

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

HELAYNNE XIMENES FARIA

**NO FIO DA NAVALHA: O PROCESSO DE TRABALHO DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA VELHA-ES**

**VITÓRIA
2010**

HELAYNNE XIMENES FARIA

**NO FIO DA NAVALHA: O PROCESSO DE TRABALHO DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA VELHA-ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha de pesquisa Subjetividade e Clínica. Orientador: Profa. Dra. Maristela Dalbello Araujo.

**VITÓRIA
2010**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F224n Faria, Helaynne Ximenes, 1980-
No fio da navalha : o processo de trabalho de uma unidade
de saúde da família de Vila Velha-ES / Helaynne Ximenes Faria.
– 2010.
135 f. : il.

Orientadora: Maristela Dalbello Araújo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Serviços de saúde. 2. Família - Saúde e higiene. 3.
Trabalho. 4. Trabalhadores. 5. Subjetividade. 6. Ambiente de
trabalho. I. Araujo, Maristela Dalbello de. II. Universidade Federal
do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III.
Título.

CDU: 159.9

HELAYNNE XIMENES FARIA

**NO FIO DA NAVALHA: O PROCESSO DE TRABALHO DE UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VILA VELHA-ES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2010.

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Maristela Dalbello Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense

Aos trabalhadores da saúde e suas lutas cotidianas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que acompanharam esta construção, de forma a propiciar apoio emocional e teórico para que este projeto se concretizasse:

A Deus, força sempre presente, por iluminar meus caminhos.

A minha família, meus pais Adilson e Regina, pela vida, por todo amor, dedicação, carinho e incentivo para minha formação, e meu irmão Ângelo por igual amor e apoio.

Ao meu noivo Carlos, meu amor, por ter incentivado meu mestrado não permitindo que desistisse nos momentos mais difíceis e acompanhando cada etapa desta trajetória de forma amorosa, compreensiva e dedicada.

À Rafaela, minha amiga-irmã, pelo carinho, incentivo e apoio nos momentos de angústia, pelas lidas nos projetos e por também me acompanhar neste caminho.

À “amizade” Camila e sua mãe Ângela, pelos preciosos abstracts.

À Maristela, minha orientadora que além de me orientar teórico e metodologicamente deu carinho e suporte a cada passo a ser dado.

Às colegas do grupo de pesquisa, Alexandra, Catharina, Josélia, Keli, Bruna e Nathália, e a Aline, colega de turma, pelo compartilhar de experiências, pelos encontros e as interseções ocorridas que me ajudaram a pensar os rumos a seguir.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional pela possibilidade de concretizar este projeto.

Às minhas colegas de trabalho e amigas, especialmente Sabrina, Joventina e Maria Alice, que me deram força e me ajudaram a flexibilizar as agendas. Também

agradeço à coordenação da minha unidade de saúde que permitiu as trocas de horário para que pudesse conciliar trabalho e mestrado.

Aos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família Jardim Palmeiras¹ por me receber em seu ambiente de trabalho e por compartilhem suas experiências e sentimentos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha por autorizar a execução deste estudo.

¹ Nome fictício.

*A revolução seria mais uma repetição que muda algo, uma repetição que produz o irreversível. Um processo que produz História, que nos tira da repetição das mesmas atitudes e das mesmas significações. Então por definição não pode ser programada, pois aquilo que se programa é sempre um *déjà-là*. As revoluções, assim como a história, sempre trazem surpresas. Por natureza elas são sempre imprevisíveis. Isso em nada impede que se trabalhe pela revolução, desde que se entenda esse “trabalhar pela revolução” como sendo trabalhar pelo *imprevisível* (GUATTARI; ROLNIK, 2000, p. 213, grifos dos autores).*

RESUMO

FARIA, Helayne Ximenes. **No fio da navalha**: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha – ES. Dissertação de mestrado (Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010, 135 p.

Esta pesquisa teve por objetivo a análise dos processos de trabalho do cotidiano de uma unidade de saúde da família do município de Vila Velha-ES em meio aos atravessamentos políticos, econômicos e subjetivos que perpassam o contexto produtivo dos trabalhadores, assim como das produções decorrentes e os efeitos das mesmas sobre os trabalhadores e usuários. Levou em consideração que a produção em saúde decorre da relação trabalhador-usuário e que o trabalho em saúde é dotado de sentido e produz subjetividade. Adotou postura cartográfica na produção dos dados, cujo período de imersão no campo ocorreu de janeiro a julho de 2009. Empregou como ferramentas metodológicas entrevistas, conversas informais, observações do cotidiano e a realização de dois grupos para entrevista coletiva durante os quais foi empregado o fluxograma analisador. Os resultados demonstram os efeitos negativos da precarização dos vínculos de trabalho, gerando dificuldades para a produção do cuidado com os usuários. Também retratam a expressão de sentimentos diversos que os trabalhadores vivenciaram, demonstrando o quanto o trabalho é dotado de sentido. Revelou que os trabalhadores apostam no Programa Saúde da Família como importante elemento de mudança assistencial, e que também expõem críticas à forma como o mesmo está sendo colocado em funcionamento, sobretudo no que se refere à manutenção de posturas médico-centradas e voltadas para ações sobre a doença. Constatou que os usuários não participam efetivamente da organização do processo de trabalho, que em geral é verticalizada no sentido secretaria-coordenação-trabalhadores. Entretanto, pôde constatar a emergência de situações favoráveis para a mudança do modo de se prestar assistência, que se manifestam nos questionamentos, nas resistências e nas insistências dos atores daquele contexto. Entende ser necessário valorizar o trabalhador, garantindo-lhe a possibilidade de atuar com autonomia e segurança em prol do cuidado com as pessoas. Conclui que o cuidado se efetua a partir das transformações que ocorrem nos encontros. Ressalta que os encontros entre sujeitos operam oscilações com possibilidade de inversão do modelo vigente rumo a práticas em saúde realmente comprometidas com a vida.

Palavras-chaves: processo de trabalho; precarização do trabalho; subjetividade; encontro.

ABSTRACT

FARIA, Helaynne Ximenes. **On the razor's edge**: the work process of a family health unit in Vila Velha – ES. Master's dissertation (Institutional Psychology) – Post Graduation Program in Institutional Psychology, Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2010, 135p.

The goal of this research was the analysis of the daily work processes of a family health unit located in a neighborhood of Vila Velha – ES, in an environment of political, economical and subjective interference, which influences the productive context of workers, as well as the resulting productions and their effect on workers and users. The fact that the production in health is the result of the relationship between the worker and users was taken into account. It was also considered that health work has sense and produces subjectivity. A cartographic attitude was adopted on the production of data, whose immersion period in the field happened from January to July 2009. The methodological tools used were interviews, informal talk, daily observation as well as a collective interview with two groups in which the analyzer fluxogram was used. The results show the negative effects of the frailty in work arrangements, generating difficulties on the production of care towards the users. It also pictures the expression of different feelings that the workers lived, demonstrating the amount of sense the work has. It shows that the workers believe the Family Health Program is an important element of change in assistance, but they also criticize the way it has been worked on, especially when it refers to the maintenance of medical-centered attitudes as well as the actions upon the diseases. It was also observed that the users don't participate effectively on the organization of the work process, which is usually vertical. It comes from the secretary, passes through the coordination and then goes to the workers. Nevertheless, it was possible to see the emerging of favorable situations in order to change the way the assistance is provided, through the questions, the resistance as well as the persistence of the actors of that context. It sees the necessity of increasing the value of worker, so that he/she can act with autonomy and safety while they take care of people. It concludes that meetings lead to a more careful, transforming attitude. It points out that the meetings with the subjects are able to change the present model, making the practice in health quite committed with life.

Key words: work process; frailty at work; subjectivity; meeting

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária a Saúde

BM – Banco Mundial

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CTT – Composição Técnica do Trabalho

FMI – Fundo Monetário Internacional

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

LER – Lesão Por Esforço Repetitivo

MS – Ministério da Saúde

MOC – Projeto Montes Claros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OS – Organização Social

OSCIP – Organização Social de Interesse Público

PA – Pronto Atendimento

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PSF – Programa Saúde da Família

SAE – Serviço de Apoio Especializado.

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. O TRABALHO HUMANO E AS ESPECIFICIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE.....	19
3. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO POLÍTICA DO SUS.....	32
4. O NEOLIBERALISMO E SEUS EFEITOS NA POLÍTICA DE SAÚDE.....	39
5. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORGANIZADOR DA ASSISTÊNCIA.....	47
6. AS DIMENSÕES MACROPOLÍTICA E MICROPOLÍTICA DA REALIDADE: olhares para a análise.....	53
7. OBJETIVOS.....	58
7.1. GERAL.....	58
7.2. ESPECÍFICOS.....	58
8. METODOLOGIA.....	59
8.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS: a postura cartográfica.....	59
8.2. O TRAJETO METODOLÓGICO.....	62
8.2.1. Ferramentas Metodológicas.....	62
8.2.2. O Caminho Percorrido: turbulências e desassossegos.....	66
8.2.3. As Autorizações.....	70
9. ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO.....	71
9.1. CONHECENDO O MUNICÍPIO DE VILA VELHA E SUA REDE ASSISTENCIAL.....	71
9.2. CONHECENDO A USF JARDIM PALMEIRAS E SUA ESTRUTURA FÍSICA.....	73
9.3. A CHEGADA DO PSF A JARDIM PALMEIRAS.....	74
9.4. CONHECENDO OS USUÁRIOS.....	75
9.5. CONHECENDO OS TRABALHADORES.....	79
9.6. QUESTIONANDO O MODO DE SER SAÚDE DA FAMÍLIA.....	93
9.7. O ENCONTRO COMO PRODUTOR DE CUIDADO.....	103
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
11. REFERÊNCIAS.....	120
12. APÊNDICES.....	129
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ENTREVISTAS.....	129
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NOS GRUPOS.....	130

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADORES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA.....	131
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DA USF.....	132
APÊNDICE E – FLUXOGRAMA ANALISADOR ELABORADO PELA EQUIPE DA USF JARDIM PALMEIRAS.....	133
13. ANEXOS.....	134
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	134
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA.....	135

1. INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo do trabalho em saúde nos acompanha há algum tempo, sobretudo pela experiência profissional da autora, primeiramente como estagiária de Psicologia em um hospital federal e atualmente como psicóloga em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Neste sentido, a partir de nossas experiências como trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), fomos convocados através das vivências e implicações a pesquisar o cotidiano dos processos de trabalho que estávamos envolvidos. Nossas observações diárias relevaram, num primeiro momento, o grande número de adoecimentos entre os trabalhadores, levando-nos a questionar como era possível que locais que se propunham a produção de saúde acabassem por gerar o adoecimento daquelas pessoas que se colocavam na tarefa de cuidar, entendendo também que isto implica efeitos na atenção prestada aos usuários.

Ingressamos no Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional com esta temática em mente e com foco no sofrimento e no adoecimento do trabalhador. No entanto, no decorrer de nosso percurso, constatamos que o adoecimento é um dos produtos da complexa produção dos serviços de saúde, e deslocamos a atenção para as demais produções dos processos de trabalho, principalmente para os aspectos subjetivos envolvidos, bem como para movimentos que retratam a inventividade do trabalho em saúde na sua busca pelo cuidado.

Estas percepções foram possíveis a partir da interface que realizamos entre a Análise Institucional e a Saúde Coletiva. Deste modo, nossa mudança de perspectiva ocorreu no contato com leitura de pesquisas a respeito da micropolítica do trabalho em saúde, que retratam o trabalho vivo, a dimensão cuidadora, as tecnologias em saúde (FRANCO, 2003; FRANCO; MERHY, 2006a, 2006b, 2007; MERHY, 1997a, 1997b, 1999, 2002, 2004), e a partir dos estudos do Movimento Institucionalista sobre a composição do tecido social pelo processo instituinte/instituído, a coextensividade da produção desejante com as produções sociais, as segmentaridades macropolítica/micropolítica que compõem a sociedade

(BAREMBLIT, 1992; DELEUZE, 1992; DELEUZE; GUATTARI, 1995a, 1995b; GUATTARI, 1987; GUATARRI; ROLNIK, 2000).

Em nosso grupo de pesquisa, formado por estudantes do Mestrado em Psicologia Institucional e do Mestrado em Saúde Coletiva, ambos da Universidade Federal do Espírito Santo, pudemos estabelecer bons encontros com colegas, também trabalhadoras da saúde, que se empenhavam em analisar o trabalho em UBS. Assim, podemos citar os estudos já concluídos de Iglesias (2009) que analisou as práticas e concepções envolvidas nas ações tidas como de promoção à saúde e Hoffmann (2009) que estudou os processos de produção em saúde por meio do dispositivo do acolhimento.

Deste modo, no mestrado encontramos um terreno fértil para a realização de nossa pesquisa, que passou a objetivar a análise do processo de trabalho em saúde e as produções decorrentes, principalmente frente à possibilidade de se colocar em questão o modo como os trabalhadores se relacionam com o mundo do trabalho em saúde, estando os mesmos imersos e atravessados por esta complexa trama produtiva, mas também produzindo e colocando-a coletivamente em funcionamento por meio de suas relações (com os demais trabalhadores, usuários, gestores e a rede de assistência), desejos, interesses e necessidades.

A análise do processo de trabalho tem se revelado como estratégica para compreender a efetivação dos princípios constitucionais do SUS preconizados em lei. Vários estudos demonstram a necessidade de se analisar os processos de trabalho em saúde como aspecto chave para promover mudanças no sistema de saúde, no sentido de que se atinjam práticas cuidadoras, resolutivas, dirigidas para a expansão da vida e as necessidades de saúde dos sujeitos (FRANCO, 2003; L'ABBATE, 2003). Estes estudos consideram a importância de se analisar o que ocorre no cotidiano e o modo como os processos de trabalho se desenvolvem, no sentido de que não basta a força da lei para mudar modelos, sem que as práticas e as relações dos sujeitos envolvidos na produção da saúde também sejam transformadas (CAMPOS, 2007a; 2007b; MERHY, 1997a; 1997b; 1998).

Processos de trabalho em qualquer área geram produtos para atender necessidades sociais (MARX, 2004). No caso do trabalho em saúde, estamos diante de um processo que objetiva algo de grande valor: a vida humana e o cuidado da mesma. Se considerarmos o contexto de luta democrática da constituição do SUS, compreendemos estar também em jogo um processo social pela conquista de um sistema universal e público que possibilite a assistência a milhões de cidadãos antes excluídos.

Juntamente com a produção do cuidado – a alma dos serviços de saúde (MERHY, 2004) – o trabalho é produtor de subjetividade (CAMPOS, 2007a). Além de seguir as regras prescritas para a execução de tarefas, o trabalhador investe seu potencial criativo para dar conta de situações inusitadas, realizando acordos e pactos com os demais sujeitos no processo de produção (no caso da saúde os outros trabalhadores, usuários e gestores). O trabalho é, assim, considerado uma das formas de produção de subjetividade (formas de estar no mundo) ocupando um lugar de grande valor na vida humana.

Entendemos que o SUS é fruto de um movimento social e que as políticas hoje existentes são também efeitos de movimentos do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde. Deste modo, entendemos que por si só uma base legal não garante mudanças em valores e práticas estabelecidos, visto que as ações em saúde são atravessadas por interesses distintos, entendidos como forças instituintes que ecoam na produção da saúde.

Neste sentido, afirmamos nossa aposta política quando nos propomos a pesquisar os processos de trabalho desenvolvidos nos serviços de saúde, lançando interesse nas relações que perpassam as produções cotidianas. Entendemos que as práticas se atualizam no dia a dia dos serviços, compondo novos arranjos que interferem no modo como a saúde é produzida. Assim, procuramos aqui compor com os trabalhos oriundos da Saúde Coletiva, que se utilizam do referencial teórico da Análise Institucional e se propõem a um novo olhar para as produções em saúde (L'ABBATE, 2003).

Nossas análises se debruçam sobre o cotidiano, porque entendemos que o mesmo não é uma simples repetição e uma mera cronologia de dia após dia. Consideramos que o trabalho em saúde, para ser resolutivo, depende da autonomia dos trabalhadores (CAMPOS, 1997). Se os mesmos estão inseridos numa rede de relações e potências, entendemos que no fazer cotidiano, as práticas se atualizam e ganham outra história, outros caminhos. No contato diário, nas relações com usuários e com outros trabalhadores coloca-se a possibilidade de emergir o novo. Para nós, o trabalhador está em constante construção. Lidar com vidas humanas é lidar com imprevistos, e para enfrentá-los, é preciso improvisação, criatividade e iniciativa. Assim, os trabalhadores constroem outras formas de trabalhar, maneiras diferentes de se fazer algo, no embate constante com a complexidade das ações em saúde.

Desenvolvemos esta pesquisa em uma Unidade de Saúde da Família (USF), principalmente por considerarmos a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) e a maneira como o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido tomado como reorganizador do sistema de saúde, o que reforça a importância de se pesquisar os processos de trabalho que ali acontecem.

Nosso estudo apoiou-se no levantamento bibliográfico que compõe o arcabouço teórico para a pesquisa e na inserção cartográfica em uma USF. Como resultado deste processo a dissertação está assim dividida:

Primeiro capítulo – tratamos da introdução deste trabalho, na qual relembramos nossos passos iniciais, as primeiras observações, as mudanças de perspectivas, os propósitos deste estudo e as justificativas para a pesquisa.

Segundo capítulo – explicitamos como entendemos o trabalho humano como ação única, na qual o componente intencional diferencia da ação dos animais. Também refletimos sobre o caráter construtor do trabalho e analisamos seu papel como produtor de subjetividade. Além disso, constatamos as tentativas de controle que se fizeram em torno do trabalho para utilizá-lo a favor do capital, retratando ainda o caráter de liberdade manifesto no trabalho vivo em ato. Finalizamos com as especificidades do trabalho em saúde, as tecnologias duras, leve-duras e leves, e a produção do cuidado.

Terceiro capítulo – abordamos a construção política do SUS e movimentos sociais que questionaram as formas como a assistência estava sendo prestada, culminando com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a institucionalização do direito a saúde para todos os cidadãos na Constituição Federal de 1988.

Quarto capítulo – refletimos sobre o ideário neoliberal e seus efeitos ao SUS e aos direitos dos sujeitos. Analisamos que o neoliberalismo propõe mudanças econômicas, políticas, sociais e subjetivas, de forma a dotar o capital de novas habilidades para superar a crise por que passava desde os anos 1970. Também consideramos as reformas do Estado submetidas pelo processo neoliberal que acarreta na flexibilização da força de trabalho nos sistemas públicos, inclusive o da saúde.

Quinto capítulo – relatamos as tentativas de reformulação da assistência a partir da reorganização dos serviços pela Atenção Primária a Saúde (APS). Neste sentido, trazemos a APS como lógica contrastante do modelo flexneriano e focalizamos o PSF como elemento chave no que se refere aos investimentos em torno da APS aqui no país, abordando também seus objetivos e sua formatação.

Sexto capítulo – estabelecemos nossa base de análise que comporta as dimensões micropolíticas e macropolíticas para o estudo dos processos de trabalho em saúde, trazendo a abordagem institucionalista e alguns conceitos pertinentes a nossa pesquisa. Neste sentido apresentamos os atravessamentos que se fazem presentes no setor saúde, considerando o SUS como organismo vivo, construído no processo de embate de forças.

Sétimo capítulo – elencamos os objetivos de nosso estudo.

Oitavo capítulo – apresentamos a postura cartográfica como pressuposto metodológico e trazemos os procedimentos metodológicos adotados para a produção dos dados, dentre eles o fluxograma analisador, que possibilitaram a análise do processo de trabalho do serviço em que nos inserimos. Também relembramos as escolhas e os passos que tomamos, bem como a mudança de rumo e os sentimentos experienciados no processo.

Nono capítulo - contextualizamos o território de pesquisa descrevendo o município de Vila Velha, sua rede assistencial de saúde, a USF Jardim Palmeiras e apresentamos os trabalhadores, usuários bem como a análise do processo de trabalho realizada durante os seis meses em que estivemos inseridos naquele território.

Décimo capítulo – trazemos as considerações finais do que foi produzido no encontro com o território de pesquisa.

2. O TRABALHO HUMANO E AS ESPECIFICIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE

Analisar o trabalho humano pressupõe a compreensão de que este termo possui vários significados. Ao longo dos séculos o trabalho apresentou vários sentidos e ainda hoje é dotado de valores que lhe associam idéias de alegria e conquista como também de algo penoso, e que acarreta sofrimento e dor. Assim, de castigo imposto aos homens por sua desobediência, como está em gênesis, à indicação de graça divina tal qual pressupõe a ética protestante (WEBER, 1996), são várias nuances atribuídas ao trabalho.

Com base em Marx (2004), definimos o processo de trabalho como a atividade que implica a transformação de matérias primas em produtos, por meio da mobilização de energia e da utilização de instrumentos. No entanto, para além da obtenção de produtos, a essência do trabalho é a interação do homem com a natureza para garantir sua sobrevivência, transformando-a em prol de suas necessidades (MARX, 2004).

O trabalho humano constitui-se de uma atividade única, já que o componente intencional que se insere nesta ação difere o homem dos animais como bem define Marx (2004, p. 211) ao comparar uma abelha com um arquiteto na construção de sua moradia.

... a abelha envergonha muitos arquitetos na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior dos arquitetos da melhor das abelhas é o que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar a sua vontade.

Albornoz (1986, p.12-13) entende o trabalho como um esforço para um fim, colocando o homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos e um novo universo em vinculação com a natureza.

Natureza e invenção se entrelaçam no trabalho humano, em níveis diversos, da ação mais mecânica e natural a mais controlada e

consciente. Natureza e cultura se encontram no labor do parto, no cultivo do campo, na modelagem da argila, na invenção da eletricidade, como na produção de vitaminas em comprimidos, na montagem de cérebros eletrônicos e no envio de astronaves à lua.

Deste modo, compreendemos que o trabalho é o processo pelo qual o homem regula e controla seu metabolismo em relação com a natureza, modificando-a, bem como a si mesmo, produzindo realidades. É através do trabalho humano que o homem se constitui social e culturalmente como ser criativo e reflexivo, se diferenciando dos outros animais. Para Marx (2004), o homem é um ser relacional e histórico, produto de suas relações com a natureza, com os outros homens e com as instituições sociais. Diferente dos animais, o homem é capaz de projetar, antecipar dificuldades, atuar frente a imprevistos, imprimir desejos além das necessidades e modificar seu trabalho, inventando e recriando também a si mesmo no processo. Neste sentido, entendemos que *“Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza”* (MARX 2004, p. 211).

Por esta via de pensamento, aliam-se também as considerações de Luria (1990) e Vygotsky (1996; 1998) a respeito da importância do trabalho na construção psíquica e cognitiva do homem e de Engels (1974) sobre a importância da sociabilidade, da atividade, da comunicação e do trabalho para o processo de hominização. Neste sentido, pelo materialismo histórico entendemos a centralidade do trabalho na constituição do homem moderno. O trabalho é, portanto, *“... a condição fundamental primeira de toda a vida humana, o trabalho criou o próprio homem”* (ENGELS, 1974, p.171).

Entendemos assim que a história da vida humana passa pelo trabalho e pelas transformações que este opera. Pelo trabalho os homens não produzem somente bens materiais, mas eles mesmos se produzem no processo. Campos (2007a) aborda a constituição do trabalhador como sujeito imerso em relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades, mas nem por isso passivo, pois é capaz de interagir no seu contexto. Este autor pressupõe a co-produção do sujeito nos processos produtivos do trabalho, referindo-se à noção marxista de *práxis* de que os sujeitos sofrem e fazem a história, transformando a realidade por meio de suas atividades intelectuais e materiais. Ele também afirma que o trabalho além de

assegurar a sobrevivência individual e coletiva, transformou-se no principal dispositivo de co-produção dos sujeitos. “*Precisamos trabalhar pelo salário, mas também para dar sentido e significado para nossa vida e à sociedade em que vivemos*” (CAMPOS, 2007b, p. 13).

O trabalhador, como sujeito ativo, é capaz de transformar a realidade através seu trabalho e das relações que estabelece. Estas relações constituem gêneses subjetivas. Subjetividades que indicam, dentre outros modos de existência, a forma como se trabalha e produz. Estas formas são sempre contingentes e construídas coletivamente, engendradas nos processos de trabalho. Trabalhadores, corpos, mentes e instrumentos constituem-se numa mesma processualidade, nas relações que estabelecem com os demais sujeitos e com o seu meio produtivo. “... *homens e mulheres que vivem do trabalho, produzem bens, serviços e produzem a própria vida em cada momento histórico dado*” (DALBELLO-ARAÚJO, 2001, p. 87).

A partir dessas considerações, entendemos o trabalho como importante categoria para compreender a sociedade e as relações sociais, percebendo que elas são entendidas como desdobramentos das relações de produção, conduzidas pelo trabalho humano. Entretanto, percebemos que a forma como o trabalho é socialmente organizado sofreu variações ao longo dos tempos. Em certo momento histórico houve a divisão social do trabalho em ocupações, cada uma delas apropriada a certo ramo da produção. Posteriormente, verificamos o surgimento da manufatura e da indústria, parcelando o trabalho em etapas distintas e decompondo a produção em operações executadas por diferentes trabalhadores. O desenvolvimento do capitalismo pressupôs maior controle sobre o processo de trabalho visando aumento do lucro, algo que foi obtido por meio da racionalidade científica e dos fundamentos de Taylor e de Ford (BRAVEMAN, apud MALTA; MERHY, 2003).

Assim, o trabalho passou a ser alvo de tentativas de controle pelo capitalismo. Baseados nos fundamentos tayloristas/fordistas houve esforços de sistematizar e dominar a organização do trabalho para aumentar a produtividade do ambiente fabril. Esforços estes inicialmente na indústria que posteriormente se expandiram aos demais campos de produção, inclusive o de serviços. Para isto, separando

planejamento e execução, pretendia-se por meio da racionalidade científica “domesticar” o operário, direcionar seus desejos e interesses, torná-lo como uma máquina produtiva.

No entanto, com o avançar da história, além da constatação da impossibilidade de se dominar totalmente o trabalho do operário, surgiram críticas ao modo como as cadências eram importadas aos trabalhadores nos ambientes das fábricas. Uma vez que o trabalhador, neste modelo de produção, é visto como um apêndice das máquinas, trabalhando de forma repetitiva e intensa. Tais críticas provocaram mudanças sociais em busca de legislações a respeito da instituição de direitos ao trabalhador e da modificação deste contexto desumano. Além disso, o modo de organização pautado unicamente nos pressupostos tayloristas/fordistas, baseado na rigidez do controle produtivo, mostrou-se ineficaz para dar conta das novas modulações do capitalismo, principalmente perante a crise mundial que se abateu em torno da década de 1970. Neste sentido, foi preciso uma reorganização das relações de trabalho de forma a permitir as empresas adequarem-se a competitividade que se fez presente. A produção passou então a incorporar outros modelos, como o toyotista, surgido no Japão após a Segunda Guerra. Emerge então uma era marcada pela flexibilização: flexibilização da produção para dar conta das necessidades do mercado cada vez mais consumista e flexibilização dos contratos da força de trabalho para responder a estas necessidades.

