sempre me relacionei bem com as outras gerentes, mas dessa vez a sensação é de asfixia. A palavra “meta” voltou com força total na clínica. E as metas do Bolsa Família vieram com tudo com essa gestão. Não importa a justificativa, ou a gente alcança a porcentagem de acompanhamento ou a gente alcança – isso mesmo. Conversando com as enfermeiras na reunião de categoria, uma delas diz em alto e bom tom: “Não há como minha equipe alcançar essa meta, eu já conversei com a gerente e ela sugeriu a convocação imediata do paciente... Cara, o paciente só vem na hora que ele quer, nem sempre quando tem consulta agendada vem. Para mim, não tem outra, ela (a gerente) só pode estar querendo dados falsos, todas nós já sinalizamos que não tem como alcançar, ela quer que a gente minta”. Parecia que eu estava vendo o trabalho suado de anos indo ralo abaixo. E era isso. A meta não ajudou a qualificar o trabalho, ela ajudou a fazer perder o sentido. O sentido era acompanhar de forma qualificada as pessoas com rendas inferiores e em maior vulnerabilidade. Agora o sentido é alcançar a meta. Meta que nós já percebemos não ser palpável para o alcance. Por isso, fizemos o seguinte: combinamos de contatar os pacientes via telefone, questionar peso e altura, e preencher a plataforma; e melhor que isso: manteremos nossas atividades coletivas e as consultas agendadas. A ideia é preencher a plataforma para chegar na meta, mas continuar fazendo o acompanhamento de sempre. Ficamos todas extenuadas só de pensar, será um trabalho redobrado, mas ou é isso ou é isso (Diário da autora, julho de 2019).

O relato acima transporta para um momento crítico na unidade. A chegada de uma nova gerente, que buscava realizar o acompanhamento dos usuários contemplados pelo programa Bolsa Família através do alcance das metas e sem demais reflexões sobre este cuidado. No início da minha jornada nesta unidade, exerci a função de enfermeira responsável técnica e, por isso, fui responsável por repassar protocolos dos cuidados em saúde, de estabelecer fluxogramas em todos os ambientes da unidade de saúde e gerenciar o processo de trabalho da equipe de enfermagem. Ao adentrar na unidade, diversos protocolos não eram

seguidos e alguns profissionais não tinham conhecimento sobre manuais e outros materiais de apoio ao serviço técnico. Percebi que para estimular a adoção de determinadas medidas, em busca da transformação da construção do cuidado pelos demais colegas, era importante abordar o sentido daquele tipo de atuação, era valioso que todos entendessem qual era a relevância e o que determinada ação poderia abranger. O acompanhamento dos usuários que faziam parte do programa do Bolsa Família foi um destes temas, abordado incansavelmente durante meses, até a compreensão de todos, assim como a qualificação do cuidado. Diante da chegada na nova gerente, houve mudanças sensíveis a toda equipe da unidade, inclusive neste acompanhamento, e por conta disso, o coletivo de enfermeiras estabeleceram regras para permanecer realizando o cuidado a estes usuários de forma correspondente ao que acreditavam, porém, com algumas atitudes transgressoras afim de responder à demanda gerencial, constituindo assim, uma estratégia coletiva de defesa, evitando desdobramentos psíquicos.

A função do gerente na clínica da família corresponde a tomada de decisões administrativas e de gestão sobre o serviço desempenhado pela unidade – e com isso, a partir do conhecimento do território – aliado com as definições municipais ao setor da saúde. É, indiscutivelmente, uma posição delicada, uma vez que se trata de um cargo de confiança ocupado de acordo com as decisões superiores e este sujeito é também exposto ao sofrimento, medo e assédio. Ao trabalhar para uma organização privada, a forma como se desenvolve o serviço do gerente fica próxima a dinâmica empresarial, entretanto, obtive experiências de trabalho com quatro gerentes diferentes, e era visível que, dependendo do seu conhecimento sobre seu próprio poder e utilização deste para a manutenção da unidade, o trabalho desempenhado era distinto: umas buscavam mais estimular a qualificação do cuidado e a utilização dos protocolos, manuais e afins, outras estimulavam a organização do serviço, com a constituição de fluxos e diretrizes que eram adotadas na unidade, e havia também aquelas que sustentavam seu trabalho em decisões verticalizadas que não eram, necessariamente, adequadas a realidade do serviço. Sobre o papel do gerente, Dejours vem dizer que:

Por um lado, as dificuldades encontradas pelos gerentes em seu próprio trabalho não podem ser objeto de debate, de reflexão, de deliberação coletiva entre eles. Isso por causa do medo a que também os gerentes estão sujeitos: medo de tornar visíveis suas próprias dificuldades, medo de que isso seja atribuído à sua incompetência, medo de que os colegas usem essa informação contra eles, medo de que isso venha a servir de argumento para os incluir na próxima lista de demissões... Em outras palavras, a experiência da resistência do real à autoridade e à competência gerenciais parece fadada a permanecer estritamente individualizada e secreta; e mesmo a ser

dissimulada. Assim, os sinais exteriores de competência e eficácia repousam sobre a preocupação de ocultar metodicamente todas as falhas que se não consegue corrigir. [...] Por outro lado, por sua própria experiência do medo, eles sabem que, usando a ameaça da demissão, eles podem intensificar o trabalho dos operadores bem mais do que se acreditava ser possível (DEJOURS, 2007, p. 54).

Entre as colegas enfermeiras, apesar da sensação de assédio moral durante a minha última vivência com a gerente da unidade, havia também o sentimento de compaixão pela pessoa, através da compreensão de que a mesma ocupava um lugar desafiador e solitário. É provável que, caso não existisse tal sentimento, as enfermeiras – inclusive eu – teriam atitudes transgressoras que poderiam não beneficiar o serviço da gerente, como no exemplo acima, quando poderiam apenas continuar realizando o acompanhamento dos usuários conforme a rotina anterior, sem a preocupação em alcançar as metas impostas.

De qualquer forma, existe uma parte da estratégia defensiva que apresenta um valor funcional em relação à produtividade; a Psicodinâmica do Trabalho afirma que isso se dá através da exploração da ansiedade, quando um trabalhador que não consegue incorporar as estratégias defensivas de sua profissão, não conseguindo suportar sua própria apreensão, será obrigado a parar de trabalhar, “constitui-se, assim, a importância da ideologia-defesa na continuidade do trabalho” (DEJOURS, 2015, p. 92). Ou seja, “a ideologia defensiva é funcional em nível do grupo, de sua coesão, de sua coragem, e é funcional também no nível do trabalho; é a garantia da produtividade” (DEJOURS, 2015, p. 93).

Este relato traz, ainda que de forma simplificada, as três características principais das estratégias defensivas, sendo a primeira a criação de um sistema defensivo destinado a controlar o medo; a segunda característica é o caráter coletivo, no qual é necessário que todos os envolvidos estejam de acordo com tal estratégia e a adotem; e a terceira característica é que para a elaboração das estratégias defensivas, não basta um grupo de trabalhadores apenas, é necessário que o grupo seja coeso e trabalhe precisamente em equipe (DEJOURS, 2015). O medo colocado pela Psicodinâmica do Trabalho é referente ao medo do desemprego, da demissão ou ainda, à precarização do trabalho. Estes sentimentos são velados na vivência do trabalhar, porém, a realidade das organizações de trabalho se tornou tão instável que, constantemente, eu e outros trabalhadores e trabalhadoras discutíamos sobre o assunto.

Sentíamos medo de não saber sobre o futuro, numa imersão em demasiada insegurança. Não tínhamos certeza sobre o nosso salário, que atrasava por meses, bem como não tínhamos certeza sobre a continuidade do serviço. No ano de 2018, ocorreram demissões em massas de trabalhadores da saúde do município do Rio de Janeiro, o que transformou o

ambiente de trabalho e extenuou o sofrimento já existente perante a organização do mesmo (SAFFER et al., 2020). A sensação era que o trabalho construído até então, estava sendo destruído, desmontado, perdendo o sentido, já não parecia que estávamos sustentando a Estratégia de Saúde da Família que sempre defendíamos. Em meio ao início do real desmonte não só da ESF, mas também do SUS, legitimados pela nova Política Nacional de Atenção Básica, eu e outros trabalhadores sentíamos o trabalho escapar ainda mais das nossas mãos. O sofrimento era constante e dificilmente driblado, mesmo com os acréscimos através da inteligência prática ou das estratégias defensivas.