A partir de então, reconhecemos um movimento de valorização da multifuncionalidade e da flexibilidade do trabalhador para que este intervenha na cadeia produtiva e possa a produção atender ao mercado consumidor. Assim, o discurso da nova ordem passa a ser o da valorização do trabalho em equipe, da qualidade total, da participação, da multifuncionalidade, da flexibilização e da qualificação do trabalhador. No entanto, este discurso mantém a exploração e a intensificação, além de incentivar a precarização das relações de trabalho. Alguns autores têm refletido o quanto o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, em uma época de acumulação flexível, têm acarretado efeitos nefastos como desemprego em massa, precarização do trabalho, exclusão e degradação da relação do homem com a natureza, em um contexto obsessivamente voltado para a produção de mercadorias. Um desses autores é Antunes (2007) que analisa que em

nossa atual realidade vivemos formas transitórias de produção, afetando os direitos dos trabalhadores, que são substituídos e/ou eliminados. O trabalho passa a ser desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias à sua adaptação.

Temos claro que estas modificações das relações de trabalho para atender as necessidades do capital se fazem presentes em todos os setores produtivos, inclusive dentro do contexto da saúde. Ainda que a saúde tenha características produtivas específicas é necessário que compreendamos que estes atravessamentos do capital e a escolha por determinados modelos de gestão influenciam no modo como levamos a assistência aos usuários. Isto porque os trabalhadores do SUS, ainda que num sistema público, são atingidos por estas modulações e podem se ver num quadro de incertezas, impotência e angústia diante da perda de seus direitos trabalhistas.

Assim pensamos: estariam os trabalhadores do SUS sujeitados em um contexto de mudanças degradantes que podem não ter condições de mudar? Para responder a esta questão apostamos na força criativa do trabalho e no seu caráter humanizador e construtivo. Por esta via, consideramos pertinentes as análises que Merhy (2002) realiza ao trazer o conceito marxista de trabalho vivo para dentro do mundo da saúde.

As tentativas de controlar o trabalho foram consideradas um dos grandes equívocos da racionalidade científica. Isto porque é impossível dominar esta atividade humana por sua própria natureza como bem definem estudos (DEJOURS, 1993; LAVILLE, 1977; WISNER, 1987). Por mais que a situação de trabalho requeira repetição, organização e normatização rigidamente estabelecidas, sempre haverá brechas. O capital nunca conseguiu, ou mesmo conseguirá, expropriar totalmente o saber do operário. Pelo contrário, há inclusive dependência desse saber, devido aos imprevistos que o cotidiano de trabalho denota. Quem se aprisiona em códigos fixos é a abelha citada por Marx (2004) ao construir sua colméia, e não o homem trabalhador.

As prescrições não abrangem a complexidade do trabalho e são consideradas como meras ficções (DEJOURS, apud BARROS 2004). Assim, astúcia, macetes, desvios e

outros indícios da capacidade inventiva do trabalhador revelam-se imprescindíveis para que o trabalho seja executado a contento. Sempre há manobras, desvios de regras, reinterpretação de normas e jeitos próprios que cada um, e a coletividade de trabalhadores, por meio de negociações e acordos, colocam em ação para realizar a tarefa. No funcionamento de qualquer sistema é preciso que as pessoas conheçam os procedimentos e que também utilizem de sua inteligência prática para subvertê-los (BARROS, 2004).

No campo da saúde, isto foi constatado pelas análises de Cecílio e Mendes (2004). Estes autores analisaram os processos de trabalho de uma instituição hospitalar de Campinas, relatando o modo como os trabalhadores contornavam e até recriavam as restrições e regras propostas pela direção, reconstruindo a cada momento suas relações dentro da organização hospitalar. Eles descrevem a existência de forças criativas, que reinterpretavam as diretrizes colocadas, demonstrando que os trabalhadores rearranjavam as linhas formais da produção do cuidado, influenciando a implantação das mudanças propostas pela administração. Assim, o trabalho porta um componente primordial, que é a liberdade, que distingue o trabalho humano do esforço dos animais como bem aponta Albonoz (1988, p. 12):

Posso parar de fazer o que estou fazendo, embora seja um servo, embora não seja reconhecido o direito de greve, embora eu venha a sofrer pelo meu gesto. Posso também fazer meu trabalho de muitas maneiras diferentes, se a máquina não o programar assim como o instinto faz com os animais.

Na realização de qualquer ato produtivo, o trabalhador deve seguir alguns procedimentos pré-estabelecidos, de forma a manter a uniformidade de seu produto, mas também insere elementos novos, investindo sua criatividade e inventividade. O trabalhador encontra-se envolvido com um aspecto morto e com um aspecto vivo do trabalho. O *trabalho morto* se configura como conjunto de elementos já dados ao trabalhador, por exemplo, as ferramentas e a matéria prima (elementos imutáveis), bem como as regras e procedimentos existentes (projeto, exigências do cliente, organização de uma linha de produção, etc.). O *trabalho vivo* refere-se ao ato criativo, ao momento da produção no qual o trabalhador utiliza o seu potencial criador para dar materialidade ao objetivo, seja a mercadoria ou o serviço que atenderá a necessidade do consumidor/usuário (MERHY, 2002; FRANCO, 2003).

Merhy (2002) pressupõe que o momento do trabalho em si seja marcado pela possibilidade do trabalhador agir com liberdade máxima, mas que há distintos modos como os processos de trabalho podem ocorrer, dependendo da centralidade do trabalho morto e do trabalho vivo, ou seja, da forma como os elementos já dados exercem influência no momento da criação. Há processos em que a centralidade do trabalho morto pode ser maior, como no caso das indústrias metalúrgicas e outros em que se pressupõe maior centralidade do trabalho vivo, como os processos de trabalho da educação e da saúde. O que se constata é que esta polaridade trabalho morto x trabalho vivo sempre vá existir, independente do setor produtivo. Neste sentido, observamos através do que propõe este autor que há um coeficiente entre protagonismo/liberdade e protagonismo/reprodução no mundo produtivo. Compreendemos, inclusive, que o modo de operar baseado na racionalidade científica buscava garantir a plena captura do trabalho vivo na linha de produção, colocando-o a serviço da lógica do capital (MERHY, 1997a).

Temos, até então, considerado o processo de trabalho como a atividade que utiliza um determinado instrumental e saber para intervir e operar transformações que atendam necessidades. O trabalho em saúde segue esta lógica produtiva: em serviços de saúde, compreendemos que trabalhadores se envolvem para produzir produtos capazes de intervir em questões de saúde para atender as necessidades apresentadas pelos usuários (MERHY, 2004).

No entanto, o trabalho em saúde possui especificidades que lhe dão um caráter distinto dos demais campos de produção. A imprevisibilidade inerente ao campo da saúde torna a prescrição de tarefas padronizadas muito difícil e permite a possibilidade de inúmeras formas de intervenção do trabalhador sobre a questão apresentada pelo usuário, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações jamais se repetem. O que caracteriza este campo de produção é o fato dele envolver algo complexo e com valor inestimável: a vida humana e o cuidado com a mesma. O trabalho humano é insubstituível neste contexto, absolutamente dependente da relação entre sujeitos. Assim, além de ser coletivo, já que o trabalhador isolado não consegue realizar as ações de saúde, a produção se materializa no espaço da interseção partilhada entre o usuário e o trabalhador. Deste modo, a produção em saúde ocorre *no encontro* entre pessoas. O encontro é a principal matéria prima

deste processo, tratando-se do espaço de interação mútua entre sujeitos que atuam entre si para produzir cuidado (MERHY, 2002).

Quando o trabalhador se relaciona com o usuário há a possibilidade de construções que podem ter impactos positivos em ambos. Isto vai depender da forma como os corpos são afetados e de como o encontro entre ambos se realiza. Com base na filosofia de Espinosa (apud DELEUZE, 2002) entendemos que nos encontros os corpos se afetam. Dependendo do modo como estes encontros se estabelecem, *bons* e *maus*, e dos sentimentos experienciados, alegria e tristeza, há variações da potência de agir dos corpos, potência esta que pode ser dirigida para ter impactos positivos nos modos como os sujeitos conduzem suas vidas. Deste modo, o bom encontro entre o trabalhador e usuário é capaz de produzir o que Franco e Merhy (2005) denominam como “cuidado cuidador”. Tais cuidados atuam de forma a promover a defesa da vida, controlar os riscos de adoecimento e os agravos dos problemas de saúde (MERHY,1999), agindo em favor das singularidades e autonomia dos envolvidos nas suas relações e nas formas de estar no mundo. O bom encontro atua em favor da potência dos corpos, produzindo paixões alegres. O mau encontro, por outro lado envolve as paixões tristes que decompõe a potência de agir dos corpos (DELEUZE, 2002) e produz “cuidado não-cuidador”. Ocorre, por exemplo, quando as ações são desenvolvidas sumária e burocraticamente, quando não se reconhece o usuário como sujeito ativo nas ações de saúde. Sujeito que porta saber sobre suas questões que deve ser levado em consideração nas decisões e nos encaminhamentos tomados no processo de trabalho. Ou ainda quando as ações são desenvolvidas de forma a anular, silenciar, alguns dos envolvidos no processo.

O momento do encontro do trabalhador com o usuário é primordialmente trabalho vivo em ato no qual o trabalhador organiza ferramentas para raciocinar clinicamente e decidir sobre os encaminhamentos a serem dados com relação ao que traz o usuário como queixa. Este momento só é possível na interação e por isso marcado por tecnologias relacionais do qual o cuidado pode se materializar. Neste sentido, entendemos que o trabalho em saúde expressa tecnologias especiais. A partir dos trabalhos de Gonçalves (1994), um dos primeiros a refletir sobre tecnologias no campo da saúde, e que definiu a existência de tecnologias materiais e não materiais,

passamos a entender tecnologias não apenas como aquela consubstanciada na maquinaria eletrônica, mas também aquela que se manifesta no saber-fazer do trabalhador. Seguindo e ampliando esta conceituação teórica, Merhy (2002) classificou as tecnologias em saúde em três categorias: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves, compondo um amálgama da produção em saúde.

As *tecnologias duras* correspondem às ferramentas e maquinarias empregadas para examinar o usuário, como aparelhos de raios-x, e qualquer outro instrumento em geral protocolizado tais como entrevistas e testes de avaliação. As *tecnologias leve-duras* constituem-se de saberes específicos de cada campo profissional. Médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e outros, mobilizam conhecimentos distintos de acordo com sua formação no momento que atuam. Dessa forma, a tecnologia leve-dura é leve na medida em que é um saber adquirido, inscrito no modo de pensar os casos de saúde, como também porta características duras, por ser um saber-fazer estruturado e organizado (MERHY, 1998).

Considerando que as ações do trabalhador de saúde desenvolvam-se no momento em que este entra em contato com o usuário, nomeamos um terceiro tipo de tecnologias, manifestadas única e exclusivamente no espaço relacional: as *tecnologias leves*. Este instrumental é empregado no momento em que o trabalhador se relaciona com o usuário, indicando falas, escutas e interpretações, acolhimentos, cumplicidades, responsabilizações, confiabilidades, esperanças, vínculos, etc.

Assim, percebemos a especificidade no trabalho do profissional de saúde. É esta leveza, este espaço relacional que distingue o trabalho no campo dos serviços, como o da saúde, de outros tipos de produção. Este espaço relacional demonstra a complexidade do processo que estamos lidando e dá ao trabalho em saúde e ao trabalhador a possibilidade de um agir cuidador para atender ao usuário.

Entendemos que o cotidiano de trabalho em saúde é composto por encontros subjetivos e de embates de interesses e necessidades. Processos de trabalho em qualquer área geram produtos que assumem valores de acordo com a sua importância no contexto social (MARX, 2004). O *valor de uso* expressa a utilidade do produto e sua capacidade potencial para atender a necessidade social e o *valor de*

troca possibilita sua circulação como mercadoria. Importante ressaltar que os processos de trabalho possuem potencialidades não só para atender as necessidades dos consumidores, mas também dos produtores, pois ele possibilita sua sobrevivência e a realização pessoal. Sobre este assunto, Campos (2007a) considera que evitar a morte, aliviar sofrimento e obter reabilitação, por exemplo, são desejos e interesses de usuários que procuram os serviços, mas para os trabalhadores de saúde, estas são necessidades sociais que devem ser atendidas para que se justifique sua função como trabalhadores deste setor.

Compreendendo que a saúde é um campo produtivo que sofre as mesmas influências dos outros setores, cabe refletir de que forma trabalho morto captura o trabalho vivo dentro do contexto da saúde e como isto está influenciando no perfil da assistência. Torna-se possível a análise dessa captura por meio do que chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que corresponde à razão entre o Trabalho Vivo e o Trabalho Morto (FRANCO, 2003).

$$CTT = \frac{TM}{TV}$$

A CTT, entretanto, não é quantificável, mas é considerada um analisador dos processos de trabalho em saúde (FRANCO, 2003), revelando o quanto o trabalho morto está capturando o trabalho vivo. Quanto maior for a CTT maior será o grau de captura, levando a um trabalho mais centrado nos instrumentos, ferramentas, normas e protocolos.

No campo da saúde, uma maior centralidade do trabalho vivo indica maior potencial de liberdade e de autonomia do trabalhador, podendo ser empregado em prol de maior cuidado com o usuário. Um trabalhador de saúde tem à sua disposição ferramentas e equipamentos que lhe apóiam no diagnóstico e seu trabalho é executado com base nos saberes específicos de sua profissão. Ele pode utilizar o estetoscópio, equipamentos de ressonância magnética, bisturi etc., ferramentas empregadas durante o seu agir. Também dispõe de conhecimentos para interpretar os dados obtidos e propor alguma ação terapêutica. Seu trabalho também deve ocorrer com base em procedimentos, códigos (como o de ética) protocolos e regras

definidas anteriormente. Neste sentido, podemos imaginar situações nas quais os processos de trabalho são centrados no trabalho morto ou no trabalho vivo. Por exemplo, o profissional de saúde utilizará exames e medicamentos, baseando-se quase que exclusivamente no instrumental, nas prescrições, nos protocolos previamente definidos, ou pode estabelecer um trabalho mais relacional e acolhedor com o usuário, também empregando os exames e medicamentos, que são necessários, mas atuando com maior grau de autonomia, interagindo com o usuário.

Mesmo naquelas situações em saúde que poderíamos considerar a predominância do trabalho vivo, verificamos que pode ocorrer um trabalho morto centrado. Por exemplo, ações ditas de promoção à saúde, conduzidas rigidamente com base em protocolos normatizados e empenhadas em transmitir informações por meio da educação em saúde, sem considerar as relações subjetivas e o contexto sócio-cultural do usuário, são trabalho morto centradas (FRANCO, 2003; IGLESIAS, 2009). Também avaliamos que situações em que se age de modo dado, unicamente centrado em prescrições, sem se questionar a potência e os efeitos das ações adotadas configuram trabalho morto centrado (MERHY; PINTO, 2007).

Entendemos que o capitalismo e as mutações que o mesmo opera transformaram as relações de trabalho e acarretaram num certo modo de produzir que se tornou dominante, modo este que também atingiu a produção da saúde. Neste sentido, os efeitos das modulações do capital engendraram modo de atuar em saúde que a considera majoritariamente no seu valor de troca, isto é no seu potencial lucrativo de mercadoria, e tornaram o sistema como “produtor de procedimentos”, valorizando o saber médico especializado e o uso de insumos como medicamentos e equipamentos de diagnóstico de ponta (FRANCO, 2003).

Para autores como Franco (2003) e Merhy (2002), a mudança deste paradigma “produtor de procedimento” para o “produtor de cuidado”, requer uma avaliação do modo como produzimos saúde. Para eles e pelas análises da micropolítica do trabalho em saúde as mudanças na assistência só ocorrerão a partir da *transição tecnológica* (MERHY, 2002) do setor, que significa um novo modo, guiado por uma correlação favorável entre o trabalho vivo e o trabalho morto.

Também é preciso que se pondere o uso relacional do trabalho vivo pautado pela ética e com base nas necessidades dos usuários (MERHY; FRANCO, acesso em 21 de novembro de 2009). O trabalho vivo corresponde ao momento da ação, mas um alerta que se faz é que é necessário questionar a postura ética do trabalhador e o que ele produz, a fim de considerar se o processo de trabalho está voltado para o cuidado com o usuário. É preciso o questionamento a respeito das ações em saúde, se elas permitem a participação do usuário na negociação e quais efeitos produzem os procedimentos adotados. Deste modo, Merhy e Pinto (2007) apontam a importância de se perceber que o trabalho vivo não porta consigo nenhuma valoração positiva sobre o ato de produzir o cuidar. Neste sentido, o trabalho vivo poder ser utilizado tanto para produzir “cuidados cuidadores”, ou seja, práticas advindas de bons encontros e a favor da vida, que estabeleçam relações positivas entre os sujeitos de forma a potencializar a autonomia para que os mesmos se empenhem em prol de formas criativas de existência e assumam o protagonismo de suas vidas, como também pode ser empregado para produzir “cuidados descuidadores”, por exemplo, subserviência, dominação do outro, escutas surdas, desumanas, práticas endurecidas, excludentes, sujeitos passivos e anestesiados.

O que queremos afirmar é que o trabalho vivo porta um poder instituinte capaz de abrir movimentos inventivos e expansivos, como também pode manter o instituído, a lógica dominante. Nossa compreensão sobre as potencialidades do trabalho nos aproxima dos questionamentos de Merhy (2002, p. 15) sobre sermos protagonistas e vítimas neste contexto produtivo.

...somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situação dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos.

Ao abordar o trabalho, consideramos que somos sujeitos e também vítimas neste processo. Embora possamos estar formatados, cristalizados e emperrados por situações já dadas, somos capazes de em nossas relações constituir outros modos de existência. É neste sentido que este estudo está se propondo a avaliar o cotidiano em saúde. Avaliar como o trabalhador de saúde tem sido vítima e protagonista frente ao que lhe é imposto. Analisar como, mesmo imerso em

questões econômicas, subjetivas, políticas, regras institucionais, normas e protocolos, o trabalhador em saúde é capaz de produzir outros sentidos e novos significados, atuando subversivamente em prol do cuidado com o usuário. Isto porque consideramos que a produção em saúde é especial. Mesmo que a saúde possa ser tratada como uma mercadoria e seu contexto produtivo seja atravessado pela lógica neoliberal nefasta que se faz presente, para nós ela é um bem primordial e merece ser defendido.

Deste modo, entendemos que a partir da análise dos processos de trabalho desenvolvidos nos serviços de saúde é possível encontrar respostas para alguns questionamentos a respeito das produções em saúde (FRANCO, 2003), principalmente no que se refere à efetividade das políticas públicas, em especial a de saúde, atualmente institucionalizada no SUS.

3. O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO POLÍTICA DO SUS

Existem várias definições possíveis de política pública. Neste estudo, nos baseamos na idéia de que se trata de um conjunto de disposições medidas e procedimentos que orientam o Estado e regulam as atividades do governo no que é de interesse público (BOBBIO; MATEUCCI; PASQUINO, apud VIANA; BAPTISTA, 2008). Neste sentido, trata-se de um pacto social, obtido por meio de negociações e que envolve atores, recursos e embates de idéias. Fleury e Ouverney (2008) tratam da saúde como uma política social e um dos direitos inerentes à condição de cidadania. Tais autores definem política social como ações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver as responsabilidades públicas sobre o bem-estar e a proteção social.

No Brasil, desde o ano de 1988 com a promulgação da mais recente constituição brasileira, a saúde foi instituída como direito do cidadão, afirmando-se como política que pretende a garantia do acesso universal, integral e equânime. Neste sentido, as ações em saúde no Brasil passaram a ser coordenadas e integradas ao SUS, compondo, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, o tripé da seguridade social do Brasil (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O SUS tem sob sua responsabilidade um conjunto complexo de serviços e ações que abrangem: a vigilância em saúde (que inclui a vigilância ambiental, a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a vigilância nutricional); a assistência integral, desde as ações básicas à atenção especializada ambulatorial e hospitalar; o apoio diagnóstico e de terapia na assistência à saúde; a formulação de uma política de sangue e hemoderivados, coordenando também a rede de hemocentros; a regulação da prestação de serviços privados de assistência à saúde; a regulação da formação dos profissionais de saúde; a definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia para o setor saúde e a promoção da saúde em articulação intersetorial com outras áreas governamentais (VASCONCELOS; PACHE, 2006).

Este conjunto visa à promoção da saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação. Tais ações são prestadas por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da qual participam, em caráter complementar, os serviços

privados. Também se incluem no SUS instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos (BRASIL, 1990a).

O SUS tem como fundamentos o texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), das constituições estaduais e das leis orgânicas dos municípios. Foi legalmente regulamentado pela Lei nº. 8080 de 1990 (BRASIL, 1990a), que também estabelece as diretrizes gerenciais de descentralização e detalha as competências de cada esfera do governo, enfatizando a municipalização dos serviços, a gestão financeira e a contratação dos serviços privados em caráter complementar. Pouco depois, foi sancionada a Lei nº. 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b) que regulamenta a participação dos usuários e o controle social do sistema, instituindo as conferências e os conselhos de saúde, organizando também a questão do financiamento.

As bases legais do SUS definem que as ações em saúde devem ser orientadas em princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e diretrizes organizativas (descentralização, regionalização e hierarquização).

Os princípios doutrinários definem que trabalhar sobre a égide da *Universalidade* significa que todo cidadão tem direito à saúde. O SUS deve atender a todos, independente se tenha vínculos previdenciários. *Integralidade* pressupõe que todas as dimensões do processo saúde e doença sejam consideradas, além de que seja garantido o acesso a ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, em todos os níveis de complexidade do sistema. Os sujeitos não mais seriam vistos de maneira recortada, considerando-se sua integralidade. O princípio de *Equidade* é baseado na lógica da discriminação positiva, que visa à prioridade de serviços aos segmentos com maior vulnerabilidade.

As diretrizes organizativas buscam a racionalidade do sistema. *Descentralização* define as responsabilidades de cada esfera do governo – municipal, estadual e federal; pressupõe também que a base do sistema é municipal, no qual o município é responsável pela prestação da maior parte dos serviços, primordialmente de Atenção Básica (AB). Denota a possibilidade de ações de acordo com as características e necessidades locais, ligando-se assim ao princípio de *Regionalização*. *Hierarquização* implica a oferta de serviço classificados em níveis

de atenção (básica, média e alta complexidade), assim como a organização de fluxos assistenciais entre estes níveis de atenção.

A *Participação da comunidade* ou *controle social* é outro princípio do SUS, regulado pela lei nº. 8142 (BRASIL, 1990b) que estabelece que os usuários devam participar das decisões a respeito da gestão do SUS e da formulação e controle da execução da política de saúde por meio das conferências e conselhos de saúde.

O SUS é fruto de um processo social de lutas e conquistas de um sistema universal e público que possibilitou a assistência a milhões de cidadãos antes excluídos. Até a institucionalização do SUS em 1988, a assistência à saúde era restrita. Sabe-se que constituições anteriores, como a de 1891, já traziam a responsabilidade do Estado nas ações de saúde, saneamento e educação (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Porém, no que se refere à oferta de serviços de assistência médica, apenas uma pequena parcela da população era beneficiada. Desde a criação da Lei Elói Chaves de 1923, que estabeleceu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), além das pessoas com alto poder aquisitivo que podiam arcar com a medicina privada, somente as classes assalariadas, cobertas pela Previdência Social eram assistidas por serviços médicos. O sistema de saúde, deste modo, era baseado nas contribuições da previdência, além de que reconhecidamente dividido. De um lado as ações públicas de saneamento e prevenção, fundamentadas, sobretudo, nas campanhas. E de outro a assistência médica individual.

Assim, o SUS é considerado um marco importante da história das políticas brasileiras, configurando-se como um novo paradigma construído por meio de embates filosóficos em torno das concepções de saúde e pressões de movimentos sociais que visavam o fim das desigualdades no acesso à saúde (BRASIL, 2006b).

Sobre a participação dos movimentos sociais, Arretche (2005) considera que o desenho do SUS não coincide com nenhum grupo ou corrente de pensamento em particular, mas relata que o movimento sanitário, teve um papel importante.

O movimento da reforma sanitária articula-se a partir da década de 1970, no país em meio à ditadura do regime militar. Instaurado em 1964 após um golpe, o regime

militar exacerba relações assimétricas dentro da sociedade, sustentando-se sob mecanismos repressivos, que embora marcado pela dureza com que tratava seus opositores, não conseguiu silenciar movimentos contestatórios. Tais movimentos resistiam à exclusão social, reclamando por bens e serviços (BRASIL, 2006b). Dentre eles, incluem-se as reivindicações pela saúde, do qual o movimento de reforma sanitária foi importante ator.

Formado inicialmente por médicos e intelectuais, o movimento de reforma sanitária parte dos espaços acadêmicos criticando o biologicismo, a prática médica e as relações entre saúde e sociedade. Gradativamente ele se espalha pela sociedade e política, atuando de forma a construir saberes, transformar consciências e a sociedade (AROUCA, apud BRASIL, 2006b).

O movimento de reforma sanitária também criticava as ações centralizadas do governo federal, a maciça privatização na área de assistência médico-hospitalar, promovida pelas políticas do Estado, e a separação histórica entre a saúde pública e a assistência médica previdenciária. Embora desde a era Vargas possam ser reconhecidos sinais de expansão da rede privada, é inegável que durante o período militar houve um aumento desta expansão, facilitada com a construção e reforma de clínicas e hospitais com o dinheiro público oriundo da Previdência Social. Além disso, expandem-se de modo importante às faculdades de medicina, que em sua maioria não abordavam nos currículos acadêmicos a realidade sanitária brasileira e voltavam-se para a especialização e sofisticação tecnológica, influenciadas pelo desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Este modo de pensar reflete as fortes marcas das propostas flexnerianas que vigoraram desde o início do século XX nos Estados Unidos, e estenderam-se, principalmente após a Segunda Guerra, aos países periféricos como o Brasil (ALEIXO, 2002). Esta lógica influenciou as políticas públicas e os modelos assistenciais, fundamentando o foco nos investimentos em grandes hospitais com equipamentos de alto custo e a produção de procedimentos de caráter curativos. Entretanto, o que se percebe é que esta lógica se revelou cara e de baixa resolutividade, sobretudo ao se considerar a inexistência de atenção aos grandes

grupos populacionais e a situação caótica com que se encontrava a saúde pública. Assim, começam a surgir no período estudos e pesquisas que demonstravam os efeitos negativos do modelo adotado no que se refere à qualidade da saúde prestada, refletindo também sobre o caráter irracional e perdulário do sistema de saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Estas constatações, somadas às denúncias de corrupção, de superfaturamento e de desvio de verbas públicas refletem o desgaste do modelo político e do regime militar, além de incentivar a luta por direitos civis e sociais, sobretudo no que se refere à democratização da saúde.