O salário voltou a atrasar. Mais uma vez. As unidades de saúde que compartilham as fronteiras do território com nossa clínica estão dispostas a realizar um ato no bairro, a ideia é irmos até a Avenida Brasil, parar o trânsito, expor nossa situação. Não podemos aceitar continuar trabalhando em meio a tanto descaso. Tudo falta. Água, luz, gaze, soro, medicamento, sabonete, papel toalha, agulha e seringa, algodão, atadura, cobertura de curativos. E falta o nosso salário. A assembleia da enfermagem irá se reunir. A assembleia dos médicos já votou por retomar a greve. Mesmo realizando escala, cumprindo com o pactuado, a sensação é de que a mudança está demorando demais para vir. Essa semana eu e as enfermeiras combinamos os atendimentos, quem iremos prestar assistência, quais casos continuaremos acompanhando. Algumas não queriam continuar realizando visitas domiciliares, mas eu tenho casos de curativos semanais que não posso deixar de ir. Sob pressão, e concordando com os argumentos, combinei de dar intervalos maiores entre as visitas aos pacientes que acompanho. É verdade. Se eu for semanalmente, os pacientes das outras equipes irão notar, e também irão reivindicar pelo mesmo. É triste que tenhamos combinado isso em um tom de amargor que não me sai do pensamento. Todas nós, arrasadas. Preocupadas. Exaustas. Seguimos a reunião, fizemos outras combinações, escalas. Ao final da nossa reunião, nos entreolhamos e voltamos a correria de sempre. Arrasadas, preocupadas e exaustas (Diário da autora, agosto de 2018).

Com a deflagração da greve a realidade do serviço mudou completamente, foi preciso estabelecer condutas e fluxogramas específicos, tanto quanto adotar as orientações advindas das assembleias de enfermeiras que estabeleciam as diretrizes do período da greve. Por mais que houvesse orientações demarcadas em assembleias, cada unidade fazia sua adaptação de acordo com a realidade do serviço. Diversas vezes, eu e outras enfermeiras nos reuníamos para repensar nosso trabalho e se estávamos atuando de forma ética para com aqueles que atendíamos.

Há uma característica das estratégias defensivas que nenhum relato é capaz de demonstrar, referente a sua elaboração durante a vivência do trabalhar. Por mais que os relatos apresentem pactuações que se estruturam como estratégias defensivas, é durante o percorrer dos corredores da unidade, o café da manhã em coletivo, as visitas domiciliares, a realização de curativos e tantos outros episódios que elas são estabelecidas.

Hoje eu cheguei às 7h da manhã na unidade. Sem salário nem previsão dele. Estava escalada para fazer parte da coleta. Sem salário nem previsão dele. 7h da manhã. Unidade lotada. Mais de 50 pessoas esperavam para fazer a vacinação para a febre amarela. Outros aguardavam para a coleta de sangue. Um ACS, também escalado para às 7h, recebendo os papéis e orientando. Sem salário nem previsão dele. Nossa clínica está com número reduzido de profissionais. Alguns colegas saíram no meio do caos que se instaurou ano passado. Terminamos a coleta. Era 8h12min. Hoje não deu tempo de tomar café. Eu e a técnica de enfermagem que havia chegado fomos trabalhar em jejum. Mas 50 pessoas já esperavam pela vacinação e nós fomos atender com um copo de café na mão. Sem salário nem previsão dele. Outros ACS vieram apoiar. Todos sem salário e nem previsão dele. Muitas pessoas reclamando. Alguns usuários não entendem: existem protocolos a serem seguidos na vacinação da febre amarela. Mas o desespero pela vacina é geral. Fui orientando. Tentando não perder o controle. Não me irritar. Não ser grosseira nem antiética. Isso, sem salário nem previsão dele. Deu 9h. Meus pacientes começaram a chegar. Chega um, dois, três. Um paciente precisa ser colocado no soro. Vou lá e faço o procedimento. Sem salário nem previsão dele. Deixo o paciente no soro para começar a atender. Sem salário nem previsão dele. Atendo criança, atendo idoso, faço preventivo, atendo um bebê, pergunto para a mãe: "você trouxe cueiro? Estamos sem lençol". Cubro maca com o cueiro para examinar o neném. Atendo, um, dois... sete. Paro para almoçar às 13h. Primeiro copo de água do dia às 13:20h. Sem salário nem previsão dele. Outros colegas ACS foram reivindicar pela nossa situação em frente a prefeitura. Sem salário nem previsão dele. Foram recebidos com bombas, gás e violência, e claro: sem salário nem previsão dele. Você já trabalhou sem receber? É desesperador. Todo mundo levando a marmita na bolsa. Não dá pra arriscar gastar 15 ou 20 reais no almoço, vai que o salário só cai em fevereiro? E sabe o que também angustia todos nós? Filas e filas para uma vacina que desde 2017 consta no calendário vacinal. Se você tivesse ido em setembro, em outubro ou em qualquer mês, não enfrentaria fila. A mídia não nos ajudou mais uma vez, e provocou terror total na população. Mas a gente segue trabalhando em meio ao caos. Tentando manter o controle. Sem salário nem previsão dele (Diário da autora, janeiro de 2018).

Apresento este relato para desmembrar algumas situações específicas que conseguem externar o que significam as estratégias defensivas serem elaboradas diariamente na vivência

do trabalho em saúde. Em greve, são inúmeras as estratégias para driblar o tamanho sentimento de medo. Neste trecho, escrevo que havia apenas eu e mais uma técnica de enfermagem para a realização da coleta de sangue e da vacinação. Em dias comuns, após a coleta de sangue, tínhamos um curto tempo para tomarmos café da manhã juntas, porém, na situação acima, já havia usuários aguardando na fila para vacinação e estávamos apenas em duas profissionais, o que não permitiu o café da manhã para dar início aos atendimentos. Esta combinação nunca foi dialogada, mas era algo comum em dias com visível sobrecarga de trabalho.

Da mesma forma, nem sempre os agentes comunitários de saúde realizavam a organização da fila ou participavam ativamente da coleta de sangue, auxiliando o trabalho, exceto em dias como este, nos quais o trabalho em equipe era intensificado, todos juntos atuavam de forma a implicar-se com um cuidado que era estendido também aos colegas, independente da categoria. Além disso, o fato de não ter o salário fazia com que a grande maioria dos trabalhadores levassem a alimentação do almoço e, para aquecê-la utilizávamos um micro-ondas (comprado de forma partilhada com o dinheiro de todos os trabalhadores) e, em dias que o número de trabalhadores que almoçariam na unidade era maior, havia uma certa organização em que uns almoçavam no primeiro horário, e outros no segundo horário, para ter espaço no espaço da alimentação – a copa contava apenas com uma mesa de quatro lugares – e para que todos conseguissem utilizar o micro-ondas.

A organização também era feita em relação aos protestos e manifestações fora da unidade, quando combinávamos quais os trabalhadores tinham o interesse em participar e com isso, elaborava-se uma listagem para ir e outra com a escala de trabalhadores na unidade. Por fim, o ambiente extenuante imposto pela realização da greve, gerando sobrecarga de trabalho, emergia a necessidade de estratégias defensivas que, no viver do trabalhar numa unidade básica de saúde, eram essenciais para a manutenção do serviço e para a saúde mental dos trabalhadores:

As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2007, p. 103).

Após a análise dos relatos e a reflexão sobre a elaboração das estratégias defensivas e no que elas significam para o aumento da produtividade e também, ao equilíbrio do aparelho mental, este tópico se encerra com a afirmativa de que as estratégias defensivas são também

uma forma de perpetuar o sofrimento velado. Ao adotar e sustentar estratégias defensivas, os trabalhadores não permitem, inicialmente, a identificação do sofrimento. Com isso, o sofrimento só passa a ser percebido com o surgimento de sintomas, o que é denominado como somatização psíquica, como veremos no próximo assunto.

5.2 Quando a organização do trabalho neutraliza a vida mental

Socorro, não estou sentindo nada.
 Nem medo, nem calor, nem fogo,
 Não vai dar mais pra chorar
 Nem pra rir.
 Socorro, alguma alma, mesmo que penada,
 Me empreste suas penas.
 Já não sinto amor nem dor,
 Já não sinto nada.
 Socorro, alguém me dê um coração,
 Que esse já não bate nem apanha.
 Por favor, uma emoção pequena,
 Qualquer coisa.
 Qualquer coisa que se sinta,
 Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva.
 Qualquer coisa que se sinta,
 Tem tantos sentimentos, deve ter algum que sirva.
 Socorro, alguma rua que me dê sentido,
 em qualquer cruzamento, acostamento, encruzilhada,
 Socorro, eu já não sinto nada.
 Socorro, não estou sentindo nada.

(Socorro - Arnaldo Antunes)

Até este momento no estudo, observou-se que a sensação de cansaço ou fadiga é a primeira experiência somática anterior ao sofrimento. A organização do trabalho, enrijecida e precária, predispõe ao trabalhador uma situação de insatisfação com o seu serviço, então, é possível que ele não consiga realizar os acréscimos necessários para que o trabalho tenha sentido, bem como para que ele alcance os objetivos propostos, seja através da inteligência prática e do zelo, seja através das estratégias coletivas de defesa.