Ressalta-se que este movimento aqui no Brasil ocorre em concomitância com críticas internacionais ao modelo privatista, individual e hospitalocêntrico. Desde o fim da década de 1960, desenvolveram-se questionamentos à medicalização das práticas e a elitização da assistência médica, inacessível a grande maioria da população. Tal discussão culmina em 1978 com a realização da Conferência Internacional de Alma-Ata que afirmou o direito fundamental à saúde.

Importante também considerar a emergência de uma nova visão com relação ao processo saúde-doença, pois os estudos passam a focar não somente o indivíduo, mas principalmente a coletividade. Além disso, a ciência se revela como instrumento de luta política, adotando a realidade sanitária como objeto de estudo e intervenção (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

É interessante considerar que em certo momento (Governo Geisel) e frente à própria necessidade de estruturar a capacidade gerencial e a estrutura técnica para maior eficácia no uso dos recursos públicos, o regime militar abriu brechas para a entrada de lideranças do pensamento reformista em seus espaços institucionais. Esta brecha, devido à necessidade de projetos sociais, possibilitou que o movimento sanitário apresentasse suas propostas que visavam à melhoria e a democratização do atendimento a saúde da população (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; BRASIL, 2006b).

Paulatinamente, constituindo-se como força política, o movimento sanitário exerceu forte pressão ao regime autoritário, ocupando espaços dentro do próprio governo e viabilizando a articulação de suas propostas através da criação de organizações como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública (ABRASCO). Inserindo-se governamentalmente, o movimento sanitário pôde colocar em funcionamento programas direcionados para a população excluída, fundamentados em ações básicas de saúde. Assim, começam a surgir propostas de reformulação da política de saúde, iniciando experiências e projetos de saúde imbuídos de princípios como os de universalização, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular, servindo posteriormente de norte para as propostas do SUS. Neste sentido, temos como exemplo o Projeto Montes Claros (MOC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que também inseriram a participação de pessoal de nível auxiliar originado das comunidades beneficiadas que visavam a diminuição de custos e a construção de “pontes” entre as populações e as unidades de saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Nos anos 1980, o movimento se fez cada vez mais presente na cena política, incentivando o apelo por um novo sistema, democrático, universal, descentralizado e público. O ápice deste momento pode ser considerado o ano de 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), espaço que indicou a criação do SUS, balizado pelas propostas do movimento de reforma sanitária. Importa considerar que a 8ª CNS marca também a primeira convocação da sociedade civil para o debate da política de saúde, com grande participação e representatividade. Suas proposições são dirigidas ao poder legislativo, que havia iniciado o processo constituinte. Deste modo, a nova constituição brasileira institucionaliza as propostas reformistas, incluindo as deliberações dos participantes da 8ª CNS. Numa arena de disputas entre interesses distintos, o texto final traz em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado...

...garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além disso, no capítulo saúde, está descrito que as ações e serviços públicos integram uma rede constituída por um sistema único funcionando de forma descentralizada, hierarquizada, com atendimento integral e participação popular.

O final dos anos 1980 e início dos anos 1990 marca a consolidação constitucional de direitos sociais, efeitos dos movimentos reformistas, dentre eles o da saúde. Como considerado, a construção do SUS não ocorreu de forma tranqüila, pois todo o processo de reforma sanitária se deu na contramão das políticas de saúde implementadas até então, embora tenha o pensamento reformista encontrado brechas para se inserir no sistema de governo. Além disso, os primeiros anos do SUS, com suas propostas de bem estar social da qual o Estado deveria garantir os direitos sociais da população, tiveram que enfrentar a orientação neoliberal do governo, estimulada pelos mecanismos internacionais de financiamento aos países em desenvolvimento para conter a crise que se abateu por volta dos anos 1970. Esta orientação neoliberal, incentivada pelas modificações estruturais da economia mundial, provocaram efeitos importantes que consideraremos a seguir.

4. O NEOLIBERALISMO E SEUS EFEITOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

Consideramos com o neoliberalismo uma reordenação do Estado no que se refere aos ajustes fiscais e ao desmonte de políticas públicas de garantia de direitos. Apoiado nesta ótica abre-se caminho para uma reforma de Estado, na qual articulam-se medidas legislativas e mudanças na regulação e nas ações governamentais. O Estado muda sua relação com a sociedade, transferindo o patrimônio público para o mercado (BRASIL, 2006b).

Intervindo no campo das políticas, o neoliberalismo surge em resposta à crise global. Abertura comercial, privatização e estabilização econômica são os três pilares desta modalidade de intervenção (BOSCH; LIMA, apud ESPINDULA, 2008). Neste sentido, há um movimento em favor do comércio, com ações fiscais, linhas de crédito e liberação de preços. Além disso, o neoliberalismo destaca-se pela sucessiva redução do Estado quanto às políticas sociais, apresentando propostas de privatizações e cortes nos gastos públicos, aspectos contrastantes dos propostos pelos ideários do SUS e da reforma sanitária. Colocam-se então, dificuldades para a efetivação da política de saúde, sobretudo no que tange a questão financiamento.

Embora mais reconhecidamente apontemos questões econômicas, há esforços do pensamento neoliberal de atingir todos os setores, incluindo a produção subjetiva que o sustente. Isso porque ideologicamente é dada maior importância ao indivíduo e a sua livre escolha de bens e serviços a serem consumidos.

Desta forma, a igualdade e a solidariedade social cedem lugar à diferenciação e ao individualismo, visto como responsabilidade individual da escolha na alocação dos recursos pessoais. Estes são os alicerces da nova sociedade proposta, na qual somente os incapazes de sobreviver à concorrência no mercado, isto é, aos pobres (como nas antigas Poor Laws inglesas), devem ser dirigidas ações de natureza assistencial por parte do Estado (UGÁ; MARQUES, 2005, p.198).

Sob esta ótica, os cidadãos não são reconhecidos como sujeitos de direito, mas como consumidores e como tal devem pagar pelos serviços que desejam e necessitam. O ideário neoliberal afirma que os bens e serviços como saúde, educação e seguridade social seriam responsabilidades dos indivíduos. A oferta de

tais serviços seria regulada pelo livre mercado, devendo o Estado limitar-se a atuar somente frente a carências extremas.

Cabe refletir que os organismos internacionais de financiamento, como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), incorporando as concepções neoliberais, incentivam ajustes fiscais e reformas em grande parte da América Latina. Tais organismos difundiram propostas que vão de encontro ao que propõe movimento sanitário a respeito das ações em saúde. Em geral, percebe-se o incentivo para que os Estados assumam somente o que denominam “cesta básica de serviços”, ou seja a focalização das políticas sociais para os mais necessitados.

A denominação “cesta básica” de serviços de saúde aponta que os países devam definir pacotes restritos de medidas de saúde pública e de intervenções essenciais. Neste sentido, os governos deveriam oferecer à população somente os serviços considerados essenciais, como ações de imunizações, vigilância à saúde, prevenção de doenças infecto contagiosas e DST/AIDS e programas nutricionais. As ações de média e alta complexidade ficariam a cargo do setor privado.

Assim, compreendemos que o direito à saúde encara grande ameaça com as reformas baseadas no movimento neoliberal. Sobre esta perspectiva, a responsabilidade do ônus do Estado é jogada sobre as políticas sociais, dentre elas a saúde (BRASIL, 2006b). Não há como deixar de considerar que dentro deste contexto marcado pelo individualismo, consumismo e competitividade, na qual cada um deva arcar consigo, o pensamento de que o SUS seja uma política voltada para pobres e incapazes ainda permeie o imaginário dos sujeitos, despotencializando grande parte das conquistas estabelecidas pelo processo de reforma. Tal ideário pode facilmente levar a práticas de desqualificação e desumanização na relação do usuário, sobre as quais necessitam de grandes esforços de combate, principalmente considerando os aspectos éticos do exercício do trabalho no SUS.

As influências do neoliberalismo são também constatadas em pesquisas sobre o uso das terminologias Atenção Primária a Saúde e Atenção Básica. Atenção Primária (AP), Atenção Primária a Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), constituem o primeiro nível de atenção da rede assistencial de saúde. O termo AP é de uso

internacional, mas a expressão AB foi cunhada no Brasil. O Ministério da Saúde (MS) passou a empregá-la em seus textos oficiais para designar as ações do primeiro nível de assistência. No entanto, a discussão sobre o uso dessas terminologias tem sido pertinente e acalorada. Básico tanto pode ser entendido como fundamental e de grande importância como portar o caráter de simplicidade e ser passível de banalização. Há ainda interpretações de primário como primeiro e principal, como também as interpretações de primário como elementar, primitivo ou rudimentar (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Assim, embora comumente sejam descritos como sinônimos, estudos revelam que é necessária cautela a respeito da utilização destes termos. Por exemplo, Gil (2006) analisa por meio de um levantamento bibliográfico em artigos e documentos do governo que o termo AB foi sendo gradativamente utilizado com maior preferência conforme se desenvolveram os mecanismos financeiros e operacionais do SUS. Em sua análise, esta autora identifica resquícios racionalizadores, defendidos pelas agências financiadoras que priorizam a diminuição dos recursos em saúde, em detrimento necessidades de saúde das populações.

Em uma pesquisa mais recente, Melo (2009) avalia que a emergência do termo AB se deu durante o governo Fernando Henrique Cardoso, reconhecidamente neoliberal e marcado pelas reformas de estado orientadas pelos organismos de financiamento. Para a autora, trata-se de uma coincidência que deve ser levada a questionamento principalmente considerando que as concepções teóricas, ideológicas e políticas orientam as práticas no cotidiano do trabalho em saúde.

Giovanella e Mendonça (2008) também refletem as diversas concepções sobre APS. Afirmando que nos anos anteriores ao SUS a APS foi referência para o desenvolvimento de serviços orientados pela reforma sanitária, mas que após a implementação do SUS e do desenvolvimento de mecanismos financeiros e operacionais para que os municípios desenvolvessem seus sistemas de saúde, o termo AB passou a ser utilizado. Concluem que a preferência pelo termo AB surge num contexto de difusão das propostas de ajuste fiscal do FMI e o BM, enfatizando os programas seletivos e focalizados.

A pesquisa de Melo (2009) analisou vários documentos oficiais e artigos científicos, buscando perceber os discursos do MS sobre AP e AB. Constatou que se trata de um discurso ambíguo e contraditório, que ora enfatiza os princípios doutrinários do SUS e do ideário proposto por Alma-Ata de uma AP abrangente (saúde para todos), ora reflete uma perspectiva mercadológica, influenciada pelo pensamento neoliberal e pela perspectiva de “cesta básica” ditada pelo BM.

Há autores como Mendes (2005) que defendem que no Brasil a substituição do termo AP por AB colabora para reforçar o processo reducionista que associa a AP com programas voltados para os pobres com baixa qualidade técnica, e pautados pela redução de gastos. Os questionamentos prosseguem e o levantamento bibliográfico de Mello, Fontabella e Demarzo (2009) apontam que o debate em torno das concepções ideológicas imersas na AP já é antigo e ocorre internacionalmente.

Giovanella e Mendonça (2008), também apontam as várias interpretações da expressão APS, considerando que internacionalmente ela pode ser:

- 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restritiva de serviços;
- 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não o amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
- 3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde. (p, 576).

As mesmas autoras compreendem, porém, que apesar de os primeiros anos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF serem marcados por um caráter de seletividade, dado a implantação destes em áreas de grande risco e prioridade a grupos vulneráveis, houve uma ampliação do enfoque seletivo para o abrangente, transformando o PSF de programa para estratégia de reorientação.

Também reconhecemos os efeitos do ideário neoliberal no que se refere ao mundo do trabalho. Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) consideram que entre as décadas de 1980 e 1990 o mundo do trabalho passou por reorganização em sua estrutura, com conseqüências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados. Houve alterações nos processos produtivos, nos vínculos contratuais e

nas formas de remuneração dos trabalhadores, afetando direitos trabalhistas conquistados. Observam-se mudanças voltadas para a desregulamentação e a flexibilização do processo de trabalho, gerando precarização.

Trabalho precário refere-se à desproteção social; situações em que o trabalhador não tem direitos e benefícios assegurados pelas legislações trabalhistas, como licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria e outros. Araújo et al. (2006) inclui elementos como baixos vencimentos e inadequadas condições de trabalho na delimitação do que seja trabalho precário. Também podem ser considerados trabalhos precários aqueles com tempo determinado, e a precariedade neste caso refere-se também ao sentimento de instabilidade que causa ao trabalhador (NOGUEIRA, BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Estas alterações atingiram também os setores públicos e os serviços de saúde numa maré de ações para enxugar os gastos e propiciar maior eficiência. Além das formas de precarização do trabalho citadas acima, dentro do serviço público, trabalho precário implica também aqueles caracterizados pela ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público. Portanto, contratação por meio de terceirização em serviços públicos é considerada precária. Nogueira (2006) aponta ainda que além de precários, estes vínculos de trabalho no SUS admitidos sem concurso público ou seleção são irregulares, avaliando-os sob o ponto de vista jurídico. Ressalta que por não obedecerem às normas de ingresso público estes vínculos são considerados nulos e por isso não asseguram a continuidade nem o ressarcimento de benefícios aos trabalhadores. Cita até casos em que trabalhadores reivindicaram direitos, mas devido à nulidade de seus vínculos trabalhistas não puderam ser atendidos nos tribunais de trabalho. Para ele, o que está em jogo é uma situação de legalidade dos vínculos.

No Brasil a reforma estrutural pautada nos princípios neoliberais ocorre a partir do governo Fernando Collor de Melo. Neste período o pressuposto de que os serviços públicos padeciam de excesso de funcionários convivendo com uma elite que desfrutava de salários abusivos marca o início de um processo de planos de demissão de pessoal e medidas de diminuição do tamanho da máquina estatal. Este processo leva a um contexto desfavorável para a força de trabalho e o cumprimento

dos princípios do SUS (NOGUEIRA, 2006). As medidas seguem durante o governo de Itamar Franco, e no comando do presidente Fernando Henrique Cardoso atingem seu ápice, culminando com uma política de contenção de gastos e uma legislação disciplinadora em torno dos gastos com pessoal. Uma das preocupações do governo foi diminuir o número de servidores públicos em regime estatutário. Importante dizer que este movimento ocasionou a precarização dos vínculos, efeito de um processo que destaca as terceirizações nos serviços públicos por prestadores de serviço ou pela contratação de pessoal por tempo determinado. Neste sentido, destacamos transformação de entidades públicas em Organizações Sociais (OS) de direito privado, quebra da instabilidade do emprego dos servidores públicos e o fim do regime jurídico único de trabalho que acarretou em diversos tipos de vínculos de contratos de trabalho, seja por cooperativas, fundações privadas e organizações não governamentais (ONG) (ESPINDULA, 2008).

Machado et al. (2005) afirmam que desde os anos 1990 ocorreram mudanças no parque sanitário brasileiro, devido a grande expansão de empregos na saúde sob a responsabilidade dos municípios. O MS também aponta que desse período em diante houve uma reformulação do modelo de atenção; que a passa a assumir uma forma regionalizada de organização pautada na descentralização. Os municípios tornaram-se os maiores responsáveis pela contratação de trabalhadores do SUS, mas encontraram constrangimentos diante da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Sancionada em 2000 a LRF define que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 50% da receita dos estados e municípios e 60% no que se refere ao nível Federal (BRASIL, 2000). Tal legislação limita a autonomia do setor público para contratações de pessoal (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Muitos municípios frente a esta legislação e sem orientação a respeito de como proceder com as novas exigências ministeriais e dos programas a serem implementados, além de sofrer com instabilidades administrativas e orçamentárias, acabaram por ter que optar por formas de contratação via parcerias com ONGs, Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS), OS e cooperativas. Desde então, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho (BRASIL, acesso em 25 de outubro de 2009).

Araújo et al. (2006) relatam que a contratação de serviços pela administração pública é antiga. Citam que desde 1967 (com o Decreto-Lei nº. 200) há uma legislação que permite a transferência de atividades auxiliares para a iniciativa privada, buscando-se maior operacionalidade do Estado. Também referem uma série de legislações que disciplina a terceirização de atividades. Estes autores apontam, no entanto, que o que ocorreu na década de 1990 foi um uso indiscriminado, e muitas das vezes em discordância legal, das contratações terceirizadas em decorrência da conjuntura econômica e política, que negligenciou a gestão de recursos humanos. Machado et al. (2005) denunciam que na década de 1990 houve uma adoção dos princípios neoliberais em detrimento dos da reforma sanitária no que tange a questão do trabalho em saúde. Houve uma inversão da lógica que toma os trabalhadores como peças chave para a consolidação do SUS, surgindo um grande problema para a reforma sanitária em um contexto que prioriza as privatizações por meio das terceirizações dos serviços e da flexibilização das relações. Considera-se a década de 1990 como perdida para os recursos humanos em saúde, cujo contexto é marcado pelo abandono das propostas de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS e pela desmobilização do movimento sindical (MACHADO et al., 2005).

Além disso, Machado et al. (2005) apontam efeitos deletérios ao SUS com a modalidade neoliberal de flexibilização adotada pelo governo a respeito dos trabalhadores de saúde. Um dos principais efeitos é a competição, o individualismo e o estabelecimento de ambientes pouco saudáveis. Neste sentido, apontamos que tal estado de coisas implica também em efeitos à assistência prestada aos usuários, sobretudo na continuidade das ações, na rotatividade dos trabalhadores e na manutenção do vínculo terapêutico.

Atualmente, o MS também entende que os preceitos neoliberais e a adoção de uma política de precarização das relações de trabalho mediante modalidades de vinculação atípicas implica na fragilização da capacidade de negociação e no comprometimento da qualidade dos serviços prestados à população. Este reconhecimento levou-o a se empenhar em movimentos de valorização do trabalhador como o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, cuja meta principal é a elaboração de políticas e formulação de diretrizes a serem

adotadas no processo de eliminação dos vínculos precários de trabalho na saúde (BRASIL, 2006c).

Outro ponto apontado por Machado et al. (2005) como mudança positiva nas políticas de recursos humanos, foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, para tratar especificamente da gestão dos recursos humanos na dimensão do trabalho e da educação na saúde.

Entretanto, apesar desta movimentação, há ainda um grande contingente de trabalhadores do SUS em situação precária, o que acarreta efeitos negativos no que se refere à assistência.

Iniciado em um contexto que poderíamos considerar desfavorável, e propondo modificações quanto à forma de entender a saúde de seu povo, o SUS continua enfrentando desafios e entraves. Apesar dos fatores que emperram e diminuem sua potência, tais como falta de recursos financeiros, má utilização dos mesmos, precarização de vínculos trabalhistas, e outros, o SUS mantém sua força pulsante e no momento presente os esforços parecem ser dirigidos para reorganizar sua rede assistencial. Neste sentido, grandes investimentos têm sido feitos em torno da expansão da APS e do PSF os quais trataremos a seguir.

5. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORGANIZADOR DA ASSISTÊNCIA

O PSF ganhou destaque na discussão a respeito da reorganização dos serviços de saúde, devendo o mesmo ser substitutivo às práticas convencionais de assistência. Neste sentido, observamos que o Governo Federal vem, ao longo dos anos, preconizando o PSF como estratégia prioritária para a orientação dos serviços de AP, incentivando, por meio de financiamento, que os municípios adotem a proposta.

O PSF tem inspirações cubanas, inglesas e canadenses de investimento na APS. O marco histórico da APS é a Conferência Internacional de Alma-Ata ocorrida em 1978 no Cazaquistão e organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Em Alma-Ata, a APS foi entendida como uma atenção essencial, fundamentada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, que deveria ser garantida a todas as pessoas e famílias.

Alma-Ata foi efeito de um processo que questionou as formas tradicionais de assistência, a especialização progressiva, o elitismo médico e propôs articulação de práticas populares e a democratização do conhecimento médico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Este processo critica o modelo flexneriano de atenção surgido no início do século XX, modelo que se baseia principalmente no mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, tecnificação do ato médico e ênfase na medicina curativa (MENDES, apud ALEIXO, 2002). Tal modelo orienta uma prática de fragmentação dos indivíduos devido ao especialismo que denota e desconsidera os determinantes sociais da saúde. Além disso, cabe analisar que ele serviu aos interesses dominantes capitalistas emergentes com a expansão industrial, pressupondo o controle sobre a força de trabalho, silenciando ameaças que se ligassem a gênese social das doenças e incentivando o desenvolvimento e fortalecimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos (ALEIXO, 2002).

Ressalta-se que as idéias flexnerianas mantêm-se praticamente hegemônicas até a atualidade. Elas indicam um pensamento de que serviços de saúde teriam maior

qualidade, quanto maior for à especialização do profissional médico e quanto maior for o uso de equipamentos de última geração no diagnóstico e tratamento. Tais noções expandiram-se rapidamente durante o século XX constituindo-se como a base de vários sistemas de saúde, inclusive aqui no Brasil. No entanto, apesar de sua hegemonia o modelo flexneriano entra em crise por volta dos anos 1970, criticados por sua ineficiência, ineficácia, exclusão social e alto custo.

Frente a estas críticas, foi realizada a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, com o tema Cuidados Primários em Saúde. Nesta conferência, a APS foi considerada a principal estratégia para se elevar os padrões de saúde da população mundial, recomendando-se que os países desenvolvessem serviços voltados para ações comunitárias e de baixo custo, relevantes para promover impactos sobre os problemas sociais (DALBELLO-ARAUJO, 2005).

Neste sentido, embora o Brasil tenha se colocado, em princípio, distante desta recomendação ao elaborar suas políticas de saúde, privilegiando um modelo privatista e hospitalocêntrico, as influências da APS atingiram o pensamento reformista e a construção do SUS. Deste modo, ideologicamente o SUS apresenta marcas das tendências originadas na década de 1970 no que tange a orientação dos serviços com base em ações de APS, sobretudo quando consideramos a ênfase na prevenção de doenças e na promoção à saúde, sem prejuízo para as ações assistenciais, descrita no texto constitucional.

Em 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) reconhecemos que o país adota a APS, descrita nos textos oficiais com a denominação de AB, como território estratégico de intervenção para a melhoria da qualidade da assistência prestada pelo SUS. Assim, é atribuído papel organizativo do sistema à AB, devendo a mesma operar como ponto de maior contato com o usuário. O objetivo do MS é que a AB se fortaleça cada vez mais e seja a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

Para o governo, a AB envolve ações que objetivam a resolução da maioria dos problemas de saúde da população. Trata-se de ações de caráter individual e coletivo referentes à promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A proposta é que ela seja orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

No intuito de reorganizar a rede de assistência a partir da AB, o PSF tem sido considerado grande trunfo. O PSF foi precedido pela criação do PACS no ano de 1991, que utilizou a bagagem de experiências das Agentes Pastorais da Igreja Católica, e nas visitadoras sanitárias da Fundação SESP. Somam-se a estas experiências, o Programa de Agentes de Saúde, ocorrido no estado do Ceará em 1987, de caráter emergencial para conter a mortalidade infantil no período de seca (LIMA; MOURA, 2005).

Cabe considerar que o PACS inseriu entre os trabalhadores de saúde um importante elemento: o agente comunitário de saúde (ACS). Os ACSs são considerados fundamentais nesta abordagem, tratando-se necessariamente de moradores selecionados na área de abrangência da unidade de saúde. Ao mesmo tempo trabalhador do serviço e membro da comunidade, pressupõem a familiaridade dos problemas locais, além de uma maior proximidade com os usuários, facilitando os objetivos do programa. Incluem entre as suas funções o mapeamento e o diagnóstico de um determinado número de famílias compreendidas em seu território de moradia, a integração entre os usuários e o serviço, além de atividades de orientação e informação de cuidados em saúde com vistas à prevenção de doenças e à promoção da saúde (BRASIL, 2001). O PACS tem em sua essência uma postura prevencionista (LIMA; MOURA, 2005), considerado inicialmente um meio de aproximar a comunidade aos serviços de saúde e facilitar o acesso às informações de cuidados básicos.

Implantado em 1994, o PSF incorpora e amplia a lógica de funcionamento do PACS em uma perspectiva que traz a família como foco, entendendo-a a partir do ambiente onde vive e incluindo desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças (VIEIRA et al., 2004). Pouco depois de sua criação, o PSF assume o papel de prioridade nas políticas do governo, sobretudo no que se refere aos objetivos de reorganizar as práticas assistências, substituindo o

modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e o hospital (BRASIL, apud FRANCO; MERHY, 2006).

O trabalho desenvolvido segue a noção de territorialização e adscrição de clientela. Deste modo, uma equipe de saúde, composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS é responsável por cadastrar e acompanhar uma determinada área e uma população de 600 a 1000 famílias (FRANCO; MERHY, 2006). Esta equipe tem suas funções normatizadas pelo MS, que orienta o trabalho de cada integrante (BRASIL, 2006a). A partir de 2001, esta equipe foi ampliada com a inserção do cirurgião dentista, do auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene dentária (VIEIRA et al., 2004). Cabe a esta equipe desenvolver visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos ambulatoriais visando prevenir agravos, por meio de atividades de vigilância à saúde. Também constitui seu dever tornar-se a referência para as famílias de seu território, conjugando ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, encaminhando, quando necessário os casos de maior complexidade (COSTA et al., 2009).

Com a adscrição de clientela, o PSF visa o fortalecimento do vínculo dos usuários com os trabalhadores de saúde, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade para atingir maior resolutividade da atenção (BRASIL, acesso em 05 de agosto de 2009).

O PSF tem sido valorizado pelo seu potencial de mudanças na lógica de se prestar assistência à saúde, atribuem-se a ele características inovadoras e reestruturadoras dos serviços de saúde, capazes de romper com visões fragmentadas ao pensar o usuário de forma mais ampla de acordo com seu ambiente de vida (COSTA et al., 2009). Neste sentido, ele é tido como “a estratégia” para substituir a forma de pensar o modelo assistencial, transformando práticas centralizadas no atendimento médico, medicamentoso, curativo e individual, em um modelo coletivo voltado para o atendimento multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade (COSTA et al., 2009).

Nacionalmente considera-se que o PSF atingiu bons frutos desde os primeiros anos de sua implantação, nos quais foram priorizadas as áreas de maior vulnerabilidade

social e houve a ampliação do acesso a usuários antes desassistidos. Dados do MS refletem a grande expansão do PSF no Brasil. No fim de 1998 o Brasil possuía cerca de 20% dos municípios cobertos por equipes de saúde da família, acompanhando dez milhões de usuários. Em 2008 contabilizamos 94% dos municípios brasileiros cobertos e mais de 93 milhões de pessoas acompanhadas por equipes de saúde da família (BRASIL, acesso em 20 de outubro de 2009).