O sofrimento inicialmente negado passa a existir perante uma neutralização da vida mental, no qual, isento de sentimentos e sem perceber a relação existente entre si e seu trabalho, o trabalhador torna-se individualmente exposto ao adoecimento e ao desequilíbrio do seu aparelho psíquico. Desde o início desta produção textual foi registrado que a Psicodinâmica do Trabalho revela que a organização do trabalho irá desempenhar papel

fundamental no aparelho psíquico do sujeito, que por meio do trabalho, constrói sua identidade. Este papel pode ser tanto com impactos positivos, uma vez que, alçando mão da sua mobilização subjetiva, o trabalhador consegue alcançar exercer seu serviço e produzir em si, reconhecimento, alívio e prazer, ou ainda, com impactos negativos, quando não é possível o exercício do seu serviço com o uso da sua própria criatividade e sensibilidade, e provavelmente, sem conseguir alcançar o resultado previsto, caminhando assim, ao isolamento e sofrimento:

Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torna-la mais conforme às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (DEJOURS, 2015, p. 173).

O sofrimento, iniciado a partir das insatisfações presentes no ato de trabalhar, pode tomar proporções que variam desde sintomas psicossomáticos até o adoecimento geral, por isso, é relevante compreender a dinâmica da construção do sofrimento advinda da relação entre trabalho e trabalhador. Após anos de trabalho como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família e, com o serviço descaracterizado pela situação de greve, tal qual ainda mais precário, pude experimentar sentimentos negados durante toda trajetória, que estavam agora, tomando forma e impossibilitando o manejo do meu próprio serviço, ou seja, estava vivenciando meu sofrimento gerado a partir das insatisfações com o trabalho e já não havia mais estratégias coletivas ou maneiras de intervir através do cuidado zeloso:

Mesmo as más condições de trabalho são, no conjunto, menos temíveis do que uma organização de trabalho rígida e mutável. O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. *Quando um trabalhador uso de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento (se bem que este fator seja evidentemente importante quanto à impossibilidade de toda a evolução em direção ao seu alívio). A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento* (DEJOURS, 2015, p. 66. Grifos do autor).

Sempre escutei a frase “se cuida!”. Sentia, inclusive, que escutava em demasia. As pessoas que conviviam comigo alertavam sobre o quanto eu me envolvia com o trabalho e o quanto este parecia ter domínio sobre a minha vida. Refletia a dimensão que ser enfermeira

havia tomado em meu ser. Seria possível um equilíbrio? A proporção era realmente grande, e eu não conseguia delimitar um tipo de atuação que me isentasse de tamanha sensibilidade ao me envolver com os usuários e usuárias, ou com os demais trabalhadores. A sensação era que a cada dia mais, eu estava imersa neste mundo do trabalho e esse mergulho me apresentava a todos os tipos de sentimentos que eu jamais poderia imaginar. Até que um dia, eu já não sentia mais o mesmo: continuava a trabalhar, mas sem qualquer vigor, em uma ausência de sentimentos, seja de alegria ou de tristeza. Todos os sentimentos – intensos – vivenciados durante minha trajetória enquanto enfermeira haviam desaparecido: não me restava nada, só a apatia. Pensava que deveria ter buscado ajuda quando existia o imenso cansaço ou quando em lágrimas refletia em casa a dor de algum atendimento sobre violência. Deveria ter buscado ajuda antes, agora já não sentia nada, e isso me assustava.

Considero alguns fatores fundamentais a este novo momento, como por exemplo, a descaracterização do serviço em períodos de greve, uma vez que, em épocas de atendimentos normais, havia um ritmo acelerado de trabalho, cansativo, porém, era esperado. Havia também uma grande quantidade de trabalhadores na unidade, o que diminuía em períodos de greve, acarretando alterações em reuniões de equipe e demais, com quantitativo reduzido de profissionais e pouca elaboração de estratégias coletivas ou de planejamento do próprio serviço. Em greve, o tempo de sobra e o trabalho de menos davam forma a algo inexplicável: falta sentido no que eu faço.

O retorno da greve (que era intermitente de acordo com o atraso salarial) configurava um período ainda pior, pois todos os usuários e usuárias que tiveram suas consultas desmarcadas em momentos de greve, retornavam para realizar a marcação ou para atendimentos sem agendamento prévio, caso apresentassem queixas. A unidade saía do marasmo à completa desordem. Mal conseguia ir ao banheiro nestes dias, tamanha quantidade de atendimentos. Quanto maior a demora dos que estavam aguardando atendimento, mais eu me esforçava para ser sucinta durante as consultas e, ao final, havia exercido um cuidado que fora nada ao encontro do que acreditava, tampouco me parecia corresponder ao que defendia enquanto uma consulta de enfermagem na Saúde da Família. Por mais que os usuários ainda fossem extremamente agradecidos, e me dispusessem tal reconhecimento, não sentia fazer mais aquilo que havia aprendido durante minha formação e minha experiência. O que já havia sido um dia, não existia mais.

É contraditório pensar que ergonomicamente, o período da greve era considerado “mais tranquilo” para a realização do trabalho, uma vez que havia mais tempo para o planejamento das ações e também, um menor número de atendimentos, o que disponibilizaria,

supostamente, menos cansaço físico ao trabalhador. Explicando em miúdos, normalmente, cada atendimento gera um tipo de impresso, seja um pedido de exames, seja uma orientação alimentar por escrito, seja uma renovação de prescrição medicamentosa, e os consultórios não têm mais o aparelho impressora, ou seja, a cada atendimento, o trabalhador tem que levantar e buscar os impressos na sala da administração. Além disso, cada atendimento também gera um tipo de cuidado. Se o atendimento era de uma gestante, é necessário realizar todo o exame clínico previsto em protocolo, necessitando, por exemplo, realizar a ausculta do batimento cardíaco do bebê, porém, na unidade em que trabalhava só havia um aparelho (sonar) para toda a unidade, e caso houvesse outro profissional também fazendo consultas de pré-natal, a troca do aparelho entre os consultórios era uma necessidade. A maior parte dos atendimentos conta com a avaliação antropométrica do usuário ou usuária, mas nem todas as salas continham balança e régua para peso e altura, o que também gerava a necessidade de buscar outro consultório para tal aferição. De vez em quando, era necessário a avaliação de um curativo, e por isso, se deve sair do consultório onde está para levar o paciente até a sala específica de realização de curativos para tal.

O que gostaria de deixar claro com esta breve exposição é que a dinâmica do serviço na ESF, em especial, quando esta apresenta-se com forte impacto da precarização, é árdua e intensa, não há tempo para ficar parado. Com isso, avaliando sob o olhar da ergonomia, os dias em greve poderiam ser considerados mais “leves”, sem tamanha correria e intensidade de trabalho. Por isso, é viável considerar que além da relação entre trabalhador e insatisfação ergonômica, existe uma subjetividade que é intrínseca e importante ao equilíbrio mental do sujeito, como a Psicodinâmica do Trabalho expõe duas conclusões de tal relação:

Primeiro, é que a insatisfação com o trabalho não corresponde só ao conteúdo significativo do trabalho nem ao seu conteúdo simbólico, mas que existe, paralelamente na profissão, uma satisfação em relação com o exercício do corpo, no sentido físico e nervoso. O ponto de impacto do sofrimento proveniente da inadequação do conteúdo ergonômico da tarefa às aptidões e às necessidades do trabalhador é, primeiro, o corpo e não o aparelho mental. [...] A segunda conclusão diz respeito à introdução da estrutura da personalidade na relação homem-trabalho. Presente em todos os tipos de sofrimento, ela aparece particularmente importante no caso da insatisfação com o conteúdo ergonômico do trabalho. [...] É preciso considerar, a partir da estrutura da personalidade de cada indivíduo, o que representa para ele o confronto com esta tarefa (DEJOURS, 2015, p. 78).

Ou seja, há uma relação entre o conteúdo ergonômico e a estrutura da personalidade do trabalhador, de forma que tal insatisfação se torna uma carga de trabalho psíquica, diferentemente de uma carga de trabalho física ou psicossensomotora:

Os efeitos desta carga e o sofrimento estão no registro mental e se ocasionam desordens no corpo, não são equivalentes às doenças diretamente infligidas ao organismo pelas condições de trabalho. A carga de trabalho psíquica representada pelo sofrimento proveniente de um desconforto do corpo coloca inteiramente o trabalhador e sua personalidade à prova de uma realidade material, primeiramente. O conflito não é outro senão o que opõe o homem à organização do trabalho (DEJOURS, 2015, p. 79).

A Psicodinâmica do Trabalho afirma que “o que é explorado pela organização do trabalho não é o sofrimento, em si mesmo, mas principalmente os mecanismos de defesa utilizados contra esse sofrimento” (DEJOURS, 2015, p. 135). Os mecanismos de defesa já foram citados e analisados profundamente nos capítulos e tópicos anteriores a este, o que faz com que seja necessário a compreensão do momento em que a organização do trabalho é tão limitante que não há mais espaço para a transformação deste sofrimento em motor ao ato de trabalhar com criatividade e estabelecendo formas de defesa, que são, de fato, interessantes à organização do trabalho. Nesta mesma linha científica, afirma-se que “o trabalho não causa o sofrimento, é o sofrimento que produz o trabalho” (DEJOURS, 2015, p. 134).

É relevante sinalizar este fator de diferenciação entre o momento em que o sofrimento ainda é utilizado como motor ao trabalho e quando o mesmo não produz tal influência, pois quando o trabalhador não é mais capaz – devido às ferramentas e artifícios subjetivos que possui – de traduzir o sofrimento em atos transformadores, o sofrimento nada mais é que dor, angústia, neutralização mental e adoecimento.

A exploração do corpo passará sempre por uma neutralização prévia da vida mental através da organização do trabalho, este processo ocorre especificamente, a partir da desapropriação do corpo graças a “uma operação específica sobre a estrutura da personalidade, cujos efeitos, duráveis ou reversíveis segundo o caso, fazem parte integrante da carga de trabalho” (DEJOURS, 2015, p. 177). Ou seja, a carga psíquica apresenta papel fundamental na neutralização, que resultaria de uma etapa primordial de submissão do corpo, assegurada pela organização do trabalho (DEJOURS, 2015).

Este é um processo inicial da alienação, conceito apresentado por Marx e trazida pela Psicodinâmica do Trabalho baseada neste teórico, como “a tolerância graduada segundo os trabalhadores de uma organização do trabalho, que vai contra seus desejos, suas necessidades

e sua saúde” (DEJOURS, 2015, p. 178), mas também, apontam a conceituação de alienação no sentido psiquiátrico, em que ocorre a substituição da vontade própria do sujeito pelo objeto:

Neste caso, trata-se de uma alienação, que passa pelas ideologias defensivas, de modo que o trabalhador acaba por confundir com seus desejos próprios a injunção organizacional que substituiu seu livre arbítrio. Vencido pela vontade contida na organização do trabalho, ele acaba por usar todos os seus esforços para tolerar esse enxerto contra sua natureza, em vez de fazer triunfar sua própria vontade. Instalado o circuito, é a fadiga que assegura sua perenidade, espécie de chave, necessária para fechar o cadeado do círculo vicioso (DEJOURS, 2015, p. 178).

Com isso, é possível compreender que a fadiga também é essencial a sujeição do corpo, uma vez que a alienação é mais fácil de ser obtida com os trabalhadores cansados. Com toda dinâmica do sofrimento exposto, revela-se que as consequências da mesma se dão através do aumento da angústia, da decepção, do desânimo e do desespero, este capaz de contribuir para acelerar o curso dos processos mórbidos (DEJOURS, 2015).

Em 2018, um agente comunitário de saúde da unidade em que trabalhava cometeu suicídio. Estávamos no segundo ano de vivências de calamidades, de atrasos salariais, de pressão por indicadores em meio a precarização e aos limites impostos pela organização do trabalho. Havia um clima de desespero por toda unidade, em todos os trabalhadores, como já foi mencionado, uma vez que muitos estavam sem conseguir arcar com as contas e demais preocupações financeiras e domiciliares. O agente comunitário em questão era também um líder comunitário no território local, era um dos poucos trabalhadores da unidade que apresentava boa relação interpessoal com todas as categorias profissionais – a unidade continha um histórico de conflitos entre agentes comunitários e técnicos de enfermagem – sem exceção. No dia do seu falecimento escrevi o seguinte relato:

Augusto faleceu. Eu estava com muito medo do dia de hoje. Esperava por ele há meses, não pela certeza, mas pela incerteza. Ele tomou diversos medicamentos ainda em casa, perto da clínica, tentou suicídio. No desespero, a enfermeira da equipe e os residentes de saúde da família foram lá socorrê-lo, respondendo ao chamado desesperado da sua esposa. Ele, inconsciente, foi levado às pressas para o hospital, foi internado e há quase um mês lá esteve, sem retornar. Todos foram visitar, eu não tive essa coragem. Quero guardar a imagem dele como um agente comunitário que também era uma liderança comunitária incrível. Que se doava em prol da população de forma extremamente transgressora, e por vezes, até ultrapassava as barreiras da ética. Ele era nossa comunicação até com o

tráfico. E através dele, a gente conseguia cuidar também destes marginalizados da sociedade. Ele estava lá para tudo, a qualquer momento. Eu iniciava a coleta de sangue às 07h da manhã, e logo ele aparecia organizando os pedidos, a fila, chamando o próximo. Quando ele estava no acolhimento, raramente eu era acionada para resolver algum problema. Bom de papo, morador antigo, extremamente simpático. Ele foi incrível. Eu estava com muito medo do dia de hoje. Pensava sempre ao deitar como seria hoje. Fazia orações por ele. Conversava com os trabalhadores da clínica durante este tempo. Todos tão abalados. Estávamos abalados. E hoje... Hoje um pouco de nós se foi com o Augusto. Outro tanto dele ficou conosco. Um agente comunitário da minha unidade se suicidou, meu Deus. O que isso significa? Eu estava com muito medo do dia de hoje. Mas o dia de hoje acabou, está no fim, estou prestes a deitar, o que não significa que irei dormir. Ao saber da morte dele, juntei todos os trabalhadores na sala dos agentes comunitários. Estavam todos aos prantos aos quatro cantos da clínica. Os pacientes perguntavam assustados o que estava acontecendo. Eu não queria responder. Juntei todos. Reunimos as mãos, fizemos uma oração, choramos compulsivamente. Nada iria nos amparar naquele momento, mas aquele momento foi uma rede de apoio entre nós, gerou algo que não sei descrever. Continuo a chorar. Descobrimos, naquela roda, que devemos cuidar uns dos outros. Tantos de nós estávamos nos culpando, eu particularmente, continuo a me culpar: porquê, meu Deus, eu não ofereci ajuda naquele dia em que ele não estava bem? Porquê, meu Deus, eu não ofereci alguma escuta durante nossas conversas despreziosas? Naquele momento, naquela roda, nós nos proibimos de continuar esse círculo da culpa – algo bem difícil para mim, por sinal. E também falamos sobre a necessidade de se ouvir, de nos relacionarmos bem, de gerar cuidado entre nós, de gerar coisas boas, muito disso, em honra pelo Augusto, que sempre teve boa relação com todos e todas. Coração dilacerado. Que dor, meu Deus. Esteja conosco, esteja com ele, Senhor. (Diário da autora, julho de 2018).

O falecimento deste trabalhador, que era uma referência tanto aos trabalhadores quanto aos usuários e usuárias, foi um momento de intensa reflexão sobre o que estávamos fazendo, ou ainda, ao que estávamos nos submetendo em prol de uma saúde pública de qualidade. O que estava acontecendo? Esta pergunta era motivo de intensas discussões entre outras enfermeiras e eu, que até então, estávamos sobrecarregadas, trabalhando sem condições e perante uma organização do trabalho rígida, sem estabelecer, conscientemente, as nuances de toda conjuntura: estávamos alienadas.

O espaço dedicado à discussão sobre o sofrimento no trabalho tornou-se tão restrito que, nos últimos anos, produziram-se situações dramáticas como jamais se viu anteriormente: tentativas de suicídio ou suicídios consumados, no local de trabalho, que atestam provavelmente o impasse psíquico criado

pela falta de interlocutor que dê atenção àquele que sofre e pelo mutismo generalizado (DEJOURS, 2007, p. 44).

Este acontecimento foi, apesar de intensamente triste, fundamental à um apelo de tomada de consciência de todos os demais trabalhadores da unidade. Estávamos agora, destinados a cuidar um dos outros. O sofrimento, não mais velado, tornou-se ponto de partida de diversas conversas, de aconselhamentos, de momentos de distração em que a conversa e o diálogo se tornavam mecanismos primordiais na construção de um cuidado entre os próprios trabalhadores. Também foi estimulado a construção de um grupo de saúde do trabalhador, elaborado pelas residentes que estavam na unidade, tal espaço foi fundamental neste momento e contou com partilhas e a manutenção de uma rede de apoio inexistente até então.

Essa dimensão de necessidade de coletividade para manutenção não somente do trabalho, mas da vida de cada trabalhador, fez com que as reflexões sobre a conjuntura política, social e a forma que se dava a organização do trabalho fossem recorrentes em rodas de conversas entre nós, trabalhadores:

Partindo da análise do sofrimento nas situações comuns de trabalho, a Psicodinâmica do Trabalho vê-se hoje impelida a examinar como tantas pessoas de bem aceitam prestar sua colaboração num novo sistema de gestão empresarial que vai constantemente ganhando terreno nos serviços, na administração do Estado, nos hospitais etc., do mesmo modo que no setor privado. Novo sistema que se baseia na utilização metódica da ameaça e numa estratégia eficaz de distorção da comunicação. Sistema que gera adversidade, miséria e pobreza para uma parcela crescente da população, enquanto o país não para de crescer. Sistema que tem, portanto, papel importante nas formas concretas que assume o desenvolvimento da sociedade neoliberal (DEJOURS, 2007, p. 138).