Entretanto, o que se percebe, é que apesar da rápida expansão do PSF em quase todos os municípios do país, não houve alterações reais na forma como a assistência é prestada (RONZANI; SILVA, 2008). Ela ainda é medicamente centralizada e não conseguiu transpor as dificuldades de acesso na utilização de serviços, mostrando desigualdades persistentes. Ou seja, o modelo assistencial não foi alterado. Trata-se, portanto, de um desafio que após mais de uma década de implantação e expansão o PSF ainda não conseguiu solucionar.

A respeito de tais questões, concordamos com Giovanella e Mendonça (2008) de que há uma grande distância entre a letra de lei, ou a portaria que regula como as coisas devem ser, e de como estas realmente estão. Considerando todo este empenho e incentivo para a mudança das práticas em saúde, nosso estudo entende que não basta uma orientação ministerial a fim de que a assistência seja modificada. Assim, nos aproximamos das afirmações de Campos (2007b) ao relatar que nos últimos anos houve todo um empenho para a construção de uma base legal e administrativa para os serviços de saúde, mas uma negligência sobre a importância das pessoas que operariam estes serviços. Assim, em nossa perspectiva cabe avaliar o modo como a política escrita está sendo colocada em prática e refletir como se desenvolvem os processos de trabalho no cotidiano dos serviços.

Discussões acerca da reformulação da assistência à saúde, com vistas a ações cuidadoras e resolutivas, propõem análises que trazem como foco os processos de trabalho. Neste sentido, alguns autores envolvidos neste debate (MERHY, 2002; FRANCO, 2003; CAMPOS, 2007a) tomaram o trabalho em saúde como um ponto

chave e relatam a importância de se analisar os as dimensões macropolíticas e micropolíticas envolvidas na produção do cuidado. Deste modo, entendemos ser a saúde um mundo dinâmico, rico e disputado (FRANCO, 2003), atravessado por questões culturais, sociais, econômicas, políticas e subjetivas, que necessita de um olhar apurado que considere ambas as dimensões.

6. AS DIMENSÕES MACROPOLÍTICA E MICROPOLÍTICA DA REALIDADE: olhares para a análise

Nossa proposta toma o processo de trabalho em saúde e suas produções como objeto de estudo. Para tal, buscamos analisá-lo sob o viés institucionalista. A Análise Institucional é considerada uma abordagem que busca colocar em questionamento as instituições a partir das práticas e discursos dos sujeitos (L'ABBATE, 2003). Trata-se de uma abordagem de caráter híbrido, já que se constitui a partir de disciplinas e movimentos diversos que inclui origens francesas, argentinas e italianas, que ao atingir o solo brasileiro tomaram um tom absolutamente distinto e próprio. L'abbate (2003) reconhece a dificuldade em se estabelecer limites precisos entre as influências institucionalistas, havendo na produção brasileira, inclusive no seio da Saúde Coletiva, um intercâmbio de conceitos das várias nuances. Apesar desta característica polifônica, as referências institucionalistas mantêm em comum a preocupação em problematizar o que parece natural aos olhos da maioria, adotando uma postura questionadora e de estranhamento frente ao que se tornou comum, óbvio (RODRIGUES, 2007).

Nesse sentido, o Institucionalismo propõe um olhar crítico sobre a composição da complexa trama social e sobre modo como os sujeitos se relacionam com esta composição - já que ainda que atravessados e imersos na mesma, eles a constroem coletivamente e a colocam em funcionamento. *Instituições* são definidas como práticas que organizam a vida social, tais como regras, normas, costumes, tradições, incluindo também “...às constituições políticas, as leis, os aparelhos encarregados da execução e do controle dessas leis, bem como os preconceitos, às modas, às superstições etc.” (LOURAU, 2004, p.72). Além disso, elas incluem desejos, projetos de vida e modos de subjetivação e as organizações nas quais os sujeitos se inserem, como a fábrica, o hospital, a escola, os partidos, os sindicatos, os conselhos profissionais e outros.

Deste modo, nossa sociedade é tecida por instituições. Instituições que por sua vez são compostas pelo movimento de forças produtivas instituintes. Para Baremblytt (1992) o *instituinte* é entendido como processo e o *instituído* como resultado. O

primeiro tem características dinâmicas, enquanto o segundo é estático. As duas dimensões são fundamentais. O instituído possui papel histórico, já que nossas leis, normas e outros padrões que regem nossa vida em sociedade não se constituiriam sem que hajam cristalizações, formatações, pausas no processo. O instituinte, por outro lado, enseja transformações capazes de produzir outros instituintes para lidar com a mutabilidade da vida e as novas exigências desta, sem o qual há engessamento, paralisação e morte.

Em aproximação com estas afirmações, e compondo também o movimento institucionalista, Deleuze e Guattari (1995a; 1995b) relatam a coextensividade da produção desejante com a produção social e percebem a realidade como produto de uma multiplicidade de interferências. Assim, para estes pensadores, nós e a sociedade somos atravessados por dois planos, duas segmentaridades: o molar e o molecular.

Toda sociedade, mas também todo o indivíduo, são pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo, uma molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é porque não tem os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra, segundo diferentes figuras como nos primitivos ou em nós – mas sempre uma pressupondo a outra. Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo *macropolítica* e *micropolítica* (DELEUZE; GUATTARI, 1995b, p. 90).

De um lado temos um plano composto pelas linhas duras, um plano visível e consciente que compõem a organização dos territórios (ROLNIK, 2006). Tal plano corresponde a formas como o Estado, o sistema de saúde, as profissões, etc. De outro, temos um plano composto por linhas flexíveis, plano invisível dos processos de subjetivação, das relações de poder e saber, dos interesses e desejos.

Molar e molecular; macropolítica e micropolítica, não indicam tamanho e grau, mas natureza, lógica de funcionamento. Assim, compreendemos que a micropolítica corresponde às forças existentes na produção da saúde que interferem no que está formalizado, ao plano do invisível, das intensidades, do que escapa das formas reconhecíveis, dos movimentos, dos processos. “... *sempre se escorre ou vaza alguma coisa...*” (DELEUZE; GUATTARI, 1995b, p. 94). Esse movimento de vaziar promove mudanças, tanto de criação quanto destruição, como também pode

reproduzir as instituições dominantes. À micropolítica não pode ser atribuída nenhum valor qualitativo, de bom e mau, pois tratam-se de forças que em si mesmas não são qualificáveis. Por meio de seus efeitos percebemos se estamos lidando com algo de afirmação da vida.

Guattari (1987) chamou de *revolução molecular* todos os movimentos que questionam o sistema em sua dimensão de produção subjetiva. A subjetividade refere-se aos *modos de existência* – modos de ser, de pensar, de agir, de sonhar, de trabalhar, de amar, sendo ela também uma produção (ROLNIK, 1997). Isto porque não tratamos de uma concepção de subjetividade que corresponda a algo individual e particular, fruto exclusivo da história pessoal de cada sujeito. Ao contrário, tomamos a noção de subjetividade como contingente de uma produção de relações inseparáveis do social. Entendemos subjetividade como efeito de múltiplas combinações que nos atravessam em diferentes contextos que habitamos: familiar, escolar, profissional, sexual, econômico, político, cultural, etc.

Subjetividade indica processos de constituição de várias formas de ser, modos estes circunstanciais e provisórios. Machado (1999) identifica a produção da subjetividade com a imagem de uma rede cujos fios são feitos de materiais distintos (palavras, gestos, conhecimentos, etc.) que se entrelaçam numa trama embaralhada. Uma rede estriada, na qual o movimento incessante faria com que dobras aproximassem e distanciassem pontos da trama. Tais dobras constituiriam as formas de ser.

A subjetividade pode ser pensada como sendo formada por dobras. Mas as dobras são a própria rede, ou melhor, nós somos a própria rede, assim, como o sistema econômico, político, educacional [de saúde] etc. também são. As dobras são formas que se produzem e conferem um sentido específico para o que chamamos desejo, trabalho, arte, religião, ciência, etc. As dobras não são nem interiores nem exteriores, mas formações provisórias de um entre que mistura finitos materiais de expressão em ilimitadas combinações (MACHADO, 1999, p. 213).

Forças distintas atuam no movimento de aproximação e distanciamento dos nós desta rede, que tecem formas variadas de sentir, desejar e trabalhar. Cada contexto histórico e social é marcado pela emergência de determinadas configurações de redes. Assim, nosso contexto histórico contemporâneo, por exemplo, seria marcado pela aceleração, pelo consumo e individualismo.

Guattari e Rolnik (2000, p. 25), criticando as concepções filosóficas que indicam uma suposta natureza humana, definem que a subjetividade é “*fabricada, modelada, recebida e consumida*”. Exemplificam que da mesma forma que se fabrica um produto como o leite condensado, injetando-se moléculas no leite, fabricam-se subjetividades, injetando representações nas pessoas, modelando sua forma de perceber o mundo, de se articular com o tecido urbano e com os processos sociais e do trabalho. Esta produção é descentrada e ocorre no registro social, constituindo-se inclusive como a matéria prima de toda e qualquer produção. Assim, um determinado modo de falar, de se relacionar, de produzir, de trabalhar, de amar, corresponde à subjetividade.

Neste sentido, é preciso abordar as produções sociais por meio de uma visão mais ampliada. É imprescindível considerar tanto os aspectos econômicos e políticos, quanto questões da ordem do desejo e da produção de subjetividade.

Sob esta ótica de análise percebemos que o mesmo se dá com o setor saúde. A saúde é uma instituição, atravessada por forças que compõem a forma como nossa política de saúde é executada. Na área da saúde, assim como todas as nossas produções cotidianas, percebemos a coexistência do plano macropolítico e micropolítico. Assim, o SUS se apresenta formatado e institucionalizado no texto da Constituição de 1988, em leis, diretrizes e políticas organizativas, revelando sua face macropolítica. Ao mesmo tempo ele é processo. Por isso, tomar o SUS em seu plano micropolítico significa colocar em análise os questionamentos em relação à saúde no Brasil, levando em conta os movimentos sociais de reforma e as forças participantes da 8ª CNS que geraram o SUS. Significa perceber seu caráter instituinte que se manifesta a cada dia como forças que engendram movimentos de constituição, nas relações que os sujeitos estabelecem no cotidiano dos serviços. Isto porque compreendemos que o trabalho em saúde se realiza a partir de relações, de jogos, de embates entre necessidades e interesses. E o trabalho em saúde é trabalho vivo em ato e porta potência para tanto imprimir mudanças positivas, quanto manter a lógica instituída.

Dentro deste contexto, há a produção de formas de ser trabalhador de saúde, formas de ser usuário de um serviço de saúde, formas de prestar assistência à

saúde, formas de organizar os saberes e as práticas em saúde, que influenciam o modo como a assistência é prestada. Neste sentido, entendemos que sempre há disputas que antagonizam os modos como os sujeitos estruturam sua relação com o mundo da saúde e que as configurações sociais e subjetivas podem levar sujeitos a aceitarem a saúde como uma mercadoria exclusivamente lucrativa, o que acarreta não levar em consideração as necessidades dos usuários ao organizar a assistência. Mas podem também levar os sujeitos a tomarem a saúde como um direito primordial do cidadão, mobilizando lutas pela democratização da saúde e pela modificação dos padrões assistenciais vigentes em prol de ações solidárias, humanizadas, participativas, cuidadoras e resolutivas (FRANCO, 2003).

A análise histórica mostra que nossa política de saúde enfrentou avanços e recuos, moldada pelo embate de interesses até se instituir na forma atual que corresponde hoje ao SUS. Entendemos que a construção das políticas se dá no cotidiano, permeada por relações, conflitos, necessidades, interesses. O SUS, como organismo vivo que é, sofre com estes movimentos que provocam efeitos no modo como a assistência é pactuada, organizada e prestada para seus usuários. Assim, percebemos que a formatação atual do nosso sistema de saúde ocorreu com base em uma arena de fluxos, efeito de movimentos entre interesses antagônicos, das quais negociações e arranjos fizeram parte. Esta formatação não está fechada, sofrendo, a todo o momento, influências de forças políticas, subjetivas, econômicas e sociais.

Nosso estudo abrange os possíveis atravessamentos macro e micropolíticos que atingem a produção em saúde, na qual consideramos os artifícios do capital para manter sua hegemonia, as produções subjetivas decorrentes, os modelos de saúde adotados a constituição política da saúde, as tentativas de reorientação do modelo assistencial, e as conformações tecnológicas do trabalho em saúde.

A partir disso tomamos um serviço de saúde a fim de considerar estes atravessamentos no seu processo produtivo. Neste sentido nos debruçaremos sobre os processos de trabalho.

7. OBJETIVOS

7.1. GERAL

- Analisar o processo de trabalho de uma USF no município de Vila Velha – ES.

7.2. ESPECÍFICOS

- Analisar as dimensões macro e micropolíticas do processo de trabalho de uma USF;
- Analisar as relações estabelecidas entre os sujeitos no contexto produtivo de uma USF;
- Analisar as produções oriundas dos processos de trabalho de uma USF;
- Analisar os efeitos desses processos para os sujeitos envolvidos.

8. METODOLOGIA

8.1. PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS: a postura cartográfica

Um método adotado por um pesquisador demonstra sua postura frente ao modo como o conhecimento científico é produzido. Tradicionalmente, pesquisas no campo da saúde são efetuadas com base em pressupostos metodológicos positivistas. Entretanto, concordamos com as críticas às estratégias positivistas em sua forma de entender a pesquisa como neutra e totalmente racional, ressaltamos que o pesquisador é um ser integral, interessado e articulado sócio e politicamente, não estando, portanto, desprovido de afetos no processo de conhecimento que produz (DALBELLO-ARAÚJO, 2001). Além disso, compreendemos a dificuldade de acompanhar o desenrolar de processos com base em metodologias tradicionais, principalmente quando optamos por acolher o dinamismo e a complexidade do objeto de pesquisa, o que denota uma postura aberta por parte do pesquisador.

Afirmamos que uma metodologia que pretenda investigar e acompanhar os processos de trabalho em um serviço de saúde deve ser aberta e sensível à riqueza de movimentos e, nesse sentido, acreditamos que adotar uma postura cartográfica seja uma possibilidade positiva. O cartógrafo, o pesquisador que se propõe a realizar uma análise cartográfica, interessa-se pelas forças atuantes no campo e está atento aos afetos transitantes no território dos sujeitos (ROLNIK, 2006).

A Cartografia é um método que visa acompanhar os processos e não representar objetos (KASTRUP, 2007). Um dos princípios da Cartografia é que a vida é construída nas relações. A Cartografia tem suas origens nos textos de Deleuze e Guattari (1995a) que se basearam no termo da Geografia – que se refere à ciência ou a arte de produzir mapas – para falar sobre uma postura analítica frente ao caráter processual de nossa vida. Segundo esta perspectiva filosófica, mais importante do que descrever fatos datados e nos ater a conteúdos quantitativos e representacionais, é analisar os processos que se desenvolvem, as alianças que são feitas, o construir, o desmanchar e o reconstruir mundos.

A Cartografia compõe o bojo de uma postura científica que critica os critérios analíticos positivistas, baseados na neutralidade. A neutralidade é uma forma de reserva contra os perigos do envolvimento. O cartógrafo, por outro lado, recusa um lugar que seria protegido enfrentando o...

...medo da mistura dos corpos, do caos onde não se consegue classificar e controlar, dos riscos de inventar. Medo da Lei, da Moral. Medo da vida. Medo da morte. Corpo descarnado de si próprio – descarnado, sem carne, sem cheiro, sem cor, sem ritmo, sem jeito –, um corpo sem corpo. A neutralidade aparece aqui em toda sua crueza estratégica: não é uma questão de ingenuidade ou ignorância, é opção política. São neutros, ou melhor se autodefinem assim, aqueles que querem o espaço esquadrinhado e homogêneo, o tempo regulado e ordenado, os cheiros separados e distanciados, os corpos alocados em postos visíveis e disciplinados e até a autorização das desterritorializações a serem executadas, aqueles-que-querem-conservar (os costumes, as regras, as classes, os modos de produção: de bens, de subjetividade etc.) (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p. 235).

Consideramos que em qualquer análise o pesquisador afeta e é afetado no processo de pesquisar e desta forma questionamos a neutralidade e uma separação entre sujeito e objeto. Principalmente porque esta pesquisa foi realizada por alguém imerso no cotidiano dos serviços de saúde, ele mesmo um trabalhador de saúde, entendemos que neutralidade é algo impossível de ser atingido, já que percebemos um campo de interferências marcado por desejos, expectativas e motivações. Tais aspectos sempre se mostram presentes numa pesquisa, mesmo quando o pesquisador a princípio não está ligado ao seu campo analítico como é o nosso caso.

Entretanto, quando nos referimos à existência de um campo de interferência, de modo algum propomos uma ausência de rigor (DALBELLO-ARAÚJO, 2008). Quando falamos em rigor dentro da Cartografia estamos nos propondo a realizar a *análise da implicação* e, avaliar, de maneira atenta, às propostas de nossas ações, à que elas estão vinculadas e aos efeitos que elas produzem. Ou seja, sempre questionar os lugares ocupados e que se pretende ocupar, o que é designado pelo coletivo e os riscos que os caminhos escolhidos denotam (AGUIAR; ROCHA, 2007).

Neste aspecto, realizar análise da própria implicação é, para LOURAU (apud AGUIAR; ROCHA, 2007), admitir que somos objetivados pelo que pretendemos

objetivar. Sair do lugar de especialista que anula o saber do outro e entender que estamos imersos no mesmo processo. Assim, compreendemos que realizar análises cartográficas, pressupõe uma outra relação com o objeto de pesquisa, contrapondo-se à concepção asséptica e de especialismo. Cartografar presume deixar-se afetar e manter os princípios éticos de afirmação da vida, do movimento e alteridade. Além disso, mais do que uma possibilidade de intervenção entre objeto e sujeito, a idéia chave é a de que ambos não são pólos distintos e não são dados *a priori*, mas constituem-se no processo de pesquisa.

... sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa, se criam ao mesmo tempo. A relação que se estabelece é da ordem da imanência. As práticas produzem os objetos assim como também produzem políticas de subjetivação. Produzem-se objetos e sujeitos pelos agenciamentos dos fluxos. Não há determinação causal de um sobre o outro. [...] Não há mais aqui sujeito e objeto, mas processo de subjetivação e de objetivação, criação de campos que ao mesmo tempo criam sujeitos/objetos, que se revezam, como teoria e prática (BENEVIDES DE BARROS, 2007, p. 232-233).

Diferente de métodos tradicionais, nos quais o caminho analítico é definido *a priori*, na Cartografia o método é construído durante a análise, durante o contato do cartógrafo com o campo. O campo sempre vai apresentar transformações e solicitar que o pesquisador redesenhe seu processo de pesquisa. Cartografias, deste modo, são sempre provisórias e transitórias (BENEVIDES DE BARROS, 2007). Por isso, não há manuais para realizar pesquisas cartográficas. O cartógrafo, então, realiza suas análises com base num roteiro de preocupações; que indica seus objetivos. Além disso, não procura se fixar em nenhum elemento do campo, mantendo sua atenção de forma flutuante para captar a riqueza existente (KASTRUP, 2007).

A Cartografia foi considerada desde sempre como uma performance (DELEUZE; GUATTARI, 1995a), pressupondo uma postura na qual o pesquisador detém lugar de existência e implicação. No seu trabalho, o pesquisador avalia e revela o sentido do que é produzido coletivamente pelas forças do campo, ajudando a construir outros sentidos, utilizando sua sensibilidade para dar expressão aos acontecimentos do território analisado.

8.2. O TRAJETO METODOLÓGICO

8.2.1. Ferramentas Metodológicas

Atentos a “...*coexistência vigilante entre macro e micropolítica, complementares e indissociáveis na produção de realidade psicossocial*” (ROLNIK, 2006, p. 67), buscamos compor nossos equipamentos de pesquisa com ferramentas que pudessem captar esta tensão. Nossa escolha foi por: *entrevistas, conversas informais, observações do cotidiano, a construção de dois grupos de entrevista coletiva e anotações no diário de campo*. Com estas ferramentas, nossa postura baseou-se em captar as afecções do território USF. O contato com os trabalhadores e usuários, os acontecimentos no dia a dia, algo que de repente irrompeu abalando a rotina de trabalho, as festinhas organizadas pela equipe, os mutirões, as discussões, os abraços, os choros. A tudo isso estivemos atentos, não fixando em nada a princípio, mas olhando, ouvindo, farejando e tateando o espaço da USF como um todo. A esta sensibilidade posta à prova, denominamos *corpo vibrátil* (ROLNIK, 2006) e consideramos ser este o principal instrumento de nossa pesquisa.

Os roteiros da entrevista (apêndices C e D) serviram como norte para assuntos a serem abordados (MINAYO, 2006), mas sempre como algo de suporte, nunca como uma determinação rígida. Com o desenvolver da pesquisa nosso faro curioso quis tomar alguns caminhos não previstos. Assim, a descoberta de aspectos importantes, como as questões de contratação, as mudanças na gestão e a saída de alguns dos profissionais, ocuparam espaços nestes roteiros.

As entrevistas foram gravadas quando permitidas e posteriormente transcritas. Na transcrição, cada participante foi identificado pela categoria *coordenador* ou *trabalhador*. Isso porque mesmo que em nossa pesquisa tenhamos contemplado o jogo entre algumas categorias profissionais (mais especificamente entre médicos e enfermeiros), optamos neste estudo por não identificar a formação profissional de cada um, considerando que todos estavam atravessados pelas mesmas forças, emoções e ansiedades deste processo. Neste sentido, entendemos que existam

especificidades de cada trabalhador, mas pouco importa para os objetivos desta pesquisa se a fala tenha sido proferida por um dos profissionais de nível superior, um dos técnicos ou um dos profissionais de apoio, pois consideramos a unidade como um todo, tratando-se, portanto, de trabalhadores inseridos em uma mesma realidade produtiva. Consideramos estes momentos de entrevista com suma importância, pois foi primordial para entender a forma como estes trabalhadores se reconheciam, valorizavam, criticavam, demonstravam insatisfação, angústias, e denunciavam aspectos de seu processo de trabalho. Neste contexto, manifestações das mais emocionadas e enérgicas, às mais cautelosas e desconfiadas, retratavam os afetos circulantes, além de possibilitar com que eles se expressassem sobre como viam o seu trabalho, como se colocavam frente às dificuldades e como vivenciavam o momento por que passavam.

A maior parte dessas entrevistas foi realizada individualmente, mas houve ocasiões em que pudemos realizar entrevistas em dupla, o que se revelou uma dinâmica riquíssima por meio do jogo de interferências entre os trabalhadores que dela participavam. Além disso, cabe ressaltar que as entrevistas foram realizadas no local de trabalho daquelas pessoas. Assim, mesmo que buscássemos um espaço reservado, em um momento em que eles pudessem se expressar de forma tranqüila, em certas ocasiões houve a interrupção de um colega ou outro. Em geral, era a uma pausa pra tratar de alguma questão do trabalho, que longe de ser um dificultador e incômodo, revelou-se como interessante instrumento, já que eles não se mostravam inibidos e continuavam suas entrevistas após a “intercessão” do colega.

As entrevistas que não puderam ser gravadas, seja por problemas técnicos ou pelo pedido do trabalhador, foram aproveitadas junto com os comentários obtidos informalmente. Deste modo, as *conversas informais* também compuseram os instrumentos empregados, já que consideramos que muitas vezes é no momento do cafezinho, das pausas e dos encontros no corredor que as informações surgem; mais do que nas situações formalizadas como em uma entrevista que perde a espontaneidade e muito do que é dito numa conversa informal.

A *observação* do cotidiano inclui-se entre os instrumentos elencados, pois além de ouvir o que é dito por aquelas pessoas, é importante que se analise também suas

práticas e a forma como estes transitam pelos espaços, interagem com os demais e manifestam suas emoções e pensamentos. Importante ressaltar que desde o início nossa proposta era fugir de qualquer assepsia ao nos inserir no cotidiano da unidade. Buscamos a todo o momento nos colocar forma intercessora (DELEUZE, 1992) e nos deixar afetar pelos encontros no campo tal qual com um nômade que se insere no território. Para estas observações, ocupávamos lugares distintos da USF. A copa, o auditório, a sala de espera, a recepção, o banquinho do lado de fora, a sala da direção, a farmácia, as igrejas, as casas dos usuários. Deste modo, com a atenção flutuante ao que se desenrola no dia a dia, buscamos perceber como os trabalhadores lidam com os usuários, como os recebem, que decisões tomam; como os trabalhadores se relacionam entre si, como se reúnem, se discutem casos, se fazem contato com a rede de serviços, dentre outras ações.

Optamos pela formação de grupos para *entrevistas coletivas* devido a possibilidade de gerar tensões e aprofundar questões polêmicas e/ou contraditórias, muitas das vezes não manifestas em entrevistas individuais (DALBELLO-ARAÚJO, 2008). As duas sessões de *entrevista coletivas* que realizamos foram gravadas. Posteriormente estas gravações foram também transcritas para facilitar a análise das informações obtidas. Nos grupos, adotamos o fluxograma analisador, que consiste de um tipo de mapa analítico inspirado no *fluxograma descritor* proposto por Franco e Merhy (2007) como dispositivo potente para lançar luz sobre a dinâmica dos processos de trabalho.

O fluxograma é utilizado freqüentemente para desenhar processos desenvolvidos numa cadeia produtiva (MERHY,1997a). Alguns símbolos são utilizados universalmente: a elipse representa tanto o começo como o final da cadeia. Retângulos informam ações importantes, como o consumo e a produção de produtos e serviços definidos. O losango significa momentos de decisão e possibilidades de percursos para se atingir determinadas metas.

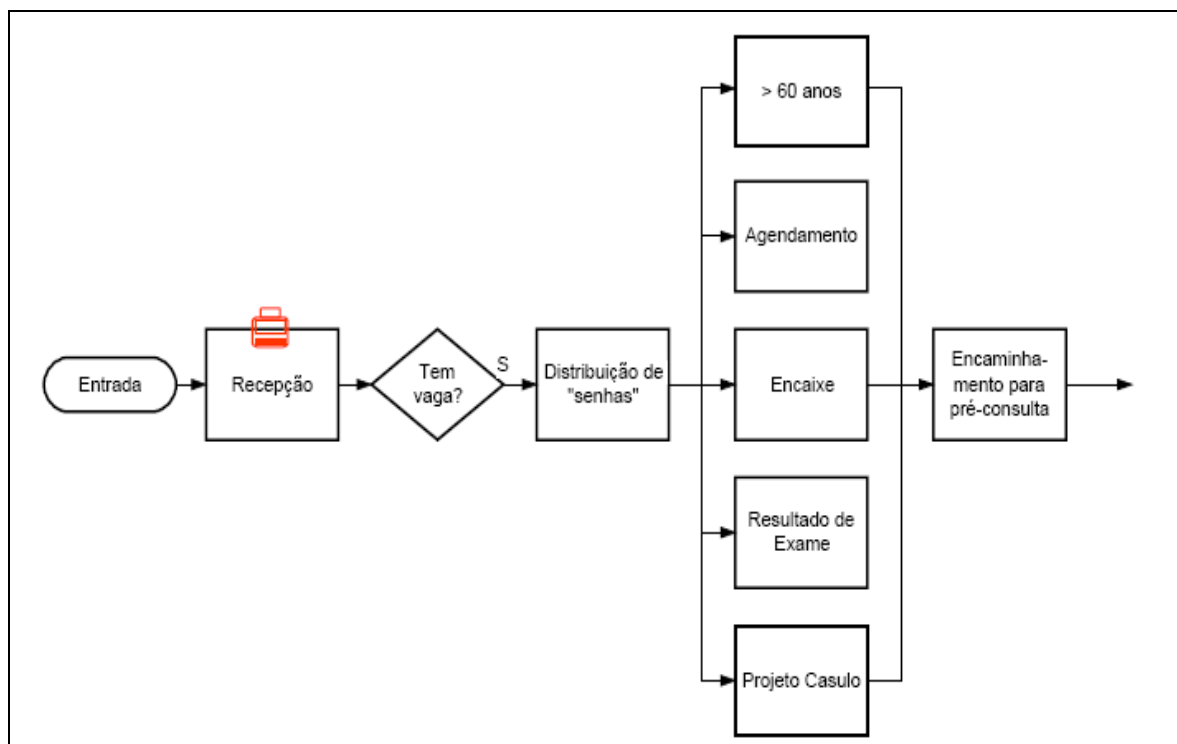


Figura 1: Exemplo de Fluxograma Descritor do início de um processo de trabalho.
 Fonte: USB Jardim Satélite, São José dos Campos (apud FRANCO 2003, p. 189)

Na realização de um fluxograma é necessário eleger um *elemento traçador*, que pode ser, por exemplo, um usuário típico da USF (um hipertenso, uma gestante, uma criança, ou outro alguém que busca atendimento). Essa eleição é realizada coletivamente pelos próprios trabalhadores durante a formação do grupo de discussão. Assim, o fluxograma pode ser utilizado para descrever o caminho percorrido por este usuário desde sua entrada no serviço de saúde até sua saída, indicando quais foram as ações tomadas pelos trabalhadores durante o processo. Propõe-se assim a análise, por parte dos próprios trabalhadores, sobre o processo de trabalho. O usuário é tomado como um “território-referência” para interrogação dos processos micropolíticos que perpassam o trabalho em saúde (MERHY et al., 1997, p. 149).

O fluxograma deve ser elaborado coletivamente pela equipe de saúde, seguindo os passos do usuário na busca de soluções para a sua queixa nos diversos espaços de uma unidade. Esta ferramenta não se limita ao traçado gráfico, mas é utilizada como um disparador para a discussão da equipe.

É importante ressaltar que o objetivo da elaboração do fluxograma não é simplesmente representar o que ocorre, mas sim acompanhar o que se desenvolve, dar visibilidade às forças em ação, mostrar caminhos e abrir possibilidades.

8.2.2. O Caminho Percorrido: turbulências e desassossegos

Nosso contato com o campo perdurou dos meses de dezembro de 2008 à julho de 2009, e podemos subdividi-lo em 3 momentos. O primeiro (de dezembro 2008 à janeiro de 2009) refere-se ao contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), as entrevistas com os coordenadores de saúde da SEMSA, a eleição pela formatação do PSF e o primeiro contato com a coordenação da USF. O segundo momento que refere-se às entrevistas com trabalhadores, conversas informais e observações do cotidiano de trabalho (de janeiro à junho de 2009). No terceiro momento ocorreu a formação de grupos de entrevista coletiva com os trabalhadores da USF (de junho a julho de 2009).

O primeiro contato com a SEMSA ocorreu nos fins de 2008, período em que buscamos informações gerais a respeito do funcionamento da rede municipal de saúde do município de Vila Velha e sobre os trabalhadores desta rede. Estas informações foram levantadas por meio de entrevistas com duas coordenadoras da SEMSA, documentos oficiais e conversas com técnicos da auditoria. Buscamos um panorama inicial da organização, funcionamento e dificuldades dos processos de trabalho das unidades. Neste momento, além de levantar informações amplas sobre os processos de trabalho, nos empenhamos em realizar sondagens para facilitar a escolha da unidade que tomaríamos como campo.

Com base nas sugestões feitas no exame de qualificação e pela sondagem inicial, optamos por nos inserir em uma das unidades que funcionasse com o modelo de PSF. Esta escolha pela formatação PSF ocorreu levando-se em consideração o modo como afetivamente algumas pessoas da SEMSA se referiam as USF e aos relatos de que o PSF teria como proposta reorganizar a prática assistencial e propiciar mudanças. O MS elegeu o PSF como principal dispositivo de fortalecimento da AB (BRASIL, 2006a) e o investimento que tem sido feito para a

adoção desta estratégia chamou nossa atenção para pesquisar este tipo de formatação. Considerando as unidades existentes no município, elegemos a que foi uma das primeiras a trabalhar com este modelo. A aposta se deu no sentido de que se a unidade tivesse mais tempo de funcionamento pelo PSF, teria também maior experiência a ser relatada, enriquecendo nossa pesquisa.

Cabe ressaltar que estes momentos iniciais foram realizados anteriormente à mudança da gestão municipal. A partir de janeiro de 2009, o município iniciou um novo comando administrativo, encerrando uma gestão anterior que perdurou por 8 anos (2001-2008). Desse modo, o prefeito, o secretário de saúde e as coordenações da SEMSA e das unidades de saúde foram trocados. Além da troca da administração municipal, os contratos com a empresa encarregada da terceirização dos trabalhadores do PSF chegaram ao seu fim, necessitando de renovação.

Em janeiro de 2009 comunicamos nossa decisão pela escolha USF Jardim Palmeiras à SEMSA, que prontamente enviou um comunicado à gerência da unidade (Anexo B), informando sobre a pesquisa. Passamos para a segunda fase, inserindo-nos no cotidiano de trabalho da USF Jardim Palmeiras. Iniciamos as entrevistas com os trabalhadores e com a coordenadora da USF (13 no total) que tiveram por objetivo compreender a visão de cada um sobre os processos de trabalho, que expectativas possuem, que desejos expressam, que incômodos demonstram. Reconhecendo a riqueza de informações obtidas por meio das entrevistas, ressaltamos que em certos momentos a preocupação excessiva quanto ao registro literal das verbalizações revelou-se como um grande incômodo para a pesquisadora, incomodo este de certa forma restritivo. Por vezes, o fato de algo importante ter sido dito em meio a um bate papo não poder ter sido registrado nos chateava. Neste contexto, e considerando-se que as conversas informais já haviam sido planejadas, foi necessário abandonar o gravador como um instrumento de maior importância e mergulhar no cotidiano daquelas pessoas de maneira mais despreocupada e receptiva. Neste sentido, em nosso transitar pela USF, nas caronas, nas festas nos lanches e junto aos trabalhadores no momento em que realizavam suas tarefas, e em meio a assuntos dos mais diversos, os comentários considerados pertinentes foram anotadas em um diário de campo. Paralelamente,

participamos das reuniões de equipe, visitas domiciliares, algumas palestras na comunidade e de também de um mutirão para coleta de exames de preventivo.

Esta fase foi marcada por grandes turbulências. Já havíamos sido avisados pela coordenação do PSF que nem todas as equipes do município estavam completas. Quando começamos nosso estudo na unidade, apenas três das cinco equipes de saúde da família estavam com seu quadro de trabalhadores completo (médico, enfermeiro, dentista, técnico de higiene dentária, técnico de enfermagem, ACS). Um médico clínico e uma pediatra haviam sido contratados para cobrir áreas sem o médico da família. As três equipes de saúde bucal dividiam-se entre as cinco áreas e algumas micro-áreas estavam sem ACS.

A partir de março de 2009 a situação se agravou com o afastamento de mais profissionais. O pessoal da enfermagem recebe aviso prévio e duas enfermeiras são demitidas. Uma médica de saúde da família entra de licença por problemas de saúde, somado à insatisfações com questões de trabalho, e uma das enfermeiras afasta-se por licença maternidade. Uma terceira médica de saúde da família pede demissão, segundo comentários dos outros trabalhadores por descontentamento. Em junho de 2009 o médico clínico contratado para dar assistência a uma das áreas descobertas também decide sair. O impacto no processo de trabalho é marcante e neste contexto, a pesquisadora experiencia sensação de angústia ao ver o quadro de trabalhadores se desfazer. Aliado a sensação de desassossego frente às pessoas que perdiam seus empregos e aos vínculos que se partiam com a comunidade e com os demais colegas, as questões relativas à continuidade da pesquisa começaram a incomodar. Pensamos a princípio que este desmonte poderia comprometer o andamento da análise, chegando até a cogitar a mudança de unidade, adotando agora uma das unidades tradicionais. No entanto, a aposta de que o campo sofre transformações e que há a necessidade de considerá-las todo momento, somada a crença de que o trabalhador contorna, reinventa e revela sua criatividade frente às turbulências de seu processo de trabalho falaram mais alto. E neste sentido mantivemo-nos no campo. Como nossa idéia primeira era analisar as relações micropolíticas no espaço de trabalho, passamos a considerar com maior peso as questões macropolíticas que se faziam tão presentes.

Em julho de 2009, já com novas contratações, mudanças na coordenação da USF Jardim Palmeiras e ainda com o quadro incompleto, concluímos a segunda etapa e passamos para a formação dos grupos para as entrevistas coletivas. Foram realizados dois grupos que incluíam os trabalhadores de todos os níveis, formações e setores do serviço.

O primeiro grupo baseou-se numa dinâmica para que os trabalhadores compreendessem o que consideramos como processo de trabalho e que a partir de então pudessem relatar sobre o processo de trabalho da unidade em que trabalham. Para tal, baseamos nossa explicação comparando o trabalho desenvolvido na unidade de saúde com o de uma fábrica de chocolates. A opção pela fábrica de chocolate se deu por ser o município sede de uma grande empresa do ramo, além do conteúdo afetivo que esta guloseima desperta nas pessoas. Neste processo, os trabalhadores puderam falar sobre suas produções, ferramentas, equipamentos e matéria-prima, bem como os atravessamentos e os resíduos deste processo. Ao final, iniciamos o desenho do fluxograma analisador, tomando como elemento traçador o usuário que busca atendimento ambulatorial. Uma segunda sessão foi elaborada para complementar o fluxograma analisador e permitir que outros elementos pertinentes do processo de trabalho fossem discutidos. A partir da elaboração coletiva do fluxograma pela equipe de trabalhadores da USF, gerou-se discussões, opiniões, questionamentos sobre o como se trabalha, as produções deste trabalho e as dificuldades existentes. Foi possível a identificação e o confronto de problemas enfrentados pelas equipes de saúde, como a falta de profissionais médicos para apoio ao acolhimento, a tensão gerada pelo contato com as necessidades do usuário e as impossibilidades do trabalhador, e as dificuldades em lidar com a demanda, dentre outros elementos.

Nossa caixa de ferramentas permitiu a realização de uma Cartografia dos processos de trabalho da USF nos meses em que estivemos imersos em seu cotidiano. Deste modo, os grupos, as entrevistas e conversas, somadas a vivência naquele serviço, possibilitaram a emergência de analisadores pertinentes da forma como a saúde, o cuidado e a subjetividade se produzem cotidianamente. Estas produções ocorrem atravessadas por relações subjetivas, jogos de poder entre categorias profissionais e entre usuários e trabalhadores, interesses administrativos e políticos, bem como

aspectos referentes ao mercado de trabalho, especialmente considerando a terceirização e a precarização dos vínculos trabalhistas sofridas pela maioria daqueles trabalhadores de saúde.

8.2.3. As Autorizações

Nossas ações de pesquisa foram executadas seguindo-se as determinações éticas da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Científicas com Seres Humanos. Obtivemos a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (Anexo B) e aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Anexo A), bem como o consentimento de cada um dos participantes entrevistados (Apêndice A e B).

9. ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO

9.1. CONHECENDO O MUNICÍPIO DE VILA VELHA E SUA REDE ASSISTENCIAL

Vila Velha é a mais antiga cidade do Estado do Espírito Santo. Foi fundada em 23 de maio de 1535 pelos portugueses. A cidade é vizinha da capital do Estado e está localizada na Região da Grande-Vitória. Possui uma área de extensão de 232 km e uma população em torno de 414.349 habitantes (VILA VELHA, 2007). Como atividades econômicas, podemos citar as confecções, a indústria alimentícia, o turismo, o comércio exterior, os terminais portuários, dentre outras. Vila Velha possui vários monumentos históricos, e um de seus principais é o Convento da Penha reconhecido como um símbolo da cidade.

O território municipal está dividido em cinco regiões administrativas, englobando 91 bairros (lei número 4.707/08, aprovada pela Câmara Municipal e sancionada pelo prefeito Max Filho em setembro de 2008), a saber:

- Centro – Região I: 18 bairros;
- Grande Ibes – Região II: 21 bairros;
- Grande Aribiri – Região III: 17 bairros;
- Grande Cobilândia – Região IV: 14 bairros;
- Grande Jucu – Região V: 21 bairros.

Esta territorialização, segundo a prefeitura, leva em consideração características históricas, culturais e sociais de cada comunidade, respeitando os limites do perímetro urbano, os eixos viários das rodovias e ferrovias, bem como as imposições de caráter geográfico (VILA VELHA, 2008).

Quanto à assistência à saúde, Vila Velha opera com base no modelo de Gestão Plena da Atenção Básica, habilitado pela portaria nº. 1510 do Ministério da Saúde de 26 de julho de 2003 (VILA VELHA, 2007).

Baseado na divisão dos bairros, os serviços de saúde de AB são divididos no território conforme a figura a seguir:

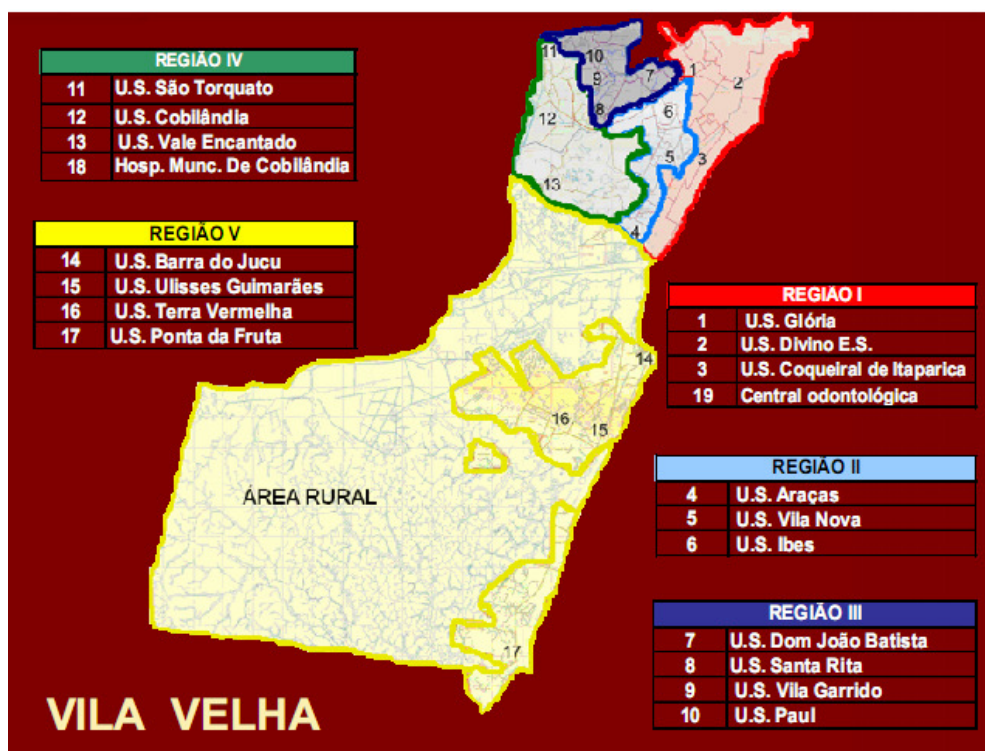


Figura 2 - Regiões Administrativas de Saúde
Fonte: Vila Velha (2007)

Deste modo, totalizam-se 17 UBS em funcionamento no município. Ressalva-se que atualmente a UBS de Cobilândia (região IV) transferiu suas atividades de AB para a UBS de Jardim Marilândia, criada recentemente e com a mesma área de abrangência da antiga unidade. Cada região administrativa possui uma Unidade de Referência, que comporta programas especiais (como o Programa de Saúde Mental e o Programa do Idoso) e ofertam alguns serviços especializados, como atendimento médico de endocrinologia, cardiologia, urologia e outros. As UBS da região II e da região V funcionam com PSF, existindo, no momento, 33 equipes de saúde da família (VILA VELHA, 2007).

Somando-se às 17 UBS, o município possui em sua rede assistencial:

- Um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD);
- Uma Central Odontológica;

- Três serviços de Pronto Atendimento (PA) – Glória, Cobilândia e Coqueiral de Itaparica;
- Um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para portadores de HIV/AIDS;
- Um Hospital Municipal (HMC) – Hospital Municipal de Cobilândia;
- Serviço de Vigilância Epidemiológica;
- Serviço de Vigilância Sanitária.

9.2. CONHECENDO A USF JARDIM PALMEIRAS E SUA ESTRUTURA FÍSICA

Enfatizamos que embora tenhamos adotado como campo de pesquisa uma USF e considerando-se que cada serviço possui singularidades que lhe tornam único, o que foi observado, descrito e analisado é em grande parte compartilhado por outras unidades do mesmo município, do mesmo estado e de outros locais do país. Deste modo, entendendo que embora o processo tenha sido particular e analisado com base em um encontro singular desta pesquisadora com aquele serviço, e com o momento pelo qual passava, optamos por lhe dar um novo nome nesta dissertação, já que consideramos que se trata de um contexto que é vivenciado em outros serviços. Assim a unidade será chamada neste estudo de USF Jardim Palmeiras.

A USF Jardim Palmeiras é uma das unidades do município de Vila Velha que atuam com PSF. Foi construída durante na gestão municipal de 1996-2000, funcionando inicialmente como um posto médico. Está localizada em um conjunto habitacional cercada pelo comércio do bairro e atende seis comunidades. Sua estrutura física foi reformada em 2003 e conta atualmente com: sala da coordenação, sala da marcação de consultas, farmácia, almoxarifado, copa, sala de esterilização, sala de curativo, consultórios (ginecológico, de enfermagem e médico), arquivo, auditório, sala de preparo, sala de vacina, sala de acolhimento, consultório dentário, escovário. Além disso, externamente observamos que por meio de janelas, que funcionam como balcão, os usuários acessam alguns serviços, como a farmácia, a marcação

de especialidades e a coordenação. Também há um local para coleta de material para exames laboratoriais.

Procuramos perceber como os trabalhadores transitam, fazem uso e se apropriam do território da USF. Assim, mostra-se curioso o modo como eles utilizam daquele espaço. A copa é o “nosso cantinho”, onde fazem o almoço, tomam o café da manhã e da tarde e também sentam para colocar a papelada em dia, especialmente os ACS. O auditório serve para as reuniões e para as palestras, mas também é local de descanso na pausa/cochilo do almoço. É lá também local onde os ACS param para colocar a papelada em dia, e alguns “fogem” por uns momentos para respirar, conversar ou aproveitar o ar condicionado. Também é lá onde as festas são organizadas, onde as receitas de bolo circulam e onde as angústias e alegrias são trocadas. Enfim, a USF não é só local de trabalho para os trabalhadores, é também o local onde se faz amizade.

9.3. A CHEGADA DO PSF A JARDIM PALMEIRAS

A USF Jardim Palmeiras foi uma das primeiras unidades de saúde no município a funcionar com a formatação PSF. A opção foi principalmente devido à infra-estrutura que comportaria a instalação das equipes de saúde da família, já que a unidade foi ampliada após uma reforma. Assim, no ano de 2002 a prefeitura implantou o PACS e desde 2003 a unidade funciona com USF. A chegada do PSF, no entanto, não foi tranqüila, encontrando a oposição da população que desejava na verdade um serviço de PA.

Eles não aceitaram a gente logo no começo. Tanto que o nosso primeiro contato foi assim: uns não queriam e outros queriam. Na época a secretaria de saúde falou assim: “Tá bom, então decidam, porque tem outros bairros que querem”. Aí um grupo maior fez uma votação, venceu, e nos chegamos (trabalhadora).

Havia divergências nas comunidades, mas um grupo interessado com que o PSF fosse implantado organizou um movimento antes da votação definitiva que definiria a escolha. A equipe de PSF foi apresentada à comunidade e explicou o funcionamento

do programa. Vencida a votação, aos poucos, a equipe passou a se empenhar para conquistar a comunidade para o novo funcionamento.

Porque eles estavam acostumados com uma enfermeira. E todas as agentes de saúde com aquela enfermeira. E os médicos? Eles chegavam aqui e marcavam do jeito que eles queriam marcar. E não tinham programas de prevenção, nem assistir palestras etc. Eles [os usuários] não entendiam o que era palestra e a princípio recusavam muito as palestras. Mas quando eles viram que estavam sendo tratados, que estavam fazendo planejamento familiar com a enfermeira e o médico, que os hipertensos e diabéticos pararam de ter pico hipertensivo, igual iam tendo e de ir parar no Pronto Socorro. Quer dizer, não é que pararam, diminuíram. Aí eles entenderam que a palestra era necessária pra ele saberem o porquê da medicação, o porquê do horário da medicação, o porquê da dieta, o porquê da retirada do sal, o porquê da retirada de massas, o porquê da retirada do açúcar. Então eles passaram a conhecer o programa. Aí que eles foram aceitando. Hoje o pessoal que está com a gente aceita e gosta. A minoria que não aceita, que critica, é uma minoria que recusou de toda parte conhecer o programa direito (trabalhadora).

Atualmente a USF Jardim Palmeiras atende seis bairros, divididos em cinco áreas. Cada área é responsabilidade de uma das cinco equipes de saúde da família, (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de cinco a oito ACS). Também há três equipes de saúde bucal (um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um técnico de higiene dentária) que se dividem entre as cinco áreas. As áreas são subdivididas em 28 micro-áreas, sob a responsabilidade de um ACS.

9.4. CONHECENDO OS USUÁRIOS

Observamos que a USF atende seis comunidades cada uma delas com realidades distintas. Há áreas com uma população com melhor poder aquisitivo, principalmente no entorno da USF, como também áreas periféricas mais empobrecidas, estas consideradas pelos trabalhadores como “100% SUS” em que a maioria dos moradores só acessam os serviços de saúde via SUS. Neste sentido, tanto há pessoas que utilizam a USF para realizar seus acompanhamentos de saúde, fazendo exames preventivos, participando das reuniões, palestras, grupos e outras

ações; como também aqueles usuários que possuem plano de saúde e só utilizam alguns serviços da USF, como a sala de vacina.

Notamos que os usuários são em grande parte mulheres, principalmente gestantes, crianças pequenas e idosos. São estes também os usuários que mais participam das ações coletivas organizadas pela equipe. A pouca presença jovem masculina deve-se principalmente ao fato da USF funcionar em horários incompatíveis com os horários de trabalho. Isto é, a USF Jardim Palmeiras assim como outras do país, não tem suas ações planejadas para atender os usuários inseridos no mercado de trabalho. Este fato é visto como um dificultador para a efetividade das ações, mas no geral não se pensa em formas de contornar esta questão, estando sempre às ações focadas para aqueles usuários mais presentes (a mulher, a criança e o idoso).

...eles sempre têm a desculpa, da rotina do dia, que é difícil as pessoas virem às palestras. “Ah mas eu não posso ir, eu não posso matar meu serviço. Eu tenho medo de perder o emprego.” Tudo isso dificulta o nosso trabalho. Por mais que você fale que damos atestado eles dizem: “Ah mais a firma não quer, não aceita”. As próprias empresas deviam querer a saúde dos seus empregados, mas são poucas. Só as grandes empresas que têm esse interesse. As pequenas não, visam só lucro. Não se interessam pela saúde dos empregados. E isso é um fator que dificulta. As pessoas sempre alegam que estudam ou trabalham pra poder seguir uma rotina. Estar pelo menos 3 vezes indo ao médico. Porque de três em três meses tem que estar vindo ao médico, especialmente os hipertensos e diabéticos. Porque eles sabem que precisam, eles têm a receita em mãos pra eles pegarem os remédios, mas eles se preocupam mais com o emprego deles do que com a saúde. Então a gente tem que contornar um meio de que aquela pessoa venha pegar a receita, venha na consulta, venha fazer um check-up de seis em seis meses, fazer os exames (trabalhadora).

Os trabalhadores parecem ter poucas alternativas para atender aos usuários que não podem vir nos horários habituais. Em geral elas só ocorrem em momentos específicos, com a Semana da Mulher na qual foi aproveitada a possibilidade de mulheres que trabalham durante o horário de funcionamento da USF virem fazer o exame preventivo num dia de sábado.

Você viu no dia da Semana da Mulher? Deu tanta gente e foi tão bem organizado. Eu que organizei tudo. Cheguei e falei: “Gente? Vamos fazer alguma coisa na Semana da Mulher?” E elas: “Ah, vamos fazer um café da manhã”. Pelo amor de Deus, café se come em casa. Aí veio na minha cabeça fazer um mutirão de preventivo. E elas [trabalhadoras]: “Mas pra que isso?”. “Porque tem mulher que trabalha durante a semana” (coordenadora).

Outro ponto observado foi a baixa participação popular nas decisões tomadas pela USF. Sabemos que o SUS pressupõe a participação social, ao qual a população participa ativamente das decisões da área da saúde. A participação social é entendida como uma maneira de se efetivar a democracia, incluindo novos sujeitos no processo de gestão do SUS no que se refere aos debates, formulação e fiscalização das políticas de saúde, propondo-se legitimidade e transparência. “O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado” (BRASIL, acesso em 11 de novembro de 2009).

Neste sentido, um dos objetivos do PSF é estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social por parte da população. Esta é tomada como co-responsável no processo decisório em saúde (BRASIL, apud DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

A USF Jardim Palmeiras possui um conselho gestor local, formado por um representante de cada uma das seis comunidades, três representantes da SEMSA, a coordenadora da USF e um trabalhador de cada especialidade da USF. No entanto, não ocorreu nenhuma reunião durante nossa permanência nos oito meses no campo de pesquisa. Inclusive comentam que conselho estava inativo já há 4 meses antes de nossa chegada. Um dos membros da comunidade informou que eles estavam aguardando que a nova coordenadora os reunisse novamente. Também relatou que após a morte de um dos conselheiros e da entrada de alguns membros na política (na gestão atual) houve a paralisação das reuniões. Refere ainda que os membros do conselho começaram a desacreditar o mesmo, já que ele era só consultor e não deliberativo. Não viam mais o porquê se reunir, uma vez que as propostas eram sempre brecadas pela administração municipal e não se efetivavam. Ele também reclama que a prefeitura toma as decisões sem consultar a comunidade.