O movimento iniciado em decorrência da morte de um de nós foi desencadeador de ampliação de conhecimento e trocas profundas sobre o que defendíamos e sob o que estávamos submetidos. Isto foi fundamental para nosso momento de luto e também de luta, agora não mais apenas por melhores condições de trabalho e por uma organização do trabalho justa, mas também considerando a luta por nossas próprias vidas, sabendo que sofríamos, ou melhor, havia uma maioria de trabalhadores que sentia o sofrimento intensamente.

É valioso, neste momento do estudo, lembrar que os trabalhadores debilitados, em especial, os terceirizados como eu e os demais da unidade em que trabalhava, vivem constantemente com o medo da demissão. Tal medo gera atitudes de submissão e até obediência, a negação do próprio sofrimento é também uma forma da negação do sofrimento alheio, do outro que está nas mesmas situações em que você está, a Psicodinâmica afirma que

este medo “quebra a reciprocidade entre os trabalhadores, desliga o sujeito do sofrimento do outro, que também padece, no entanto, a mesma situação” (DEJOURS, 2007, p. 52). Todavia, o falecimento de um colega muito próximo fez com que a maioria dos trabalhadores tomassem novas diretrizes em sua própria forma de atuação, e elas eram regidas pela solidariedade e companheirismo.

Tal realidade fez com que eu também abrangesse os usuários e usuárias da unidade nas discussões que antes eram consideradas, talvez, triviais. A partir deste instante, respondia sinceramente às perguntas de tantos usuários com quem já tinha vínculo construído ao longo dos dois, três anos de atuação; a famosa questão “Oi, enfermeira, como você está?” passou a ser respondida por mim de forma honesta, muitas vezes com um “Não muito bem, mas caminhando, e você, o que me conta hoje?”. Esta abertura, apesar de arriscada, tornou possível um cuidado horizontalizado pela primeira vez, concretamente:

Essa semana fui invadida de um sentimento bom, não sei bem qual é, mas parece gratidão. Coisa que eu não sentia há algum tempo, os mais próximos sabem que os dias por aqui tem sido difíceis. A famosa pergunta "quem cuida de quem cuida?" é uma latente na saúde. Ser enfermeira de saúde da família requer uma resistência que por vezes desacredito que eu tenha. Mas incrivelmente continuo a trabalhar. Ser enfermeira de saúde da família no Rio de Janeiro é verdadeiramente uma missão: diariamente vemos pessoas em situações tão vulneráveis que dói na alma perceber que sua prática é algo ínfimo perto da necessidade de vida daqueles que atendemos. E essa semana tive uma resposta já antiga a pergunta ali de cima: meus pacientes cuidam muito de mim! A cada consulta pude experimentar um afeto surreal, as frases de esperança e de cuidado se tornavam verdadeiros gestos de carinho que me faziam perceber os motivos de continuar nessa "missão". Mais uma vez afirmo: ser enfermeira de saúde da família por aqui não é fácil. Mas o vínculo com cada paciente que conheço nesses quase 4 anos de clínica me revelam que a resistência é construída através disso. Ouvir um "enfermeira pode contar comigo, eu amo você", "Mari, obrigada por tudo, sei que você fez mais do que o possível", "enfermeira, que bom que tenho você", "Mari, obrigada por cuidar de nós com tanto amor", "enfermeira você é um presente pra nós" e tantas outras frases, me fez ver que esse é verdadeiramente o caminho. Sigo em frente. (Diário da autora, agosto de 2019).

Aos poucos observava que os usuários e usuárias da unidade, de quem sempre tentei elaborar um cuidado, estavam, na realidade, cuidando de mim. Me ofertavam palavras de incentivo, me entregavam alimentos, me davam presentes, e eram, acima de tudo, presentes. As relações com os usuários tomaram nova forma, e me sentia verdadeiramente capaz de

construir algo de muito valioso, um cuidado inteiramente recíproco, não havia mais detenção do saber, local de poder, cuidávamos uns dos outros, e isso era visível, palpável.

Entretanto, essa nova forma de atuação não foi suficiente para me poupar de um sofrimento que já estava a tomar minha vivência por completo. Em parte, sentia-me não pertencer mais àquele lugar, estava exaurida, sem medo da demissão, mas sem vislumbrar uma nova forma de me relacionar com o trabalho que não me invadissem a dor e o sofrimento. Este sofrimento torna incompatível a realização do trabalho: ou se elabora estratégias defensivas coletivas, inteligência prática possível para dar continuidade ao cuidado construído junto aos usuários, ou se pede demissão. As duas primeiras opções já haviam sido utilizadas abundantemente.

Optei por pedir demissão.

5.3 Até onde é possível resistir?

Os últimos meses foram turbilhões, sabe quando você está no mar, você mergulha numa onda, vem outra em seguida e parece que essa série não terá fim? Então considere que eu estava no próprio redemoinho. Eu que sempre (sempre) fui muito alegre e com muita vontade de viver, um dia acordei sem vontade de trabalhar. Fui mesmo assim. Outro dia sem vontade de confraternizar com amigos. Também fui eu lá. Outro sem querer malhar, mas não deixei de ir. E com falta de apetite, mas ainda assim comi. Sentia falta de ar às vezes, mãos trêmulas, medos inexplicáveis, vontade de chorar, sensação de que algo estava errado. Fiz terapia por 6 meses. Parei. Tudo parecia normal e voltei a viver como de costume. Só que ano passado, um dia acordei sem vontade de acordar. Voltei a dormir. Deu 14h e ainda tinha sono. Deitada continuei. Era noite e resolvi que não iria levantar, dormi mais uma vez. Não senti fome e não comi. Fui convidada a sair, mas preferi minha casa. Não me faltava ar, não tremia, mas estava inexplicavelmente sem sensação alguma. Não sentia dor, não sentia alegria, tampouco tristeza. Não sentia nada. O trabalho que me provocava reflexões profundas, já não me tocava em nada, nem aquele paciente que passava fome, nem a alegria de uma cura pós câncer. Nada. Eu não sentia nada. E no nada eu também não existia. Qual era o sentido de estar aqui? Já não queria comer, não via outra possibilidade a não ser permanecer dormindo, não conseguia estudar, não queria falar com as pessoas. Aos poucos uma angústia extrema me invadia. As lágrimas desciam bochechas abaixo e encharcavam o travesseiro. Mas ainda assim, fora a angústia, eu não sentia nada. Certo dia eu passei a sentir algo: vontade de não existir, de não viver. Mas veja bem, não pensava em acabar com minha vida, só orava pra Deus me levar em paz. Então, um dia marquei uma psicóloga, ela me disse: você precisa de ajuda, de rede, saiba que sua situação

não é leve nem fácil, e se permita ter ajuda. Logo eu, que sempre maternalizei as relações e cuidava dos outros, teria minha vez de ser cuidada. Conversei com meu companheiro e contei tudo. Apoio maior não esperava. Conversei com minha mãe. Conte para o meu pai. Desabafei com minha irmã. Algumas amigas me ouviram. Minha responsável técnica da unidade também soube. E sabe o que eu tive: apoio. Fui ao médico. Iniciei tratamento. Estou em terapia. E há alguns meses posso dizer para vocês com toda certeza: eu tenho sentimentos. Eu tenho alegrias, eu sinto dor, eu tenho tristeza. Eu sinto prazer. Eu fico indignada. Eu acho graça! Eu sinto tudo! E estou viva. Ouvi de uma pessoa muito querida que também já passou por isso a frase: depois de tudo, você vai sair dessa mais incrível e forte do que sempre foi. E hoje, a sensação é essa. A depressão quase ganhou, mas estou aqui, dizendo para vocês que é possível dar voltas. É possível com ajuda, com apoio, com rede, com tratamento, com suporte, com paciência, com perseverança, com calma, com respeito! Hoje só tenho a agradecer. E quem estiver nessa, pode contar comigo e tenha fé em si, na tua garra, ela não sumiu, ela está sendo renovada. (Diário da autora, exposto em rede social, fevereiro de 2020).

Quando as estratégias defensivas, o prazer, reconhecimento e todos os conceitos que se referem ao processo de equilíbrio do aparelho psicossomático já não são suficientes para manter a sanidade, a inteligência prática é suprimida por um novo lugar, o sofrimento. A organização do trabalho se reconfigura e exerce efeitos mais poderosos para com a retirada de direitos, com isso, o que resta? Resta reconhecer seu próprio limite. Resta reconhecer se há, no trabalho, possibilidade de transformação para perpetuar o que se propõe. Resta compreender que existe uma tríade: trabalho, ação e sofrimento, desde que este último não seja de um todo incapacitante:

Não apenas ação e trabalho são indissociáveis, como resta ainda um termo para concluir a tríade: o sofrimento. Quem age assume riscos: enganar-se, cometer um erro, fracassar, desmoralizar-se, ser punido, desmascarado, condenado etc. A tais riscos reage uma vivência subjetiva do pático: para lutar contra o medo e mitigar seu sofrimento, sem, todavia, se furtar à ação engajada, o sujeito pode recorrer a estratégias defensivas. Estas geralmente passam pelo retraimento da consciência obtido mediante a redução da ação à atividade. Agir é, pois, trabalhar, mas também é sofrer (DEJOURS, 2007, p. 144).

Posto isto, foi durante a realização da psicoterapia com psicóloga, para lidar com minha apatia e angústia, que percebi já não haver mais lugar para mim no trabalho que estava (des)caracterizado como Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, optei por pedir demissão, deixar a unidade, ainda com muito apego aos trabalhadores e usuários, mas com

uma sensação de imenso alívio. O sofrimento enquanto motor às transformações da prática em saúde não tinha mais espaço, pois havia sido tomado apenas pela limitação, e dali não era mais possível ser elaborado qualquer outro tipo de cuidado: “a vivência depressiva alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual, de anquilose mental, de paralisia da imaginação e marca o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo” (DEJOURS, 2015, p. 63). Eu estava, em certa medida, ainda capaz de trabalhar, não mais envolta intimamente com o ambiente do trabalho, com as relações e com o cuidado que sempre tive como objetivo, porém, de forma anestesiada, era capaz de ir até a unidade e cumprir a carga horária. Isso demonstra o que a Psicodinâmica afirma na frase trazida acima, ao abordar o comportamento como produtivo, entretanto sem demais reflexões e subjetividades:

Quando o limiar coletivo de tolerância não é ultrapassado, pode acontecer que um trabalhador, isoladamente, não consiga manter os ritmos de trabalho ou manter seu equilíbrio mental. Forçosamente, a saída será individual. Duas soluções lhe são possíveis: largar o trabalho, trocar de posto ou mudar de empresa. São as fórmulas encobertas pela rotatividade. A segunda solução é representada pelo absenteísmo. Mesmo sabendo que não está propriamente doente, o operário esgotado e a beira da descompensação psiconeurótica não pode abandonar a fábrica sem maiores explicações. O sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica. Só a doença é admissível. Por isso, o trabalhador deverá apresentar um atestado médico, geralmente acompanhado de uma receita de psicoestimulantes ou analgésicos. A consulta médica termina por disfarçar o sofrimento mental: é o processo de medicalização, que se distingue bastante do processo de psiquiatrização, na medida em que se procura não somente o deslocamento do conflito homem-trabalho para um terreno mais neutro, mas a medicalização, visa, além disso, a desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental (DEJOURS, 2015, p. 158).

Eu sempre levantei uma bandeira contra a medicalização dos processos de vida. Durante a atuação como enfermeira, atendi diversos casos de pessoas que haviam iniciado o uso de benzodiazepínicos ao estarem vivenciando o luto, outras em vivências longas de desemprego e tanto outros momentos. Tinha, até determinado ponto, certo preconceito com o uso de medicamentos antidepressivos, e somente aderi ao tratamento por conhecer profundamente o psiquiatra, que era anteriormente ao meu tratamento, um amigo.

O relevante aqui é expor que no trabalho, o afastamento por depressão ainda é um tabu, mesmo quando se trabalha no serviço de saúde. Havia, anterior ao meu caso, outras duas agentes comunitárias que estavam afastadas devido às questões psíquicas, especialmente relacionadas às vivências da violência no território. Os rumores sobre estes casos eram constantes, eu tinha medo de ser também mais um caso de afastamento em uma licença

indeterminada e, conseqüentemente, sofrer retaliações ou estar exposta a outras situações constrangedoras. Devido à gravidade do quadro em que estava, e tendo apoio familiar, pude optar por deixar o trabalho ainda sem outro emprego a vista. Esta não é a realidade de tantos outros trabalhadores e trabalhadoras do sistema público de saúde, e torna-se importante sinalizar este aspecto.

Envolto nesta trama, estava meu receio em assumir algo que achava não ser capaz, a sensação de deixar a unidade. O trabalho havia tomado um espaço na minha vida que era quase essencial para me manter em pé. Entretanto, as últimas experiências, como já exposto, as situações procedentes com a greve e o falecimento de um integrante da equipe, foram essenciais para a decisão de solicitar a demissão. Este movimento foi um ato gerado a partir de um autoconhecimento inexistente anteriormente, com isso, caracterizado também como um autocuidado necessário à minha caminhada.

A Psicodinâmica do Trabalho revela que não há, necessariamente, relação entre a criação de doenças mentais e a organização do trabalho, mas que existe uma questão imposta pela personalidade do trabalhador, que, a depender de sua trajetória de vida, apresenta maior predisposição ao surgimento de desequilíbrio psíquico decorrente do sofrimento no trabalho. Sobre isso, a linha de pesquisa afirma também que:

Deve-se levar em consideração três componentes da relação homem-organização do trabalho: a fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade; o sistema frustração-agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional; a organização do trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações. O defeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho tem, provavelmente, um efeito que favorece as descompensações psiconeuróticas (DEJOURS, 2015, p. 159).

Ou seja, a organização do trabalho tem mais influência na possibilidade do surgimento de uma doença mental, do que realmente determina que ela aconteça. O que está colocado é a forma como se estrutura tal organização do trabalho: se é demasiado rígida, maiores serão os obstáculos impostos aos trabalhadores para a realização do seu serviço, se é livre ou, ao menos, parcialmente livre, possibilita a construção de um trabalho harmonioso com seu modo de execução, de forma personalizada, e aumenta a probabilidade de sublimação e prazer.

Outro acontecimento foi analisado como motor a intensidade do sofrimento vivenciado durante a vivência enquanto enfermeira em uma unidade básica de saúde. Ao final do ano de 2018 estávamos vivendo as eleições presidenciais e os desafios impostos por ela,

em especial, ocorria uma corrida política entre eleitores e candidatos das linhas de direita e esquerda, e isso também refletiu nas relações de trabalho e no ato de trabalhar. A relação entre política e vida é pertencente a minha personalidade, e de fato, este momento tornou a atuação como enfermeira um desafio diário, intenso e com tamanho sofrer. O pavor sentido com a possibilidade da eleição do candidato da direita tomava forma por saber que ele havia votado, anteriormente, no congelamento do financiamento dos setores da saúde e da educação. Sobre isso, registrei o seguinte relato em uma rede social, com uma foto na qual estava na unidade, trabalhando:

Essa sou eu fazendo o que sei de melhor: sendo enfermeira. Anos de dedicação a essa profissão. Não canso de contar: decidi fazer enfermagem aos 13 anos e a ideia não saiu da cabeça. Antes eu pensei em ser astronauta, professora, bióloga marinha, cantora. Mas a enfermagem seguiu. Eu tinha uma ideia de que a enfermeira tinha um contato muito direto no cuidado a uma pessoa. Que clareza aos 13 anos. Segui firme essa ideia. Fiz técnico de enfermagem, me formei aos 17 anos, e com essa mesma idade ingressei na universidade pública. Lá eu percebi meu amor pela Saúde da Família. Com 23 anos entrei na especialização e sou especialista em Saúde da Família. Um modelo de atenção a saúde no qual atendemos pessoas que moram próximo a unidade de saúde. Atendemos bebês, crianças, mulheres, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com HIV, pessoas com tuberculose e tantas outras que aparecem por lá. Atendemos desde o nascimento até a morte. Vivencio o luto profundamente. Tanto quanto o nascimento. Não é fácil. Requer uma sensibilidade elevada. Requer uma sabedoria no trato com o outro. Requer muito respeito. Requer resistência. Hoje atendi 23 pessoas, entre todas essas modalidades que citei: bebês, crianças, pessoas com hipertensão. O dia não foi tão cheio de atendimentos, mas todos foram demorados, bebi 2 copos de água, fiz xixi uma vez, almocei correndo. O dia foi corrido. Mas extremamente vazio de sentimentos. Foi um dia pesado. Dolorido. Eu olhava pelos corredores e via todas as pessoas. Eu olhava para meu paciente e sentia vontade de chorar. Esse sentimento veio do medo eminente do candidato Bolsonaro ganhar as eleições. Esse candidato votou no congelamento do investimento em saúde por 20 anos. Você sabe o que isso significa? Significa o fim do SUS. Isso mesmo. Você usa o SUS? Sabe sobre ele? O SUS tem 30 anos e nunca recebeu o financiamento que deveria. Temos um subfinanciamento crônico. E funcionamos, aos trancos e barrancos, em meio à loucura. Eu sou o SUS. Eu faço o SUS acontecer. E eu uso o SUS. A tristeza é imensa. O medo é real. Como iremos acabar? Quando? Sejamos solidários. Discurso de ódio, violência e morte não combinam com um presidente. Congelar o investimento no SUS é matar milhares de crianças e também de idosos. Isso já está comprovado. Se hoje vivemos com o pouco que temos de investimento, amanhã podemos nem existir. Eu luto pelo SUS. (Diário da autora, outubro de 2018).