Entende-se, porém, que houve momentos iniciais em que a comunidade foi mais consultada sobre as decisões a respeito da organização do processo de trabalho da USF:

A comunidade votou tudo. Até horário de marcação. Tem uma médica que marca à tarde, pois foi a comunidade quem escolheu. Tudo na época foi posto em votação. Até se ficava aqui ou não (trabalhadora).

Realidade que hoje não mais se coloca. Um dos usuários, antigo morador e participante do conselho, considera que exista muita política partidária envolvida e que há falta de interesse para resolver as questões. A comunidade vem reclamar com ele sobre a situação, que aconselha que as queixas sejam oficializadas por meio de abaixo assinado e outras formas de mobilização. Mas para ele, embora os usuários não estejam satisfeitos com certas questões da USF, eles não tem noção de como se mobilizar de forma unida. “*Ficam dando tiro de forma perdida*”, diz ele.

Mesmo que os “*tiros sejam dados de forma perdida*”, eles não deixam de ser um incômodo e a manifestação do papel que a comunidade tem no embate de forças que constrói o SUS. Sabemos que a mobilização popular foi importantíssima para a institucionalização do SUS e que a participação dos usuários é regulada pela Lei nº. 8142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que define a existência das conferências de saúde (municipais, estaduais e federais) e dos conselhos de saúde (municipais, estaduais e federal). No entanto estas não são as únicas formas de participação e manifestação. A respeito desse assunto, Dalbello-Araujo (2005) considera que a comunidade participa, não apenas nos modos previstos em lei, nem da maneira com que se espera pelos moldes do PSF, mas participa também ao produzir tensão, gerar conflito e exigir mudanças de posturas, embora muitas das vezes não de maneira disciplinada, organizada, mas não menos eficiente. E uma dessas formas de manifestação é o “*barraco*”, o grito, a confusão.

Eu acho que falta um direcionamento melhor das ações para que o usuário possa ser atendido e ter suas necessidades básicas atendidas. E o usuário? Tem uns que fazem um barraco lá [recepção] e fazem com razão. Aí quando começa a fazer barraco, aparece [a solução] (trabalhadora).

[resolver] todos os problemas é impossível. Quem dera. Mas eu acho que eles saem daqui orientados e satisfeitos. Claro que vai ter sempre um que vai sair insatisfeito. A porta da outra médica é quebrada, que o paciente quebrou num chute. Então sempre tem, mas eu acho que muito pouco (trabalhadora).

Desta forma, consideramos importante que a comunidade seja trazida efetivamente para os espaços institucionalizados de participação, no sentido de que é necessário diminuir a distância entre trabalhadores e usuários e superar o binômio “nós e eles” (DALBELLO-ARAÚJO, 2005). Trabalhadores e usuários não podem ser tomados como pólos distintos da produção do cuidar e entendemos que das trocas, da tensão que produzem, as mudanças podem ser potencializadas, o que denota que é necessário reanimar os espaços de participação, envolvendo todos os atores do processo.

9.5. CONHECENDO OS TRABALHADORES.

Constituí o conjunto de trabalhadores da USF Jardim Palmeiras cerca de 60 pessoas. Dentre elas, incluem-se médicos, enfermeiros, dentistas, assistente social, técnicos de enfermagem, técnicos de higiene dentária, auxiliares de consultório dentário, ACS, auxiliares administrativos, vigilantes, pessoal da limpeza e a coordenadora.

Nesta pesquisa, optamos por incluir os trabalhadores da vigilância e da limpeza. A princípio poderíamos considerar o trabalhador de saúde como aquela pessoa que possui um saber técnico capaz de intervir em questões de saúde apresentadas pelo usuário, como, por exemplo, o médico, o dentista, o enfermeiro, ou outro profissional que realiza procedimentos de saúde. Porém, adotamos uma perspectiva ampliada. Neste estudo, consideramos trabalhador toda pessoa inserida no contexto produtivo da unidade, aqueles que realizam procedimentos específicos e considerados “de saúde”, aqueles que realizam tarefas administrativas (organização das agendas, recepção, marcação de consultas) e tarefas de apoio como limpeza, vigilância, condução, entrega. Em nosso entendimento, todos estes, mesmo sem o conhecimento técnico da área da saúde, intervêm na cadeia produtiva do cuidado no

contato que estabelecem com o usuário. Pois entendemos que cada um dos trabalhadores interfere na produção do cuidado. Ao parar para ouvir a queixa do usuário, o trabalhador está exercendo uma ação que pode modificar o fluxo que o usuário percorreria, encaminhando-o para outros profissionais e setores ou encerrando o trajeto do usuário através de uma informação dada, ou não dada. Notamos que vigilante assume um papel de grande interação com os usuários, diferente de um mero vigia do patrimônio físico da unidade. Ele é quem comumente tem o primeiro contato com os usuários, ao abrir os portões da unidade, organizar a fila e distribuir as senhas em conjunto com o pessoal da recepção. Mesmo não sendo sua atribuição, é ele quem pode dar uma informação que pode fazer o usuário seguir o caminho no interior da unidade. Além de suas funções de vigilância, ele carrega os pacientes que estão mais fragilizados, os conduz as salas de atendimento, atende ao telefone, entrega resultados de exames e executa outras funções que extrapolavam seu “protocolo” de vigiar. Ao atuar vigiando, ele adquire um saber sobre o funcionamento daquele serviço, saber este utilizado no trabalho com os usuários. Assim, suas ações geram efeitos no cuidado e o trabalho dos vigilantes revela que todos naquele contexto têm potencial e autonomia para intervir no processo de cuidar. Neste sentido, com seu trabalho vivo tanto ele pode atuar positivamente para a produção do cuidado, por exemplo, facilitando a entrada ao informar aos enfermeiros de que determinada pessoa está passando mal do lado de fora, e, até atuar negativamente, “barrando” a entrada do usuário no serviço por considerá-lo uma ameaça à ordem e a segurança:

- *Tem alguns casos que a pessoa não entra, ou um bêbado ou uma pessoa enjoada.*
- *Teve um dia que eu tive que colocar o doidinho pra fora. E eu fiquei mais doido do que ele.*
- *Assim. Teve um dia que uma mulher entrou aqui e disse que ia quebrar tudo se não dessem o remédio dela, que já tinha cheirado a maconha dela. Quer dizer, vai deixar uma pessoa dessas entrar e quebrar tudo, pra bater nos funcionários? Então tem o guarda pra manter ela lá fora.*
- *Mas às vezes aparece alguma pessoa atacada (trabalhadores em roda).*

O mesmo se dá com as “meninas” da limpeza. Embora esta categoria porte certa invisibilidade e revele maior inibição ao transitar pelos corredores da unidade,

verificamos que no seu trabalho de limpeza elas também podem intervir de forma ativa dando informações e conduzindo os usuários a alguns setores.

O que consideramos é que todos os trabalhadores inseridos na USF atuam na produção do cuidado, estabelecendo um contato com o usuário que pode ser passível de relações acolhedoras e de vínculo (MERHY, 1997a 1997b; FRANCO; BUENO; MERHY, 2006) não só aquelas categorias profissionais detentoras de um saber capaz de gerar diagnósticos e executar ações clínicas. Isso porque ao conversar com o usuário o trabalhador está atuando. No entanto, o que percebemos nos nossos serviços é que estas categorias ditas de apoio não são entendidas em sua potencialidade, e fazemos então um alerta para isso. Dentro da hierarquia institucionalizada que toma o médico no topo da cadeia, submetendo os demais profissionais de saúde de nível superior e estes submetendo os de nível técnico e auxiliar, tende-se a marginalizar certos trabalhadores não considerados no seu potencial interventivo. No entanto, uma auxiliar pode ter muito mais poder de intervir na sua tarefa de agendamento, subvertendo as normas protocoladas para inserir determinado usuário num certo serviço, do que o encaminhamento escrito executado por um profissional médico. E isto deve ser considerado no conjunto de microprocessos exercidos numa unidade de saúde.

É neste sentido que todos os trabalhadores da USF, independente de sua formação, função, especialização, participaram de alguma forma no nosso estudo.

Em nosso caminhar pelos corredores da USF, e também fora os muros da USF Jardim Palmeiras, buscamos em alguns momentos ajustar nosso olhar para perceber as relações que estes trabalhadores estabelecem com seu trabalho. No contato que tivemos com estes trabalhadores, todos manifestaram emoções ao relatar sobre o trabalho que desenvolvem. Uma das primeiras impressões que tivemos, foi um clima de tensão advindo da possibilidade da perda do emprego durante a fase de transição da gestão municipal. Com a nova gestão comandada por um partido diferente da anterior, houve a troca de chefias e toda equipe demonstrou apreensão pelas mudanças e a renovação dos contratos de trabalho. Este sentimento foi relatado em várias ocasiões durante o período que passamos na USF, no qual grande parte da equipe se preparava para receber o aviso prévio.

Ninguém sabe se vai ficar, se vão trocar de equipe, se o contrato será renovado, se o trabalho vai continuar, se o PSF vai se manter (trabalhadora).

As dificuldades que a gente tem eu acho que todo mundo enfrenta. No geral, não tem nada novo. A novidade mesmo foi a gestão, que pegou todo mundo desprevenido e eu nunca tinha passado por troca de prefeito. Sou nova aqui também. Então tudo isso está sendo como uma novidade. Coisas que só acontecem na televisão? Que a gente acha que nunca acontece com a gente? E a gente fica assim: vai tirar todo mundo? Vai botar gente nova? E eu to falando que é o que a gente ouve. Mas é isso. Não sei se você está observando isso. Mas o clima na unidade mudou completamente. Eu sinto assim que está todo mundo estranho. A gente passa no corredor e se olha e parece que troca informações: “Pô! Eu não estou legal e to vendo que você também não está” (trabalhadora).

As falas dos trabalhadores indicam como fonte da tensão o fim do contrato de trabalho. Dos 60 trabalhadores da USF, apenas dez são efetivos. A grande maioria, sobretudo os trabalhadores que compõem as equipes de PSF, é terceirizada, contratados por uma OSCIP. Além dos trabalhadores do PSF, a equipe de limpeza (duas trabalhadoras) e a equipe de vigilantes (quatro trabalhadores) também são terceirizadas por outras duas empresas.

Para a SEMSA a opção pela contratação terceirizada das equipes de PSF do município surgiu diante das dificuldades com o baixo orçamento e a escassez de recursos humanos. Estas contratações ocorreram antes da realização do concurso público de 2005 (o último concurso realizado até então). Questões como aprovação de leis na câmara para criar os cargos de PSF, preocupação com a manutenção do vínculo com a comunidade e garantia de alguns direitos aos trabalhadores foram citados pela SEMSA como fatores levados em consideração para esta escolha de vínculo contratual.

Na época tinha várias coisas dificultando e o ministério colocava, até no manual de contratação, principalmente para o agente comunitário, uma das formas de contratação via terceirização. E aí a gente seguiu esta lógica da terceirização porque ia facilitar muito a garantia desses direitos, tanto do funcionário e pra gente também ter continuidade da estratégia. Pensou-se também

muito na garantia para o funcionário, porque outro problema que a gente tinha na época, aliás, que até hoje tem, é que a prefeitura não paga 13º a quem é contratado. Não tem nenhuma garantia, nem de fundo de garantia nem nada. A única coisa que de alguns anos pra cá foram as férias, que na época também nem férias tinha direito. Não recebia férias e não tinha direito de gozar férias quem era contratado. Essas coisas todas eram dificultadores e a terceirização veio como uma forma de facilitar, esses problemas, essas dificuldades (coordenador).

O município segue a lógica adotada por outros do país. Há uma tendência nacional de utilizar contratações temporárias, uma delas via contrato com entidades civis para contornar dificuldades de instalação das equipes de saúde da família. Estas formas de contratação denotam efeitos do processo de reforma neoliberal do Estado que tratamos anteriormente, no qual o país ingressa no movimento mundial de flexibilização da força de trabalho. Para Dal Poz (2002) o serviço público cada vez mais assume um papel de regulador das ações, delegando a função da contratação de pessoal para outras entidades. Multiplicam-se, desta forma, os mecanismos de terceirização de serviços através de variadas modalidades (cooperativas, ONGS, OSCIPS, etc.), mas que implicam em questões complexas para que o PSF atinja seus objetivos. Fora as questões legais que esta prática de terceirização possa pressupor, já que para os juristas ela é ilegal e ilegítima (NOGUEIRA, 2006; DANTAS, 2007), estas modalidades de contratação são precárias, pois colocam o trabalhador numa situação delicada, uma vez que algumas não garantem benefícios assistenciais e demais direitos trabalhistas. Além disso, revelam-se como um dos entraves para a efetivação do PSF e para os princípios do SUS. Um dos motivos é a questão da continuidade do vínculo do profissional com a comunidade. A instabilidade do vínculo trabalhista e a insegurança provocada no trabalhador são considerados fatores que propiciam a rotatividade dos profissionais (COSTA et al., 2009).

Eu acho que um dos grandes problemas que a gente tem é o vínculo, nosso vínculo. Apesar de ser um vínculo bom, a gente tem um vínculo de carteira assinada. Mas, por mais que a gente seja responsável, cumpridor dos deveres, é um vínculo que deixa a gente a mercê de algumas situações que não condiz com o nosso trabalho, com o profissional que a gente é. Porque às vezes muda a administração, dependendo do interesse do administrador você sabe que às vezes tem que mudar o profissional, por causa de alguns compromissos políticos. Enfim... Então é uma situação que a gente fica meio apreensivo.

A gente às vezes fica pensando “Até a onde eu posso ir?”. Às vezes tem planos para o futuro e tal, mas eu não sei se eu vou poder. Porque não sei se eu vou estar trabalhando amanhã. Isso é uma das grandes dificuldades que a gente tem (trabalhador).

A fala deste trabalhador reflete um sentimento de impotência e de “estar à mercê da situação”. Este sentimento foi constatado em outras pesquisas, como a de Lourenço et al. (2009), que retrataram a precariedade do contrato de trabalho de cirurgiões dentistas. O fato de não ter controle sobre a manutenção do vínculo também provoca sensações de desvalorização.

Então to triste com o que ta acontecendo aqui. Já me disseram que vão mandar algumas das meninas embora. Contaram também que a gente só não vai embora porque não tem médico pra colocar no lugar. Então eu entendo assim, que depois de um trabalho de 3 anos aqui... [...] A gente faz um trabalho desses e aí de repente o pessoal botando o nosso trabalho no menor.. Eu brinco assim que nosso trabalho está valendo menos que esse lixo. Entendeu? Tipo assim: não tem ainda médico pra colocar, mas se na semana que vem tiver não importa se você é boa ou se não é, você vai parar na rua. Então são essas coisas que me fazem pensar. Eu prefiro até que me mandem embora mesmo. Porque pra ficar aqui sem saber como será o dia de amanhã... Então isso tudo me deixa muito chateada. É mais o descaso mesmo com a gente. E fica esse negócio: “Tchau! Vai embora!” (trabalhadora).

Outro aspecto, diferente da precarização dos contratos trabalhistas, relatados por eles foi a angústia de lidar com as dificuldades do trabalho. Seja pelas carências da comunidade, pelas impossibilidades de atuação ou pelo momento vivenciado.

Quando e chego ao final do dia eu analiso e às vezes eu choro. Porque mexe com meu emocional. E eu falo “Ah senhor me dá forças”. É tão bom quando você fecha seu dia e se sente aliviado. Que você conseguiu ir bem, as pessoas te vêem com olhos bons. “Nossa! Fulana faz tudo que pode” [...]. Mexe também você querer ajudar uma pessoa e não poder. Às vezes eu via casos na minha área de eu fechar o dia e estar angustiada. E meu esposo perguntar: “Por que você está assim?” “Porque eu vi um caso assim e assim”. E ele: “Mas você não pode trazer seu trabalho pra dentro de casa.” Mas aí é minha parte eu, minha parte humana. Eu queria poder fazer mais, ajudar mais. Tem pessoas com problemas muito sério... a gente vê de tudo um pouco. Você vê que aquela que pessoa não

tem alimento direito, uma pessoa acamada. Tem parentes que zelam, mas tem pessoas que já não agem com tanto amor. Então tudo isso mexe psicologicamente. Tem dias que eu fecho meu dia alegre e sorridente, mas tem dias que eu fecho... (trabalhadora).

Eles não tem outro recurso. Eles vêem a gente como um recurso para o que eles precisam resolver. Eles me vêem como uma pessoa que vai resolver o problema deles. E eles vêm a mim e eu não tenho como resolver. E é muito angustiante isso. É chato uma pessoa que precisa de você e você sabe que ele não tem outra pessoa pra ajudar. E quando ele vem pra você ele vai embora e muitas vezes não vai procurar outro serviço de saúde. E às vezes fica padecendo, padecendo, padecendo... Mas eu sempre tento me colocar disponível pra ajudar a comunidade. O que eu posso fazer eu estou fazendo. Dentro dos meus limites. Eu não estou fugindo disso (trabalhadora).

Estes aspectos provocam a incidência de estresse e adoecimento, que acarretam em absenteísmos. Quanto ao adoecimento, há tanto as doenças ocupacionais como as lesões por esforço repetitivo (LER) decorrentes das funções que executam:

-O técnico tem LER, o técnico tem otite. Esteto enfiado no ouvido pra 40, 60, 80 pacientes. O esforço repetitivo pra 40, 60, 80 pacientes [faz movimento de bombear o aparelho de pressão com a mão] pra verificar a pressão arterial.

-Mas tem muita LER aqui?

-Uma saiu daqui com LER e ela entrou aqui com LER.

-Tem outras doenças também?

-É problema de articulação, os agentes estão tendo, de tanto andar.

-Pressão alta (risos)

-De tanto ficar sentada

-Por causa da mão tem que fazer fisioterapia

-O nosso é mais mão e ouvido, o seu é mais coluna né doutor? [falando para o dentista] (trabalhadores em roda)

Quanto o estresse advindo do envolvimento com os problemas da comunidade e das impossibilidades que o momento coloca:

Então essa semana... semana passada eu não fiquei legal, passei mal. To com náuseas, tava assim... quase que esses dias eu precisei tomar um antidepressivo, porque senão... (trabalhadora)

-Estresse, cansaço físico do processo de trabalho que envolve o que a gente faz.

-O tanto de coisa que a gente ouve do paciente, o que a gente absorve. A gente se envolve com alguns problemas deles. (trabalhadores em roda)

Pitta (2006) analisa que no trabalho em saúde a relação do profissional com o paciente é por si só permeada por sofrimento. Isto porque o ambiente de trabalho em saúde, principalmente o hospitalar, possui uma forte carga emocional por lidar com questões como a doença e a morte, impelindo sobre os trabalhadores sensações frustrantes e desgastantes. Assim, entendemos que as experiências cotidianas de trabalho em saúde podem ser carregadas de sofrimento e que o trabalho em saúde pode ser desprazeroso e adoecedor, especialmente quando se colocam em questão fatores como precarização das relações de trabalho, perda dos direitos, instabilidade nas formas de contratação, baixo investimento em processos de educação e fracos vínculos estabelecidos nos locais de trabalho (BENEVIDES DE BARROS; BARROS, 2007).

No contexto de uma USF, cabe ainda avaliar as especificidades do trabalho na atenção primária, considerando as singularidades deste território que pressupõe um acompanhamento contínuo do usuário em suas questões de saúde. Trata-se, portanto de uma atenção diferenciada da atenção hospitalar que é considerada pelos próprios trabalhadores como pontual, apesar de intensa. A atenção primária, no entanto, necessita de um envolvimento longitudinal com os usuários, as famílias e a comunidade.

Eu que venho da rede hospitalar não acho que o trabalho aqui seja fácil. Lá você tem a responsabilidade no momento. Eu entendo o programa de saúde da família como uma responsabilidade muito grande [...] É você ter sobre você a saúde de uma comunidade inteira. [...] Lá no hospital você trabalha e passa um plantão e termina a sua responsabilidade porque você a passa pra um outro profissional da sua mesma categoria. Se o seu plantão começa as 7 e termina às 19 horas, o seu problema é das 7 às 19 horas. O que você não conseguiu resolver, o seu colega que vai entrar vai tentar resolver. E aqui não. [...] No hospital, você alivia a dor, resolve a ferida, ou resolve a patologia. “Fulano eu to com seu Pedro, e ele teve uma sutura, ta no analgésico e no soro, Ok?” A minha responsabilidade termina e a sua começa. Agora todo dia o Seu Pedro vir aqui e precisar de mim pra resolver a vida dele. Porque

ele só tem a mim como profissional como referência. E aí? (trabalhadora).

No entanto, embora possa ser percebida esta produção de sofrimento, consideramos que o trabalho também é fonte de prazer e satisfação. Dejours (1992,1994) analisou que mesmo em más condições de trabalho há a possibilidade de luta contra as insatisfações, indignidade e sentimentos de desqualificação e depressão. Assim, entendemos que o trabalhador investe sentido no que faz e é capaz de lutar contra o adoecimento, recriando a si mesmo e ao seu processo de trabalho de forma inventiva (BENEVIDES DE BARROS; BARROS, 2007).

Mesmo diante da possibilidade de perda do trabalho e do estresse gerado pelo envolvimento com as questões dos usuários, foi possível visualizar movimentos em os trabalhadores valorizavam o que executavam, retratando satisfação e reconhecimento da importância de sua função como cuidadores do SUS inseridos no PSF.

Eu adoro trabalhar aqui. Nestas últimas semanas eu tenho estado um pouco desgostosa. Mas aí quando eu chego aqui e ganho uma caixa de bombom.. vem um paciente e fala comigo que gosta da gente. Que admira o nosso trabalho e aí a gente esquece tudo (trabalhadora).

Inclusive uma paciente da minha área que eu nunca esqueci disso. Se não fosse a minha insistência com ela em fazer o preventivo, hoje ela teria um câncer. Então ela falou que eu sou um anjo enviado por Deus na família dela (trabalhadora).

Às vezes quando eu estou saindo de casa de manhã e encontro um paciente que era sedentário e o vejo caminhando, isso é uma situação que me dá prazer. Ou às vezes eu encontro um que está indo pra academia, ou que esta fazendo uma dieta. Ou seja, que vai mudando o ritmo de vida pra cuidar da saúde. Essa é uma situação que me alegra (trabalhadora).

Quando relatam sua satisfação com o trabalho, alguns afirmam que retiram dinheiro do próprio bolso para enfeitar suas salas e realizar as ações, apesar da falta de recursos que enfrentam. Neste sentido, chamou nossa atenção uma das trabalhadoras, que mostrava com orgulho a sua sala decorada com bichinhos comprados por ela mesma. Além dos enfeites pelas paredes, ela utilizou um pano

azul para solucionar o problema de um buraco no teto. Disse que ficava todo mundo olhando e achava feio. Assim, comprou um pedaço de pano azul, cobriu o buraco e aproveitou para enfeitá-lo como se fosse um céu, principalmente para distrair as crianças que iam tomar injeções. Além disso, sua sala era cheia de apetrechos também por ela comprados: bolas, pirulitos, biscoitos, tudo para não fazer com que as crianças chorassem no momento da vacina.

A coordenadora da unidade também relata gasto pessoal, quando da organização da Semana da Mulher, afirmando que gastou mais de 80 reais com material para enfeitar as salas e também com a confecção de lembrancinhas para distribuir entre as usuárias e trabalhadoras.

Uma das ACS relata que vai à casa das pessoas, mesmo que não desejem serem cadastradas, para orientá-las. Algo que não é inserido na sua produção, mas que a deixa satisfeita pelo trabalho realizado. Suas colegas, também relataram que chegam a trabalhar até mais tarde, principalmente nos momentos de campanha.

É, mas assim, quando você está envolvido, não está preocupado com essa produção. Você está preocupada com o resultado da informação (trabalhadora).

Um tempo atrás teve vacinação contra rubéola. Tivemos que trabalhar à noite. Às vezes na chuva para vacinar o povo. Passamos do nosso horário. E a gente não ganha pra isso (trabalhadora).

A recompensa pelo trabalho realizado indica tanto os proventos necessários para a subsistência do trabalhador e de sua família, como a satisfação pessoal advinda dos resultados de sua tarefa. Neste sentido, Mauro et al. (2004) abordam que o trabalho propicia o provimento de necessidades materiais, psicológicas e sociais para o trabalhador. Assim, além de proporcionar condições financeiras para satisfazer necessidades biológicas, como alimentação, vestuário, habitação e outras, o trabalho permite que se satisfaçam necessidades de afeto e a noção de se sentir parte importante do processo social. Com relação ao trabalho em saúde a satisfação envolve a possibilidade de se proporcionar cuidado a outro ser humano, ajudá-lo em suas necessidades de saúde e poder impactar ganhos na qualidade de vida das

pessoas. Assim, entendemos que o trabalho em saúde possui um valor social no sentido de cuidar de vidas. Oliniski e Lacerda (2004) apontam que estas possibilidades do trabalho em saúde refletem no modo como os trabalhadores se percebem como elementos importantes no contexto social, valorizando a auto-estima e funcionando como motivador. Para Machado e Merlo (2008), o reconhecimento da importância de sua função como trabalhadores de saúde possibilita o prazer no trabalho, no sentido de que o trabalhador se reconhece como autor de uma obra para a sociedade e encara suas potencialidades como ser humano.

O reconhecimento da importância de sua função como cuidadores revela-se como primordial para enfrentar as tensões do cotidiano. Isto porque verificamos que são trabalhadores vivendo no fio da navalha e que utilizam de seu jogo de cintura para dar conta do caos em que estão imersos e continuar na sua tarefa de cuidar.

No encontro que tivemos com aquela USF a sensação marcante foi a de estar diante de equilibristas tentando manter o trabalho com a comunidade. Com todas as emoções advindas do momento por que passavam, incluindo as angústias e os desassossegos frente à instabilidade de seus empregos, os trabalhadores tentavam a todo o momento contornar os empecilhos para continuar trabalhando.

Diante da falta de alguns profissionais, principalmente médicos, os trabalhadores demonstravam um verdadeiro jogo de cintura para encaixar os usuários com maior urgência de atendimento nas agendas dos médicos que restavam. Mesmo com queixas de estarem “amarrados” diante da situação, a palavra de ordem parecia a de “dar um jeitinho”. A primeira reunião que assistimos ao chegar a USF foi a de uma equipe bastante fragilizada em termos de falta de pessoal. A enfermeira nos últimos meses de gestação, prestes a sair de licença maternidade, coordenava uma reunião com apenas três ACS. Esta equipe “dividia” com outras duas equipes o médico clínico com carga horária de 20 horas que havia sido contratado para tentar suprir a falta do médico da família de algumas áreas, seja por motivo de férias, licença ou por demissão. Além disso, estava sem técnico de enfermagem e com duas ACS de férias. “Seguravam as pontas” como podiam, afirmando que em algumas situações era preciso “mendigar” para conseguir apoio.