A experiência de já estar em sofrimento, compreender as nuances políticas e a influência direta das diretrizes internacionais no seu trabalho, bem como observar intimamente o sucateamento do SUS devido às questões de financiamento, historicamente renegado, fez com que eu sucumbisse ao adoecimento. Diante da realidade imposta, tanto na micro, na meso ou na macro política, me sentia vulnerável e impossibilitada de continuar a fazer o trabalho de uma maneira prazerosa, inteiramente sentida e de acordo com as questões que acredito. É importante trazer tal reflexão e o relato acima, pois este foi um aspecto decisório também no meu afastamento, um ano após as eleições.

Por mais que tais questões não fossem diretamente atreladas a organização do trabalho, esta produção textual aborda, a todo momento, que os aspectos inerentes ao ato de trabalhar são influenciados, precisamente, pelo neoliberal e o advento do capitalismo, cada vez mais inerente aos modos de viver em sociedade. Por isso, reconheço a relação existente entre as discussões políticas e o ato – também político – de trabalhar na saúde pública.

Refletir sobre toda a experiência desta trajetória como enfermeira de saúde da família gera algumas compreensões que não seriam possíveis caso o caminho percorrido fosse outro. O entendimento do avanço neoliberal em diversos segmentos da sociedade, inclusive na privatização da saúde pública impõe que a organização do trabalho seja guiada aos moldes do gerencialismo e da construção da saúde às lógicas mercadológicas. Apesar de sofrido, tal saber apela por uma noção de coletividade e solidariedade com o objetivo de dar seguimento a luta contra as reformas liberais, em especial, contra o avanço da privatização dos setores da saúde.

O afastamento do serviço em saúde, após minha demissão, possibilitou um momento valioso de autocuidado, em que senti as emoções retomarem ao meu ser, e com isso, suscitou energia para que, ainda que não mais na “linha de frente”, reergue-se forças em prol do que acredito enquanto uma saúde pública de qualidade, atenta aos trabalhadores, e também aos usuários do SUS.

Há, ainda, um caminho árduo a ser percorrido. Este também foi um saber que aprendi durante esta vivência. Não há soluções imediatas para tamanha inversão de valores sociais, através dos quais se interpela ao individualismo e competitividade, porém, é sabendo deste caminho que me proponho a caminhar. E, por mais que alguns dias ainda apresentem dificuldades e dores além do que me parece ser suportável, a esperança em outros futuros possíveis é o que mantém o exercício de viver lutando por um mundo mais igualitário e acolhedor.

6. CONCLUSÕES

Esta produção textual dedicou-se a compreensão dos fenômenos referentes a saúde da trabalhadora enfermeira e o processo de trabalho da enfermagem perante a organização do trabalho. As conclusões apresentam-se emaranhadas num círculo de vicissitudes e de questões problemáticas, uma vez que a conjuntura política brasileira corre para a perda de direitos em suas mais diversas instâncias.

A análise dos relatos vivenciados pela autora trouxe a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho de forma a tornar visível os momentos em que a subjetividade foi mobilizada afim da construção de um cuidado que não seria possível dentro da realidade do trabalho prescrito. Para superar os limites que cercam as objetividades dos processos de trabalho, fez-se necessário a execução de atos que emergiram da criatividade da trabalhadora enfermeira. Tal mobilização subjetiva ocorreu, especialmente, frente aos encontros suscitados entre enfermeira e usuário(a) do SUS, nos quais o vínculo estabelecido foi primordial para que houvesse a construção de um cuidado atento, efetivo e horizontalizado.

Obviamente, o trabalho prescrito e tudo aquilo que o compõem – protocolos, normas, manuais, entre outros – é imprescindível para o trabalhar em saúde, porém, é ao encarar a realidade do outro que diversas necessidades se apresentam, e algumas delas não estão incluídas em quaisquer publicações que servem de guias aos trabalhadores da saúde. Tal defasagem entre o prescrito e o real é sentida pela trabalhadora, que preenche essa lacuna com um cuidado que só poderia existir a partir de um encontro e de sua inteligência prática.

Observou-se que a organização do trabalho permitia, em determinada medida, o acréscimo destes movimentos subjetivos ao ato de cuidar. Esta situação, em contrapartida, exercia sobre a trabalhadora, momentos de sublimação e prazer, através do reconhecimento dos pares, e especificamente neste trabalho, através do reconhecimento dos usuários do SUS. Os sentimentos gerados a partir da construção do cuidado de forma criativa eram essenciais para a manutenção do prazer no trabalho, bem como, do equilíbrio do aparelho psicossomático da trabalhadora. Este, inclusive, foi configurado como um fator pelo qual a trabalhadora, ainda que exaurida pela organização do trabalho, continuava exercendo sua inteligência prática e cuidado zeloso, em busca pela sensação de prazer, como observado durante as análises realizadas no desenvolvimento do estudo.

O trabalho, que por vezes permite a sensação de prazer, por outras intensifica o sofrimento. Este último pode ter função primordial no aspecto da execução das tarefas, uma vez que ao perceber o confronto com o sofrimento, a trabalhadora busca estratégias para

driblar o sentimento, seja através da mobilização subjetiva e acréscimos criativos ao ato de cuidar, seja através das estratégias coletivas de defesa elaboradas pelo grupo de trabalhadores de que pertence. Desta forma, é afirmativo que a organização do trabalho busca explorar o sofrimento, uma vez que é a partir deste enfrentamento que a trabalhadora exerce atitudes que possibilitem a construção do cuidado em saúde de forma a suprir as suas necessidades de trabalho e também as necessidades daqueles que lhe cruzam o caminho.

Entretanto, este sofrimento só possui essa função dentro de uma organização do trabalho que ainda lhe confere certa liberdade à uma atuação irreverente, quase transgressora, em busca dos meios necessários a execução da tarefa. Quando a organização do trabalho se torna cada vez mais rígida ou precária, a possibilidade de transformação do sofrimento em uma atuação singular, prazerosa e criativa, é praticamente extinguida, deixando que leve a trabalhadora a descompensação psíquica, ao se ver individualmente na luta contra as circunstâncias que adquirem formas de limitação e bloqueio entre o que a trabalhadora produz e o seu aparelho mental.

Num processo de alienação e separação completa do seu ato de trabalhar, a trabalhadora submete-se ao confinamento de suas aspirações e desejos, não enxergando novas possibilidades de trabalho – se é que existe tal caminho – e entrega-se à somatização dos efeitos de uma organização do trabalho que não lhe permite a atuação conforme o que é necessário, frente a lacuna entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Neste ponto, a produção textual apontou que o único desfecho vislumbrado foi a própria demissão, uma vez que o adoecimento já se configurava concretamente na vida da trabalhadora.

Tanto a organização do trabalho quanto as condições de trabalho, incluindo a realidade territorial, foram fundamentais para que, durante os anos de exercício da enfermagem, a trabalhadora pudesse adquirir conhecimentos antes não revelados, que foram frutos da própria imaginação, suscitando prazeres e momentos sublimatórios, ao mesmo tempo em que também se configuraram potências em acentuar sentimentos negativos, com a produção do sofrimento aumentando na mesma intensidade do avanço das políticas neoliberais e do descaso com a saúde pública. A privatização do setor saúde, com a adoção de medidas gerenciais de cunho empresarial, se apresenta, neste estudo, como fator relevante ao aumento da sobrecarga de trabalho, bem como a desconfiguração do trabalho em saúde, que passa a ser construído com base ao alcance de metas, fragilizando as relações interpessoais das equipes e impossibilitando os verdadeiros encontros entre usuário e enfermeira.

Com isso, manter-se são e hábil para trabalhar na saúde pública do Rio de Janeiro tornou-se um desafio. Mesmo em meio aos sentimentos prazerosos, o aumento do sofrimento

causa a neutralização do aparelho mental, o que corrobora não só ao adoecimento da trabalhadora, como também ao exercício de um trabalho sem emoções, sem desejos, sem sentidos. Neste ponto, observa-se que diante de um trabalho que não está adquirindo forma na construção da identidade, não há muitas outras possibilidades de atuação, tampouco há como exercitar a manutenção do sofrimento em prazer, do protocolo em criatividade, do prescrito ao real.

Tal apontamento traz preocupações a respeito da saúde dos diversos trabalhadores do município do Rio de Janeiro, porém, espera-se que, de acordo com a realidade local, com o coletivo ao qual se pertence, e demais instâncias que se apresentam como suporte à luta do proletariado, os trabalhadores consigam exercer sua subjetividade e com isso, que o ato de trabalhar ainda tenha sentido. Todavia, ainda que a luta por melhores condições de trabalho, por uma organização do trabalho cautelosa e pela não privatização do setor saúde seja de suma importância por parte dos trabalhadores, é urgente a adoção de medidas políticas contrárias a realidade imposta hoje pela conjuntura social e econômica.