A falta de profissionais médicos também era um ponto crítico para o serviço de acolhimento da unidade. Cada dia da semana os enfermeiros e seus respectivos técnicos de enfermagem se revezavam para atender as demandas de intercorrência. No entanto, quando careciam de avaliação médica, saiam batendo na porta dos médicos que ali estavam para, como eles mesmo diziam, “pedir um favor”.

E eu fico refém de uma situação, que preciso pedir um favor pra fulano ou pra ciclano. E está muito difícil. Eu estive até conversando com a gerente hoje acerca de um caso que teve ontem e que ela não estava no momento. Uma paciente veio, ela passou pelo hospital, passou pelo pronto atendimento e foi encaminhada para ser acompanhada pela saúde da família, ou seja, pela saúde municipal do seu bairro. Nós que temos que cuidar da saúde do pessoal do nosso bairro, pois existe essa unidade de saúde que é responsável por tratar. Uma vez que eles já passaram pelo processo de médico de pronto socorro e de pronto atendimento e veio encaminhado pra cá, nós temos que resolver. Ou a gente resolve ou a gente resolve. Ou a gente manda ele embora pra casa pra morrer. Ou seja, essa paciente esteve aqui, com todos os encaminhamentos e disse que não ia sair daqui sem atendimento, porque foi encaminhada pra cá. E aí? Como a gente faz? Eu vou mandar ela embora? Eu vou me responsabilizar se essa paciente chegar a morrer? Ela estava com as taxas sanguíneas todas alteradas, precisando de acompanhamento médico. E eu vou mandar ela embora? Eu não vou. Eu não consegui conversar com a gerência e liguei pra secretaria, que vai se responsabilizar por isso, porque eu não vou. Aí a secretaria autorizou agendar pra uma outra médica da unidade que vai ter que se responsabilizar pra acompanhar esse paciente. É complicado? É muito (trabalhadora).

Eu começo batendo na porta de um e de outro. Recebo um monte de não, mas recebo um monte de sim. Eu costumo brincar que pedir não dói. Digo que vou expor seu problema pra médica e ver o que ela vai fazer. Bato na porta de um que fala que a agenda está cheia. Bato na porta dos outros... um atende. Sempre tem um que atende e dificilmente ele sai daqui sem ser atendido. Eu acho que eles não me suportam mais na porta deles [risos]. Eu falo que pode me chamar de enjoada. Sou enjoada sim, mas não vou deixar o paciente ir embora. Ele está assim, assim e assim. Elas olham pra minha cara e falam: “Tá bom, me da o prontuário dele”. Então nessas condições eu burlo sim. E eles comigo tem essa facilidade (trabalhadora).

Assim, analisando o cotidiano destas pessoas, percebemos que os mesmos estabelecem relações com seu trabalho ora permeadas pela dor e pelo sofrimento, ora pelas sensações positivas de valorização e prazer. Sentimentos diversos que retratam as várias nuances do trabalho. Em uma conversa com uma das trabalhadoras percebemos todas essas nuances de uma só vez. Estávamos na sala de marcação de consulta e tentávamos entender o processo de marcação para especialidades. A trabalhadora que ali estava nos relatou que o local era “a pedra do sapato”. Enquanto explicava o processo, começou a falar das dificuldades com relação ao déficit de consultas de especialidade oferecidas pela rede estadual e as demandas da USF. Emocionada, pegou um dos encaminhamentos de um dos usuários estava aguardando há mais de ano uma especialidade, relatando com voz exaltada que sofria junto com os usuários com a espera: *“É uma missão, eu não vivo sem isso. Eu sofro junto com eles, permaneço por amor a eles. Já pensei em transferir de setor, mas não faço isso”*. Ela também contou que muitas vezes tentava agilizar as vagas pela central de marcação, tentando até vencer pela insistência, e que quando consegue marcar certas especialidades, grita mais do que se tivesse ganhado na loteria. Às vezes telefona de casa no horário de sua folga e que já se deprimiu quando soube que alguém morreu esperando uma consulta. Sua fala atraiu os demais colegas, que se aproximaram revelando identificação. Importante o quanto esta trabalhadora retrata tanto sofrimento quanto realização pelo que faz, considerando estar envolvida numa missão. Ela reconhece e valora sua função como trabalhadora e mesmo imersa no sofrimento advindo das dificuldades, não demonstra resignação. Expõe vigor após muitos anos de trabalho, inclusive quando fala de seus questionamentos e na sua forma de insistir para atender o usuário no que necessita. Neste sentido, reconhecemos a força do trabalho vivo, quando diante das adversidades é capaz de atuar para superar os entraves do processo de cuidar. A postura desses trabalhadores no que se refere à insistência, aos malabarismos, aos jogos de cintura, ainda que reconhecidamente não a ideal, reflete o empenho que demonstram na tarefa de cuidadores, responsabilizando-se pelos usuários.

É fato que nem todos suportaram o momento de tensão após a mudança administrativa e muitos optaram por saídas individuais. Alguns preferiram pedir demissão ou licenças, outros aproveitaram para dar espaço a projetos pessoais como um dos ACS que optou por sair e se dedicar à faculdade. No entanto,

reconhecemos tentativas de manter o apoio dos colegas diante das pressões. Foi assim, que uma das equipes de saúde da família relatou seu modo de lidar com o adoecimento e a angústia provocados no ambiente de trabalho. Mesmo que fosse definido a “responsabilidade” de cada um saber lidar com seu estresse, eles adotavam práticas de buscar apoio entre si, “*juntando-se igual pingüim no frio*” diante das adversidades:

-Agora o cansaço e o estresse cada um tem que cuidar do seu [risos].

-Aqui cada um se vira com o seu.

-Mas às vezes a gente se reúne e faz um bolo muito gostoso e a gente come, ri, a outra vai e faz um trabalho manual lindo e trás de presente pra gente e a gente se junta e ri.

-Eu acho que a melhor maneira de lidar com os resíduos é justamente essa sintonia da equipe. É uma forma de a gente administrar os resíduos. Eles são involuntários e vão sempre existir.

-A gente se junta muito.

-As pessoas são diferentes, pensam diferente e existe uma dificuldade de se aceitar o diferente. Mas a gente consegue administrar melhor as diferenças.

-E uma coisa é que a nossa equipe quando tem um problema, nós somos iguais a pingüins. A gente se junta pra se ajudar. Se machuca um todo mundo se junta. Se ta com problema todo mundo se junta. A gente resolve o problema ali.

-Tem que ter o cuidado de não deixar juntar muito.

-Acumular, pois se acumular fica difícil.

-E conversa claramente. Vamos melhorar isso (trabalhadores em roda).

Entendemos ser necessário criar ambientes de cuidado acolhedores, com solidariedade e respeito entre os profissionais. O ambiente de trabalho deve ser afetuoso, caloroso e propiciar apoio diante das adversidades. A união revela-se como fator importante, o que ressalta a relevância da criação e a manutenção de espaços que permitam que se circulem a solidariedade entre os trabalhadores na sua tarefa de cuidar. Por isso as festas, as reuniões, os encontros devem ser incentivados e sair da qualidade de marginais nos serviços, tornando-se espaços para trocas, apoio, solidariedade e cooperação. Deste modo, não basta adequar o espaço físico, se não existe espaço relacional concreto para trocas e compartilhamento (OLINISKI; LACERDA, 2004). O relacionamento é o principal elemento da saúde. É partir dele que o trabalhador desenvolve seu trabalho com o usuário. Neste sentido, entendemos que ambientes calorosos e solidários é que são

capazes de produzir cuidado, pois como os trabalhadores mesmo dizem “*São vidas cuidado de vidas*”.

9.6. QUESTIONANDO O MODO DE SER SAÚDE DA FAMÍLIA

O processo de trabalho da USF Jardim Palmeiras segue a lógica definida para as unidades de saúde que adotam a o PSF (BRASIL, 2006a). Os ACS percorrem suas micro-áreas, atuando como “*os olhos do PSF*”. Cadastram os usuários, convidam para a as ações executadas na USF, explicam o funcionamento da mesma e verificam a situação dos usuários, levando para a discussão em reunião semanais com sua equipe aqueles que necessitam de intervenções mais focalizadas. Esse processo foi descrito como uma colheita:

-Então começa todo lá fora, nesta colheita que as meninas [ACS] fazem. Elas vão lá e colhem o usuário. E se o usuário estiver saudável? É colhido também?

-É.

-Com certeza.

-Todos são.

-Ele é cadastrado e orientado.

-E o saudável entra também?

-Entra. Entra em algum processo. Não entra em todos.

-Então entra usuário doente e entra usuário saudável?

-Menos, mais...

-Porque a gente oferece informação.

-Faz profilaxia.

-A gente trabalha com prevenção.

-Imunização.

-Ele entra justamente pra ele não ficar doente.

-E tem usuário que não entra?

-O que não entra é aquele que não quer entrar.

-Não somos nós que decidimos. Ele é que decide se quer ou não (trabalhadores em roda).

A USF Jardim Palmeiras oferece consultas médicas, de enfermagem, ginecológicas e domiciliares, coleta exames, realiza procedimentos de enfermagem (curativo, nebulização, vacina, e outros), ações de odontologia, palestras educativas, atendimento social e oferta medicamentos padronizados pela rede básica. A maioria das ações necessita que o usuário seja cadastrado, principalmente as consultas,

mas há serviços como a vacina e o acolhimento que não demandam esta necessidade.

- O acolhimento vai atender a livre demanda. Cadastrado ou não.*
- Se o paciente é cadastrado, ele é da nossa área de cobertura, da nossa área adscrita, é dado o atendimento subsequente dentro da unidade de saúde. Se ele é de outro município ou de uma região próxima a nossa, ele é encaminhado pra sua região.*
- Mas nesse primeiro contato ele tem o atendimento. Não é negado.*
- Ele recebe a informação.*
- Ele recebe a informação e até o atendimento se for necessário de SOS. Mas ele é encaminhado pra sua unidade de referência (trabalhadores em roda).*

Entendemos uma USF como uma das formatações possíveis de serviços de APS. Neste sentido, a proposta é que em tais locais uma equipe de saúde desenvolva ações individuais e coletivas voltadas à população residente de seu território de responsabilidade. Tais ações devem abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Cientes de sua missão, os trabalhadores da USF definem uma série de objetivos de seu trabalho, que são produzir:

- Saúde.*
- Assistência ao usuário.*
- Promoção de saúde.*
- Prevenção*
- Qualidade de vida*
- Informação.*
- Estimulação*
- Persistência.*
- Paciência*
- Bem estar*
- Curativos. Eu vi uma senhora fazendo curativo.*
- Profilaxia de determinadas doenças.*
- Sorrisos bonitos [risos]*
- É esqueceram de você [falando para o dentista].*
- Imunização*
- Dicas de alimentação saudável.*
- Orientação (trabalhadores em roda).*

Tais objetivos buscam ser cumpridos pelos atos desses trabalhadores, como consultas, exames, palestras, reuniões e visitas domiciliares.

Concordamos com Merhy (2004) de que, acima de tudo, o objetivo de qualquer serviço de saúde deva ser a produção do cuidado, através do qual se atinge a saúde, que é a finalidade deste território. No entanto, ele denuncia que nem sempre os serviços de saúde são voltados para a produção de cuidado. Por meio das análises deste autor, compreendemos que na maior parte dos serviços de saúde há ações “procedimento-centradas” em lugar das “usuário-centradas”. Isto porque as ações desenvolvidas são efeitos do modo como o modelo de saúde está instituído e de como ele influencia a organização dos atos de cuidar. Assim, frequentemente o que percebemos são modos de trabalhar sob a égide flexneriana. Formas de atuar dirigidas para o corpo biológico, em geral curativas e preocupadas com a doença, que se esgotam na realização do procedimento, que em grande parte não satisfazem as necessidades do usuário, e não se mostram efetivas para solucionar os problemas apresentados por ele. Mesmo reconhecendo um movimento de reorganização das práticas, nas apostas que tem sido realizadas na AP e no PSF, este modelo centrado no corpo biológico e curativo, persiste. Ao analisar o cotidiano da USF Jardim Palmeiras, notamos a manutenção deste entrave.

Aqui também percebe-se que o trabalho desenvolvido está majoritariamente focado no atendimento curativo. Este fato é relevado pela fala dos trabalhadores que reconhecem: *“Aqui a gente tem muito atendimento clínico. A maior parte do nosso trabalho é em atendimento clínico (trabalhador)”*.

Neste sentido, os trabalhadores da USF Jardim Palmeiras discordam que o trabalho por eles realizado seja de fato cuidador e apontam a grande distância do que seria ideal:

Porque esse trabalho nosso é mais voltado para a prevenção. Mas eu acho que está muito além, como se fosse uma gotinha no oceano. É válido, claro que é válido. Mas eu vejo um investimento alto pra um retorno pouco. Eu não sei como vai ser daqui a uns anos. [...] Eu vejo essa unidade aqui como uma unidade comum e não como uma unidade de PSF. Que tem fila, que paciente tem que esperar. [...] Eu vejo rotina normal de unidade. Tantas fichas pro doutor fulano. Chega aqui 5 horas e não tem mais vagas, acabaram as fichas. Isso é PSF? Pra mim

é meio estranho. Agora é valido? É. Tudo tem que começar, e eu vejo que eles estão começando. Vila Velha está começado. Vamos ver daqui a 20 anos de implantação. Porque é pouco tempo em se tratando de saúde. Saúde é difícil. Cada dia a população está mais doente. As necessidades aumentam mais e mais. Porque é muito difícil acompanhar. Principalmente se falando de recursos financeiros (trabalhadora).

Diante de tais constatações surge o questionamento da real resolutividade do PSF. Dentro destas críticas, destacamos a necessidade de alterar a configuração dos processos de trabalho em saúde, sem os qual não conseguiremos atingir as mudanças necessárias para ações cuidadoras e resolutivas, rompendo com o modelo médico hegemônico. Sobre este assunto, Franco e Merhy (2006) consideram que o trabalho do PSF, ainda que tenha modificado a estrutura de funcionamento, como, por exemplo, formação de equipes de saúde da família, adscrição de clientela e territorialização, não modificou o modo de produção focado no modelo flexneriano, nem conseguiu reorganizar a assistência na AP da forma como previam os textos ministeriais a respeito do PSF. Estes autores consideram que apesar das propostas de mudar o processo de trabalho apontadas na aposta do MS, as mudanças no sistema necessitam da compreensão da micropolítica do processo de trabalho em saúde e do modo como as ações são desenvolvidas no cotidiano dos serviços. Neste sentido, observamos a insistência do modelo tradicional biomédico, que a política de implantação do PSF diz combater, nas práticas cotidianas das equipes de saúde da família. Costa et al. (2009) consideram que exista uma “ação sanguessuga”, na qual o modelo que necessita ser alterado suga as forças da estratégia reformuladora na sua arma mais poderosa: as práticas de saúde. Para estes autores, as práticas mesmo no interior do PFS são influenciadas pelo paradigma flexneriano, que conceitua saúde em sua negatividade, pensando a como ausência de doença, dor e morte, e mantém uma organização de serviços medicamente definida.

Igual uma mulher que vem pegar um resultado de preventivo e eu vou consultar ela, mas eu prescrevo alguma coisa se deu alguma alteração. Ou encaminho ela pra um serviço especializado. Procuo algum recurso mais especializado. A saúde mental a gente acompanha quando tem algum caso, mas a gente não avalia a família como um todo. Tipo: você ir lá e fazer uma visita pra uma família e acompanhar a família. O agente comunitário vai lá e cadastra. Eu acho que quem tem

mais acesso a família é o agente. Nós vamos na gravidade mesmo, no foco do problema (trabalhadora).

As ações nas comunidades, bem como as visitas domiciliares, são entendidas como trunfos do PSF. No entanto, Franco e Merhy (2006) alertam que elas podem ser também marcadas pelo ato de “executar procedimentos”, não se mostrando diferentes da forma procedimento-centrada que o PSF define combater com relação ao modelo tradicional. Neste sentido, observamos a manutenção destas práticas pautadas no modelo biomédico, inclusive nas ações nas comunidades que analisamos.

Certa vez, acompanhávamos uma das equipes, e esperávamos ter a oportunidade de verificar uma ação coletiva do PSF com proposta distinta das tradicionais voltadas para a consulta. Tratava-se de um grupo de cerca de 20 pessoas hipertensas e diabéticas, grande parte idosa, reunido numa igreja da comunidade. Participavam a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem e as ACS. De acordo com a equipe, esta ação acontece de três em três meses para acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos de sua área.

A ação se desenvolveu da seguinte forma: a médica inicia a apresentação falando que a equipe está encontrando dificuldades, pede para que as pessoas evitem procurar o acolhimento sem necessidade e explica a forma como está ocorrendo a marcação das consultas, a seguir retira-se para uma sala isolada no interior da igreja. A enfermeira inicia sua fala sobre tuberculose utilizando um álbum seriado como guia. Informa sobre o que é a doença, as formas de contágio e o tratamento. Ao mesmo tempo a técnica de enfermagem, seguindo senhas que foram distribuídas por ordem de chegada, afere a pressão arterial e a glicose das pessoas. As ACS vão coletando os dados das pessoas e agendando aqueles que necessitam de atenção focalizada para o dia de consulta reservado para os hipertensos e diabéticos. A médica vai prescrevendo as receitas e quando os participantes as recebem perguntam se podem ir embora. Percebemos um clima de impaciência: alguns pedem para ser atendidos antes, pois tem outros compromissos, estando claramente ali apenas aguardando sua receita.

Chama a atenção neste contexto, que a médica esteja isolada em uma sala e que cada um esteja executando uma ação de forma independente no decorrer de uma palestra que parecia não implicar em interesse dos usuários. Estes preocupavam-se mais com a receita que vieram buscar. Percebe-se que a saída da equipe para fora dos muros da unidade e a realização de um grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos não significa alteração de uma prática procedimento centrada.

Cotidianamente, apesar dos esforços das equipes em se reunir, discutir os casos e propor intervenções multidisciplinares em busca de melhor atenção para os usuários sob sua responsabilidade, o processo de trabalho está centralizado no ato medicamentoso. O médico participa das reuniões de equipe e das ações, quando sua agenda permite, mas se envolve majoritariamente em ações curativas. Mesmo os demais profissionais de nível superior, como os enfermeiros e os dentistas, também mantêm um trabalho muitas vezes centrado na consulta dos usuários.

Aliam-se a este modo de trabalhar, dificuldades em lidar com a grande demanda de atendimentos, as questões burocráticas como a execução de relatórios e a relação de dados para a os sistemas de informação, a falta de profissionais para dar conta da demanda. Também consideramos as exigências das Secretarias de Saúde (municipal e estadual) para realização de ações, na maior parte das vezes, sem tempo hábil para planejamento adequado.

E além dos grupos que a gente tem que trabalhar, os trabalhos de prevenção, eu estou com uns documentos lá para fazer, mas eu não tive tempo por causa da agenda cheia. E cada vez tendo trabalho. Mês passado teve a saúde da mulher e a gente trabalhou no mutirão [de coleta de exames preventivos]. Esse mês já tem o idoso [início da campanha de vacinação contra a gripe]. Já estou fazendo o levantamento dos idosos acamados. Vou ter que ir a área e vacinar todo mundo. Vou ter que montar um posto volante. Aí você mexe com técnico, mexe com agente. E ainda estou trabalhando com processo de pacientes que necessitam e não tem atendimento médico. Eu tenho que colocar minha cara e tentar resolver (trabalhadora).

O planejamento é feito mesmo de cima pra baixo. É assim, por exemplo, tem um programa, como teve recentemente o DST/AIDS. Eles precisavam fazer uma campanha pra colher sangue e ver VDRL e HIV. Ah vai ter e vai ter, mas não teve

campanha e nem nada. E aí ficou “pra onde a gente vai?”. Não tinha sido avisado, não tinha sido avisado para o usuário. Mas aqui trabalha muito com cumprir metas, entendeu? Mas tem que cumprir meta e tem que ter. Só que aí coincidiu desse dia ser reunião do Bolsa Família e o auditório estava cheio. Aí foi feito com o pessoal do Bolsa Família. Então na realidade, a programação vem muito em cima. E não dá tempo de mobilizar. E geralmente é utilizado o pessoal do Bolsa Família, porque são reuniões fixas. E tem um número razoável de pessoas. Mas que se fosse feito com antecedência, poderia ter sido feita uma divulgação maior. Para que mais pessoas fossem beneficiadas, com palestras e com algumas ações (trabalhadora).

Os trabalhadores consideram tais questões como entraves do seu processo de trabalho. Percebe-se o interesse em realizar ações mais efetivas e que atinjam os objetivos do PSF, mas os trabalhadores afirmam que este interesse é dificultado pela exigência cotidiana como a de cumprir metas impostas pelas Secretarias de Saúde. Frente a tais exigências, o trabalho se torna engessado, capturado pelo trabalho morto e a rotina se revela como solução embora reconhecidamente não efetiva.

Uma das trabalhadoras acredita que as práticas do PSF são “paternalistas” devido à preocupação com o controle dos indicadores de saúde, principalmente aqueles usuários dos grupos que devem ser mais focados. Os recém-nascidos, as gestantes, os hipertensos, as internações, situações nutricionais, tipos e quantidades de procedimentos realizados, encaminhamentos para a rede e notificação de determinadas doenças, tudo deve ser cuidadosamente controlado e anotado para alimentar os sistemas de AB e vigilância epidemiológica.

A gente tem que ver se as pessoas estão tomando os remédios, se a receitinha está em dia [...] Inclusive a gente faz o papel até de responsável por aquela pessoa. A gente pega e obriga entre aspas pra estar vindo aqui e tomando vacina, falando que está atrasado. Assim, assim. E faz uma pressão pra que eles venham dar as vacinas em dia, ver se a gestante está todo mês vindo aqui (trabalhadora).

Os trabalhadores, entretanto, têm críticas sobre este processo, afirmando que este não é o ideal. Consideram que proposta do programa ainda não atingiu o que

deveria em termos de melhoria da qualidade de saúde da população por ter se desvinculado de seu foco que é, sobretudo, lidar com a família e seu entorno. Consideram que o PSF perdeu sua essência.

Sabe o que eu percebo? Pelo pouco que eu estou na Saúde Pública? Que o PSF se desvinculou muito [...] A gente acompanha grupo. Grupo de gestante, de mulher e de hipertenso e diabético, digamos assim. Médico e enfermeiro passaram a acompanhar grupos. Grupos dos doentes, dos que estão grávidos.. e desvinculou do que era acompanhar a família (trabalhadora).

A divisão em grupos por patologias não se constituem como proposta do PSF, embora esteja explícita uma preocupação quanto ao controle dos indicadores de saúde que leva as equipes a se envolverem prioritariamente com os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças. As ações programáticas foram criticadas em outras pesquisas, como a de Dalbello-Araujo (2005) que refletiu o sentimento dos moradores da comunidade que pesquisou a respeito de que a atenção dos profissionais acaba sendo focalizada nos grupos de prioridade. Iglesias (2009) também retrata críticas a esta lógica programática, adotada principalmente de forma verticalizada e no sentido de que as unidades “cumpram” as determinações ministeriais, muitas das vezes em discordância com as reais necessidades da comunidade.

Eu pretendo levantar risco de cada micro-área, conhecendo cada realidade e fechar grupos de risco da comunidade. Eu queria trabalhar em cima daquilo que eu vou levantar. Porque é o foco do PSF. Por exemplo, fechar um diagnóstico da sua área, e cada micro-área tem um foco diferente. E é isso que eu quero saber. Porque minha área tem idoso? Tem, mas ele não é o meu foco. Lá eu tenho muita criança e muito adolescente. Muita gravidez na adolescência. Drogas, muito ponto de droga. Muito jovem envolvido com drogas. Então a gente tem que trabalhar esse grupo de risco. Eu quero levantar qual o risco de lá. E não é hipertensão e diabetes (trabalhadora).

Esta lógica programática necessita ser superada tendo em vista a mudança do modelo assistencial que implica em valorizar a saúde, a integralidade e não a doença.

Considerando a importância de controlar certas patologias, há ainda o que poderíamos chamar de práticas de barganha e de coação, que “obrigam” as pessoas a assistirem as palestras. Neste contexto, os grupos que deveriam ser uma das estratégias do PSF para promover a saúde da comunidade, acabam se tornando um mecanismo de segregação. Quem não participa ou não segue o grupo conforme previsto pela equipe sofre algumas sanções; ao passo de que quem participa, possui um atendimento diferenciado, marcado por certas facilidades, dada a preocupação do controle sobre a incidência dos agravos das patologias.

O paciente que é hipertenso e diabético e ele faz parte de um grupo. Esse grupo é trimestral. O paciente que não participa do grupo, que é hipertenso e diabético e não vai ao grupo, ele não tem atendimento odontológico, eles são podados. Pra quê? Pra gerar com que esse paciente tenha compromisso. Porque é o que a gente ensina pra o paciente: que ele tem direitos, mas tem deveres. É só fazer por eles, se eles não fazem pela gente? Ai não tem como. Então é como se fosse uma punição. Ele vai ter que continuar com o tratamento? Vai ter, mas tem que dar um castigo (trabalhadora).

Ninguém é obrigado. Eu sempre falo que a vantagem é que aqui tem a palestra e a facilidade de marcar a consulta. Porque é um absurdo ter que enfrentar fila. Pelo menos eu acho. Mas o senhor fica a vontade para ir se quiser (trabalhadora, em palestra com a comunidade, respondendo as reclamações de um dos usuários sobre ter que vir ao grupo e com o atraso do início do mesmo).

As práticas de coação e barganha, presentes no cotidiano desta e de muitas outras unidades, denotam um empecilho para a produção do cuidado. O foco é a preocupação com a doença e não na promoção da saúde e na produção do cuidado. O cuidado não se realiza pela barganha, mas pela troca, o que pressupõe encontro, interseção, participação, co-responsabilidade. E os usuários demonstram que estas práticas que não o acolhem como sujeitos são ineficazes.

A gente aqui faz a profilaxia, que a gente diz. Só que a gente está tratando muito. Eles são reticentes na profilaxia. Na prevenção. Eles esperam ficar doentes. Os do grupo a gente tem conseguido ensinar mais como é que come... eu ate falo com eles, vocês tem que fazer o que a doutora passa e não o que a doutora faz [risos] porque eu sou redondinha [risos]. Então

tem mais tempo com eles e a gente consegue botar um pouquinho na cabeça deles. Mas eu acho que isso ainda esta uma coisa bem deficiente. Na realidade, na prática a gente tem feito nas palestras, explicar tudo direitinho como é que tem que fazer, como não se faz, as conseqüências... Mas eu ainda vejo o pessoal muito doente (trabalhadora).