Por fim, porém com demasiada importância, é relevante apontar que a divisão sexual do trabalho interpela por estudos que, como este, trazem a discussão da Psicodinâmica do Trabalho frente ao gênero feminino, como na categoria da enfermagem, uma vez que diversos estudos anteriores analisam os conceitos perante o gênero masculino, especialmente com operários. É importante salientar que as diferenças entre gêneros também expõem alterações no ato de trabalhar, seja no desenvolvimento da inteligência prática, na elaboração das estratégias defensivas ou na dinâmica da produção do sofrimento.

Ainda que o cenário desenhado seja um tanto negativo, é também utilizando da Psicodinâmica do Trabalho que surge a esperança em outros trajetos possíveis. Se há trabalhadores adoecidos pelas conformidades entre a organização do trabalho e as políticas públicas atuais, existem tantos outros que estão buscando formas de driblar o adoecimento e exercer práticas de trabalho que sejam condizentes com seus próprios desejos. Ideal seria se de todo sucateamento não só com o SUS, mas com as vidas que lhe estão incluídas, surgisse uma luta unificada de trabalhadores. Para isso, são fundamentais o diálogo e a troca de conhecimentos sobre a sociedade, permitindo que todos alcancem os saberes sobre nossos lugares dentro da luta de classes.

É na esperança em outros caminhos e, na análise da historicidade concreta até aqui, que emerge a necessidade em continuar na busca por modificações que sejam condizentes com os interesses dos trabalhadores em saúde e da população que lhe é direcionada ao cuidado. A eterna construção do SUS atravessa uma gama de obstáculos, e hoje, a saúde dos

trabalhadores é um eixo estruturante do serviço público, que, caso não observada, sofrerá mais desgastes, colocando em cheque a possibilidade de um cuidado condizente às necessidades populacionais, que também sofrem com a intensa perda de direitos.

Para finalizar com a esperança que ainda habita nos meios dos serviços em saúde, uma citação a Eduardo Galeano se faz importante. Espera-se que todas as reflexões apresentadas neste estudo sejam portas e janelas ao vislumbre de novas formas da produção de um cuidado que não leve o sofrimento do trabalhador à sua descompensação psíquica, e além disso, que permita a resiliência da utopia a todos nós, sonhadores construtores do Sistema Único de Saúde:

*A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos,
ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o
horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe,
jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para
isso: para que eu não deixe de caminhar*

Eduardo Galeano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, D.M.X. de et al. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 67-80, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2020.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.455-464, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Fev. 2019.

BARBARA, E.; DEIRDRE E. **Bruxas, Parteiras e Enfermeiras: uma história das curandeiras**. 1973, p. 66. Tradução em português por A Bruxaria Distro, Coletiva Feminista Nós Soltas e Editora Subta, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 14 Fev. 2020.

_____. **Lei n.º 9.637 de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.html> Acesso em: 14 Fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Chikungunya: Manejo Clínico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, J.C. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 316-329, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2020.

BUSSINGER, E. C. A.; SODRÉ, F. Organizações Sociais e Privatização da Saúde: a discricionariedade dos contratos de gestão com o terceiro setor. In: SODRÉ, F.; BUSSINGER, R. C. A.; BAHIA, L. (Orgs). **Organizações Sociais – Agenda política e os custos para o setor público da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. 363p.

CARVALHO, M. A. P. de; TEIXEIRA, M. B; MATTOS, A. (Orgs.) **Manual do Residente – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2019.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA (CICV). **Acesso Mais seguro para Serviços Públicos Essenciais** – Relatório. Brasília – DF, 2018. Disponível em <<https://www.icrc.org/pt/publication/acesso-mais-seguro-para-servicos-publicos-essenciais-brasil>>. Acesso em fev. 2020.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: Organizações Sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, M. I. S., et al. (Orgs). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 1 ed., Rede Sirius, 2015. 120 p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira – 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013. Disponível em <<https://docplayer.com.br/24920304-A-sublizacao-entre-sofrimento-e-prazer-no-trabalho-1.html>>. Acesso em: 20 Jan. 2019.

_____. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 160 p.

_____. Psicopatologia do trabalho – Psicodinâmica do trabalho. **Laboreal**, v. 7, n. 1, p. 13-16. 2011.

FAUSTO, M.C.R. (org); FONSECA, H.M.S. (org). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo Pmaq AB**. Rio de Janeiro: Saberes; 2013. 318 p.

FERREIRA, J. B. **Perdi um jeito de sorrir que eu tinha**: violência, assédio moral e servidão voluntária no trabalho. Rio de Janeiro: Ed. 7Letras, 2009.

FLORES, G.M.S. et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Fev. 2020.

FRIGOTTO, G. Novos fetiches da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: Andrade, Juarez de; Paiva, Lauriana Gonçalves de. (Org.). **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo**. 1a ed. Juiz de Fora: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011, v. 1, p. 18-35. Disponível em <http://www.lpp-buenosaires.net/ppfh/livroppdf>. Acesso em 19 Jan. 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Fev. 2020.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M.H.M. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2012. p. 493545.

GLOBO NEWS. **Em vídeo, prefeito Marcelo Crivella diz que não há crise na saúde do Rio: ‘crise é falsa’**. Reportagem. Rio de Janeiro. 13 de dez. de 2019. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/estudio-i/videos/t/todos-os-videos/v/em-video-prefeito-marcelo-crivella-diz-que-nao-ha-crise-na-saude-do-rio-crise-e-falsa/8163889/>>. Acesso em: Jan 2020.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. O uso do Território na Atenção Primária à Saúde (APS). In: **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Organizadores: Maria Helena Magalhães de Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim, Lígia Giovanella. Editora Fiocruz. 2018.

HIRATA, H. Entrevista. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.199-204, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: abril 2020.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2020.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H.; LABORIE, F. et al. (Orgs). **Dicionário Crítico do feminismo**. Paris, 2004. São Paulo, Editora UNESP, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. Desemprego, quarto trimestre de 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>>.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Fev. 2020.

MACHADO, M. H.; FILHO, A. W.; LACERDA, F.W.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; SANTOS, R. M.; JUNIOR, S. B. P.; JUSTINO, E.; BARBOSA, C. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem/Enferm. Foco**, v. 7, Edição Especial, p. 9-14, 2015.

MARCONSIN, N. M.; BERTOLA, R. M.; BARTOLO, A. F. R.; MORAES REGO, R. S. **Saúde do trabalhador na Estratégia de Saúde da Família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento do Sistema Único de Saúde e as diretrizes do Banco Mundial. In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (Orgs). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. 300 p.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0826.pdf>. Acesso em: 11 Fev. 2019.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**; v.12, n. 2, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 12 Fev. 2020.

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 Fev. 2020.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v.15, n.1-3, p.34-38, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=en&nrm=iso.

MENDES, A.; FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. 1. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da Saúde/Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2016. p. 139-68.

MOLINIER, P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo: um itinerário interdisciplinar. 1988-2002. **Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 14-26, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 Fev. 2020.

MONTE-CARDOSO, A.; ANDRIETTA, L. S. Interesses econômicos nas organizações sociais de saúde. In: SODRÉ, F.; BUSSINGER, R. C. A.; BAHIA, L. (Orgs). **Organizações Sociais – Agenda política e os custos para o setor público da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2018. 363p.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Fev. 2019.

NETTO, J.P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2012. 271p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 1819-1829, nov. 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Fev. 2020.

PEREIRA, A. M. M. **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. 230 p.

PEREIRA, A. M. M. Gestão. In: LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e Financeirização na saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 10-15.

PEREIRA, A. M. M. Gerencialismo. In: LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e Financeirização na saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 20-25.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. 290 p.

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; MORAES REGO, S. R. de. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. especial 1, p. 142-146, 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2020/01/PHM-web.pdf>>. Acesso em 04 Mar. 2020.

SANTOS, S. M. A.; O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **PLURAL**, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.24.1, 2017, p.214-241.

SANTOS, T. A. dos S. **Valor da força de trabalho da enfermeira**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Salvador, 2012. 113 f.

SILVA, D. A. da; MARCOLAN, J.F. Desemprego e sofrimento psíquico em enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.68, n.5, p.775-782. Out. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500775&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Mar. 2020.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 Fev. 2019.

TEIXEIRA, M.; MARTINS, M. I. C.; SILVA, V. Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. In: MARTINS, M. I. C.; MARQUES, A. P.; COSTA, N. R.;

MATOS, A. (Orgs). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Portugal – Brasil: Universidade do Minho, ENSP/FIOCRUZ, 2014. p. 89-99.

TEVA, D. C. S. Precarização do trabalho em saúde: o caso dos agentes comunitários de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos. In: PRONKO, M.; DANTAS, A.; STAUFFER, A. (Orgs). **Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: articulando trabalho, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.