Verificamos que os usuários resistem ao modo como os trabalhadores impõem as ações de educação em saúde de diversas formas: conversas paralelas, ausências, falas em tom de brincadeiras, críticas e demais manifestações que demonstram direta e indiretamente que as ações não lhe interessam no que tange a suas necessidades (IGLESIAS, 2009). Constata-se a resistência dos usuários, frente à tentativa de prescrição de comportamento das equipes de saúde no intuito de ensinar hábitos saudáveis, “intrometendo-se” no modo como as pessoas levam suas vidas. Neste sentido, citamos a surdez do trabalhador diante dos indicativos de ineficácia dessas práticas de transmissão de informações que os usuários expõem. Tais práticas não envolvem os usuários nas negociações quanto a construção de modos mais favoráveis de conduzir sua vida e, não ampliam o olhar para além dos determinantes biológicos das doenças, desconsiderando, por exemplo, as questões sociais dos sujeitos. Isto é, na resistência, o usuário demonstra que as ações executadas não são efetivas para solucionar as questões de saúde que apresentam. Entretanto, na grande parte das vezes esta resistência é tida pelos trabalhadores como um problema do usuário, como teimosia, problema de educação e não como um ponto a ser analisado, discutido e utilizado para buscar mudanças. Entendemos ser necessário que se reconheçam os usuários nas suas singularidades e como gestores e inventores de sua própria vida e não como mero receptáculos das decisões tomadas por outros e que possam ser doutrinados, tutelados, ensinados (DALBELLO-ARAÚJO, 2005, DALBELLO-ARAÚJO; ANDRADE, 2007; IGLESIAS, 2009).

Neste sentido, é preciso que se criem acordos, negocie saberes em busca da construção de modos de vida autônomos e criativos e essa negociação sempre ocorre com base no encontro, capaz de produzir o cuidado.

Consideramos o PSF em sua multiplicidade e avaliamos que apesar do que foi observado na USF Jardim Palmeiras, situação compartilhada por outras unidades, frente à captura exercida pelo modelo médico hegemônico das práticas em saúde da família, cabe ponderar o PSF em sua complexidade e diversidade. Deste modo, compreendemos que o PSF pode assumir diversas faces. Assim, afirmamos que apesar de sua formatação definida na legislação (BRASIL, 2006a), a conformação do PSF depende do modo como os municípios o adotam e organizam seu funcionamento e, principalmente, do modo como os sujeitos se relacionam no dia a dia dos serviços, atuando na produção do cuidado por meio dos encontros realizados.

9.7. O ENCONTRO COMO PRODUTOR DE CUIDADO

Quando perguntados a respeito das ferramentas que empregam para executar seu trabalho, os trabalhadores da USF elencaram uma série de itens que fazem parte de seu cotidiano:

- Os equipamentos que a gente utiliza.*
- Consultórios equipados. No caso dele o consultório odontológico [apontando para o dentista].*
- A cadeira.*
- O consultório médico.*
- O motorzinho.*
- O sonar, o otoscópio.*
- O esteto.*
- A balança.*
- Fita métrica.*
- Equipamentos de forma geral.*
- O agente comunitário usa papel e caneta (trabalhadores em roda).*

Percebe-se que num primeiro momento, há uma tendência de citar equipamentos eletrônicos de grande porte, como a cadeira do dentista e demais ferramentas do dia a dia, incluindo o papel e a caneta. No entanto em meio a este aparato duro, que os trabalhadores foram citando, aos poucos foram emergindo de suas falas tecnologias marcadas pela leveza, relatadas inicialmente pelos ACS:

- A gente usa a voz, nosso equipamento é a voz.*
- A voz e as pernas.*
- E o sapato que a gente tem que gastar? (trabalhadores em roda).*

As observações dos trabalhadores corroboram com os estudos a respeito das tecnologias em saúde (GONÇALVES, 1994; MERHY, 2002), que definem que tecnologia corresponde tanto as máquinas e demais instrumentos quanto ao saber-fazer do trabalhador, o qual realiza seu trabalho também por meio de tecnologias de relação (tecnologias leves).

Partindo-se destas considerações a respeito do caráter relacional do trabalho em saúde, fica compreensível uma aparente confusão quando perguntamos aos trabalhadores da USF qual seria a matéria prima de seu processo de trabalho:

- A matéria prima somos nós: médico, enfermeiro, técnico, dentista;*
- São pessoas;*
- É a população adscrita;*
- Os usuários que utilizam a unidade de saúde são a nossa matéria prima*
- São os usuários*
- Eu acho que é, porque se não tem pacientes o que a gente vai fazer aqui?*
- Eu estou em dúvida (trabalhadores em roda).*

São eles, os trabalhadores? São os usuários? São ambos? Tais considerações se fazem pertinentes, pois embora se possa inicialmente considerar que exista uma separação entre o trabalhador e a matéria prima, como pressuposto em outros processos de trabalho como o fabril, a fala destes trabalhadores de saúde deixa claro que ela não existe no momento do processo que executam.

Neste sentido, nossa perspectiva entende que a matéria prima do trabalho em saúde seja o encontro. E nas transformações que se dão nos encontros que o cuidado se produz. Trabalhador e usuário devem atuar em conjunto para que a produção ocorra. Deste modo, não se tratam de pólos isolados do processo, pois pressupõe interação mútua entre ambos para possibilitar respostas positivas diante dos problemas de saúde envolvidos. Quando o trabalhador atua sem considerar as

singularidades do usuário, seu contexto de vida, seus interesses e necessidades, as ações são ineficazes ou produzem resultados negativos. Igualmente quando o usuário não se empenha, não se interessa e não está envolvido com o que o trabalhador e a equipe definem como encaminhamentos para solucionar o que ele traz como queixa, não há resolutividade. A resolutividade só é possível quando há vínculo, envolvimento, co-participação no processo de trabalho. O processo de trabalho em saúde pressupõe a ação, ou melhor dizendo, a *inter-ação* entre trabalhador e usuário sem o qual o cuidado não se materializa. Esta constatação alia-se ao pensamento de autores que consideram que no trabalho em saúde...

... há um encontro entre duas pessoas **que atuam uma sobre a outra**, e no qual, opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitações (MERHY, 1999, p 308, grifos nossos).

A produção do cuidado em saúde depende dos encontros entre sujeitos e das relações estabelecidas. Depende da troca, do contato, da intercessão. O termo *intercessor* foi formulado por Deleuze (1992). Este autor, ao falar sobre a produção desenvolvida com Guattari, atribui que ela só foi possível devido às interferências e aos efeitos do que se passou *entre* os dois. Compreendemos, portanto, que o intercessor, por meio de uma operação de encontro, contágio e cruzamento, desestabiliza e força o diferir, colocando reflexões e possibilitando a criação (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2000). No entanto, importa ressaltar que nem sempre as relações estabelecidas nos serviços de saúde são intercessoras no sentido de produzir cuidado cuidador (FRANCO; MERHY, 2005). Se tomarmos o modelo assistencial predominante, centrado em procedimentos e especialização, reconheceremos que a relação que o trabalhador estabelece com o usuário muitas das vezes apresenta-se como “objetal” (MERHY, 1997b), mecânica, isto é, uma relação marcada pela impessoalidade, voltada para a realização de procedimentos.

Entendemos que o trabalhador emprega diferentes valises para executar suas ações: a valise da mão (que são os instrumentos, as tecnologias duras) a valise da

cabeça (o seu saber técnico estruturado, as tecnologias leve-duras) e a valise que só tem materialidade em ato, no momento da interação, que é a valise do espaço relacional (tecnologias leves). O arranjo entre estas três valises, isto é a predominância da lógica instrumental ou relacional, determina diferentes perfis de assistência (MERHY, 2002).

Observamos como estes arranjos de valises ocorriam. Em um momento na sala de curativo, pergunto para a trabalhadora que lá estava se passavam por ali muitos casos de violência doméstica. Ela responde:

Essa que veio aqui hoje com o braço quebrado é uma. A gente percebe, mas eu não pergunto nada. Eu faço o curativo, mas nem pergunto. Deixo pro médico perguntar (trabalhadora).

Embora a trabalhadora tenha sido atingida pela sensação de que algo acontecia com aquela usuária, ela se restringe a executar o procedimento de fazer o curativo, sem avançar mais no cuidado com a mulher que atendia. Imagina que isso não lhe diz respeito e ponto. Restringe-se a empregar as valises mais duras e a executar o procedimento curativo.

Por outro lado, percebemos que os trabalhadores daquela USF reconhecem a necessidade do envolvimento com o usuário para que seu trabalho possa ser realizado.

Porque às vezes você tem uma intimidade muito grande com o paciente. Às vezes você consegue ajudar com uma conversa informal. Você consegue definir que tipo de atitude você vai tomar para tratar aquele paciente. Às vezes certos problemas que só naquela intimidade, naquela coisa de amigo que você consegue detectar certas atitudes que ele está tomando ou o porquê que ele está levando aquele tipo de vida. Eu acho válido porque você tem condição mesmo de entrar na casa das famílias e conhecer um pouquinho de cada e interferir naquilo que você pode e acha necessário. E monitorar aquele tratamento de saúde e você tem a liberdade de dar aquele puxãozinho de orelha em um e em outro. Ou às vezes pedindo aos filhos que interfiram. Então tem coisas que só o agente que mora no bairro tem, com as pessoas que você adquire confiança. Ou que se fosse uma pessoa que acabasse o serviço

e fosse embora, eu acho que ele não teria tanta liberdade quanto a gente (trabalhadora).

Então eu conheço o problema de quase todos eles. Problemas financeiros, problemas de saúde. Eu acabo me envolvendo com tudo porque eles acabam me contando certas coisas. E quando eles chegam [no acolhimento] eu já sei a medicação que eles tomam, muitos que tomam medicação controlada. Se eles estão sem, eu entendo porque eles estão chegando mais agitados. Já ponho pra dentro e converso com eles, acalma (trabalhadora).

Em Espinosa (apud DELEUZE, 2002) entendemos que existem bons e maus encontros. Para este filósofo, algo se define não por sua essência, mas pelo que ela pode em ato. Desta forma, a potência do ser humano possui uma força cuja intensidade aumenta e diminui de acordo com os relacionamentos que estabelece.

Toda potência é ato, ativa, e em ato. A identidade da potência e do ato explica-se pelo seguinte: toda potência é inseparável de um poder de ser afetado, e esse poder de ser afetado encontra-se constante e necessariamente preenchido por afecções que o efetuam (DELEUZE, 2002, p. 103).

Neste sentido, consideramos como *bom* tudo o que favorece, aumenta nossa potência de agir e como *mau* tudo o que diminui essa potência. Maus encontros são envenenadores, decompõem nossos corpos, impedem nosso movimento, nos anulam, nos fazem sentir tristeza.

Teixeira (2005) aborda o tema do encontro espinosiano entre o trabalhador de saúde e o usuário. Ele explicita que inicialmente, ocorre o que é definido como relação de primeiro gênero ou “*conhecimento vago*”. Os corpos ao entrar em contato estariam sob o domínio da imagem do outro e das impressões que este outro causa. Quando essas primeiras impressões são positivas, ambos experimentam sentimento de aumento de potência e uma convicção de que o outro corpo lhe convém. Para o autor, isto corresponde a uma relação de empatia, primordial para o trabalho em saúde. Na medida em que ambos descobrem o que ele chama de “*zona de comunidade*”, isto é explorar o comum e obter, por exemplo, o reconhecimento recíproco de que uma das partes expõe uma necessidade, presumindo-se que a outra detém meios de satisfazê-la, a relação se amplia para além do patamar da empatia. Estabelece-se uma relação de confiança, adentrando na relação de segundo gênero que é denominado “*conhecimento adequado*”.

Chegou e disse: “eu posso falar com a senhora? Posso fechar a porta?” Virou pra mim e disse que tinha transado sem camisinha e a moça é suspeita de ser HIV. Sabe aquele baita daquele homem, chegar pra mim e falar isso. Você tem que ser muito profissional na hora pra dar a orientação certa. Encaminhei ele pro lado mais lógico que tinha que encaminhar, encaminhei ele pra médica. Pra ele chegar pra mim e falar, ele tinha que ter confiança em mim. Senão ele não ia falar. Então é isso, na hora Deus te direciona (trabalhadora).

Estes sentimentos de confiança são importantes para a consistência de vínculos, sem os quais uma relação terapêutica e de cuidado, não ocorre. Na opinião de Teixeira (2005), embora raro, este patamar não é o mais difícil de ser atingido, mas dará força para a relação de terceiro gênero: o “*conhecimento das essências singularidades*”, que é a aceitação do outro como legítimo outro, com suas diferenças e singularidades.

Em alguns momentos, no entanto, percebemos que o canal de abertura para estabelecer bons encontros estava fechado. Como em certa ocasião em que observávamos a equipe atender um senhor com pico hipertensivo que aguardava para reavaliar a pressão arterial após a medicação. Ele esperou o tempo para reavaliação e retornou a sala de preparo, no que uma trabalhadora perguntou:

-O senhor já se acalmou?

-Eu não estou nervoso. Não se pergunta pra alguém se está nervoso. Aí que eu fico nervoso. Eu não consegui médico, tenho que voltar segunda feira pra marcar. Não tem remédio na farmácia. Eu vou ter que comprar. Por isso que eu não confio no SUS, só vim porque estava passando mal.

Outra, trabalhadora, incomodada com as queixas contra o SUS, respondeu:

*- O senhor tomou a medicação direitinho? Fez a dieta direitinho?
- Sim, tomei, mas não resolveu... Então tá, vou voltar depois.*

Quando ele sai surgiu o comentário entre elas:

-Sentiu o hálito? Estava alcoolizado. Toma todas e é claro que a pressão sobe.

-Eles enchem a cara e depois vem aqui para aferir a pressão porque estão passando mal.

-O PSF é prevenção e promoção pela educação. Se eles não fazem o que a gente ensina fica difícil. Aqui não é Pronto Atendimento. Eles querem na hora e esperam passar mal.

Ao observar esta cena, pensamos se ali foi questionado o porquê do pico hipertensivo daquele usuário, que demonstrava em sua fala mais do que irritação com a falta de médico, mais do que uma mera resistência às propostas de educação em saúde da equipe. A fala do usuário estava carregada de informações a respeito de seu modo de vida, da sua indignação com o processo de trabalho da unidade e da surdez da equipe. O fato é que a possibilidade do bom encontro estava fechada naquele momento e por isso não houve a produção do cuidado cuidador.

Houve a produção de procedimentos: aferiu-se a pressão do usuário, prescreveu-se a medicação, foram anotados dados referentes para o controle do boletim de produção do trabalhador que o atendeu. No entanto, estas ações não terão impactos positivos na melhoria da qualidade de vida daquele usuário, que possivelmente retornará a um serviço de saúde com outro pico hipertensivo ou com o quadro agravado. No momento houve um movimento de culpabilização do usuário, permeado de acusações do descumprimento das prescrições da equipe sobre comportamentos saudáveis: executar a dieta e o uso da medicação. A equipe, naquele momento, não abriu o canal de escuta e não acolheu o usuário no que ele trazia.

Sabemos que os trabalhadores da USF passavam por um período estressante, no qual é difícil pensar em bons encontros em meio ao caos que se estabelecia e a produção subjetiva marcada pela ansiedade e preocupação com a manutenção e seu trabalho como forma de sobrevivência. Porém, estas dificuldades de contato e de encontro não ocorrem somente pelo momento que passavam. Trata-se de algo ainda a ser superado e que ocorre mesmo em situações mais estáveis como observado em outros serviços de saúde. Dalbello-Araujo (2005), Iglesias (2009) e Hoffmann (2009) relatam sobre tais aspectos e revelam várias posturas de silenciamento frente ao sofrimento e as histórias de vida dos usuários. Estas autoras afirmam que há uma tendência a se focar na doença e relatam críticas dos profissionais ao fato do usuário ser reticente as prescrições da equipe. No entanto, frequentemente o usuário não é ouvido, não é acolhido e há uma separação marcante entre ele e o especialista (o profissional de saúde), que dita o que deve ser feito, por vezes com forte componente moral como no exemplo acima, sem se

considerar os demais determinantes envolvidos no processo de adoecimento, dirigindo sua escuta e atenção apenas aos sintomas.

O que se percebe em grande parte das vezes são dificuldades em se aceitar o outro com suas singularidades, refletindo maus encontros que dificultam a produção da saúde. Não se abre espaço para compreender o usuário no que ele tem de singular, nem o traz como sujeito para conduzir seu tratamento em conjunto com o trabalhador. Este dirige sua atuação de forma tecnicamente endurecida e moralmente culpabilizante, faz sua parte, seu procedimento. Isto é possível de ser verificada na fala de uma das coordenadoras:

Eu acho que tem uma questão de relação, de poder também. De o profissional da unidade de saúde sempre achar que ele sabe mais do que o usuário, de que o usuário tem que seguir o que ele manda. Principalmente na saúde que nós profissionais de nível superior sempre achamos que sabemos mais do que o outro que é leigo. Isso começa a gerar conflitos. Tem profissional que é mais centrado e consegue entender toda a dinâmica de vida daquela comunidade, daquela família. Já têm outros que não. Eu já recebi reclamações. Uma mulher veio dizer que o médico falou que o bebê dela estava sujo. Mas sabe-se lá se ele avaliou as condições daquela família? Talvez ela não tenha água em casa. Então como que ela vai manter o bebê limpinho do jeito que “ele” acha que deveria ser mantido? Se ela não tem nem as mínimas condições de subsistência naquele domicílio? Então isso que a saúde da família tem hoje como grande dificuldade. É o profissional que tá lá entender essas realidades. Se colocar muitas vezes no lugar daquele outro, daquele indivíduo. Aquilo é muito mais complexo do que um simples bebê sujo (coordenador).

Uma trabalhadora da USF, no entanto, reconhece que em meio às dificuldades e obstáculos, tem se conseguido exercer bons encontros no trabalho com os usuários, sobretudo no sentido de promover a autonomia.

Eu procuro nas reuniões incentivá-los a buscar não ficar preso ao benefício, ou achar que aquilo vai ser pra vida toda. Digo que é um programa do governo federal e que um dia pode acabar. Pra buscarem outras formas, e não ficarem com medo de ir atrás de um emprego pra perder o Bolsa Família. Se perdem R\$ 20,00, ou R\$ 60,00 se forem três filhos. Mas se ele conseguir uma carteira assinada? Vai deixar de ganhar R\$ 465,00 por causa de R\$ 120,00 que você não sabe nem quanto tempo vai ficar? E eu procuro orientar. Tem cursos que as vezes a Ação

Social faz e eu passo pra eles. Falo pra eles procurarem fazer e colocar os filhos pra fazerem [...] O que a gente tem conseguido de progresso é que eles passaram a ter mais confiança. Eles se sentem valorizados. Você tem um contato mais próximo [...] Eles tem um carinho, porque eu escuto [...] estreita os laços e fica mais fácil quando você tem uma boa relação com o usuário. Até pra passar alguma informação, fica mais fácil deles abraçarem a idéia com você. Se você não cativa, eles não aceitam (trabalhadora).

Em saúde, compreendemos que o plano das subjetividades insiste e irrompe a todo instante e a alteridade é inevitável, e necessária, no ato de cuidar. Por mais que muitos profissionais se revistam de “invólucros impermeabilizantes” para fugir ao contato, algo sempre escapa, causando estranhezas, às vezes, e em outros, movimentos criativos (DALBELLO-ARAUJO, 2005; IGLESIAS et al., 2009).

*-Porque a nossa matéria prima...
 -O tanto de coisa que a gente ouve do paciente, o que a gente absolve. A gente se envolve com alguns problemas deles. A gente acaba se envolvendo.
 -E esse envolvimento é necessário pra fazer a roda girar?
 -Sim.
 -Dá pra não se envolver?
 -Não.
 -Não tem jeito.
 -É muito difícil.
 -São vidas cuidado de vidas. Não tem jeito, você se envolve.
 -É difícil ser frio. Às vezes a gente tem que ser. Lógico!
 (trabalhadores em roda)*

Assim, entendemos que a finalidade do trabalho em saúde é a de promover defesa da vida, controle dos riscos de adoecimento e agravos de problemas, bem como a produção de um maior grau de autonomia do usuário no seu modo de estar no mundo. Denominamos este conjunto de *dimensão cuidadora*, que envolve vínculos, responsabilizações, acolhimentos e jogos transferenciais estabelecidos entre usuários e trabalhadores (MERHY, 1999). Deste modo, é necessário além do conhecimento técnico empregado para as decisões terapêuticas, acolher as singularidades, aquilo que de original e criativo que emerge de cada um, os desejos e diferenças, tanto do profissional que atende, quanto do usuário. Cabe perceber que ambos são sujeitos ativos do processo de saúde e que em conjunto trabalham a matéria prima do encontro para transformá-lo em cuidado. Importa compreender que ser saudável é ter autonomia e a capacidade de superar as normas do meio e criar

novas formas de vida (CAPONI, 1997). Assim, o trabalhador de saúde, dentro desta perspectiva, é alguém que baseado na noção de que o homem rompe com as normas impostas auxilia o usuário a buscar sentido para o que vivencia e criar novas formas de existência (SOARES; CAMARGO JR, 2007, p. 68).

Entretanto, tendo como base as queixas ouvidas no cotidiano dos serviços, compreendemos o quão difícil tem sido inclusive estabelecer o primeiro patamar descrito por Teixeira (2005) quando este aborda o encontro nos serviços de saúde, que corresponde aos sentimentos de empatia entre trabalhadores e usuários. Neste sentido, percebemos ser ainda mais raro estabelecer sentimentos de confiança e aceitar as singularidades do outro de forma a permitir que o encontro e a alteridade sejam trabalhados para produzir cuidado. Estas constatações denunciam um descompasso entre trabalhadores e usuários no que diz respeito à produção da saúde. Mesmo com a característica relacional existente, o trabalho em saúde pode ser endurecido, cristalizado.

Entendemos que a *dimensão cuidadora* constitui-se de bons encontros entre trabalhadores e usuários, encontros de afirmação da vida, de aumento de potência, de autonomia, de composição, de sentimento de alegria. Deste modo, consideramos que estabelecer bons encontros, permitir-se afetar e ser afetado, atuar como intercessor são fundamentais para o trabalho em saúde quando este assume a *dimensão cuidadora* e se propõe a possibilitar impactos no ganho de autonomia dos sujeitos envolvidos. Entretanto, é necessário que os trabalhadores sejam autônomos também no seu agir, já que quanto maior a autonomia do coletivo de trabalhadores, maior a possibilidade de eles agenciarem ganhos de autonomia em conjunto com os usuários (MERHY, 2004).

Avalia-se, portanto, que no cotidiano dos serviços de saúde bons encontros tem sido dificultados por questões diversas que incluem desde conflitos entre necessidades e interesses, quanto carência de recursos, sentimentos de instabilidade provenientes dos contratos precários de trabalho, dentre outros. Mostra-se importante perceber no cotidiano de trabalho os encontros de composição, de interação, de aceitação das singularidades, de aumento de potência, de ganhos de autonomia e por isso cuidadores; e aqueles que podem ser caracterizados como maus encontros, que colocam o usuário, ou o trabalhador, na posição de objeto, causam tristezas,

sofrimentos e decomposição. Neste sentido, cabe avaliar de que forma o cotidiano do trabalho em saúde tem sido capaz de promover bons encontros, bem como analisar o contexto que permite que estes encontros se estabeleçam.

Consideramos o trabalho em saúde como especial, no sentido de que envolve o aspecto relacional que é sua essência. Neste sentido valorizamos a matéria prima deste processo de trabalho que é o encontro. Com encontros, bons encontros, e da reorganização dos processos de trabalho a partir deles, é que entendemos ser possível alterar a lógica que se faz presente que trata pessoas como objetos e saúde como mercadoria. Assim, é possível promover a reversão da assistência, criando solidariedade entre os sujeitos capazes com seu trabalho vivo e autonomia mudar os rumos da saúde.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho tem se destacado como tema importante dentro do contexto das pesquisas em saúde, tomado como elemento fundamental para análise da efetivação da política de saúde no cotidiano dos serviços. Neste sentido, este estudo problematiza os aspectos que interpelam as produções em saúde e acarreta efeitos na forma como a assistência está sendo prestada aos usuários do SUS, apostando no trabalho vivo como potencial questionador de práticas e atravessamentos dos serviços de saúde.

O trabalho foi aqui entendido como importante ação humana, dotada da potencialidade de produzir tanto bens que possam atender as necessidades, como também de co-produzir sujeitos imersos em relações sociais que engendram modos de existência. Estes modos de existência, influenciam a forma como pensamos, agimos, sonhamos, amamos, nos relacionamos e também como trabalhamos e produzimos saúde.

Neste sentido, este estudo se propôs analisar os processos de trabalho desenvolvidos em uma USF, bem como suas produções e efeitos aos sujeitos daquele território USF Jardim Palmeiras.

Adotamos uma postura cartográfica ao nos inserir na USF Jardim Palmeiras, de maneira a analisar seu cotidiano de trabalho, suas produções e os fluxos subjetivos circulantes naquele contexto. Assim, captamos os atravessamentos macropolíticos e micropolíticos da produção desta USF, acompanhando o dia a dia dos trabalhadores na sua tarefa de produzir cuidado para a população sob sua responsabilidade. Reconhecemos um processo no qual sujeitos produzem cuidado e produzem a si mesmos por meio das relações estabelecidas. Tais sujeitos inseridos na formatação do PSF, que tem sido considerado como possibilidade de reversão do modelo assistencial, mas que encontra dificuldades para atingir os objetivos definidos na política de saúde.

Deste modo, atentos aos jogos de força que se fazem presentes dentro do campo da saúde, pudemos constatar a influência de questões macropolíticas, como os

efeitos das reformas neoliberais ocorridas nos anos 1990 e que ainda hoje demonstram sua força no que se refere à onda de privatizações, ajustes fiscais, terceirização da mão-de-obra e o encolhimento do Estado. O Estado, ao mudar suas relações a sociedade, reduziu seu papel no que se refere à execução das políticas públicas, o que abriu espaço para dificuldades quanto a efetivação dos princípios do SUS preconizados em lei.

O fato desta equipe do PSF ser toda ela contratada por uma OSCIP retrata a precarização do trabalho a que estão submetidos um número expressivo de trabalhadores do SUS. Esta precarização demonstrou sua força durante o período em que estivemos cartografando esta unidade, época marcada pelo fim do contrato com a empresa que terceiriza as contratações do PSF e no qual os trabalhadores relataram a instabilidade a que estavam submetidos e experienciaram sentimentos de impotência, desvalorização, angústia, sofrimento e tensão, frente à possibilidade de demissão e suas conseqüências, tanto no que diz respeito ao findar a fonte de renda, como no desperdício de energia e afetos postos a serviço da construção de um projeto coletivo como é o PSF de Jardim Palmeiras.

Este período de turbulência acabou por ocasionar dificuldades para a produção do cuidado com a população. Como vimos o desmonte gerado pela saída de vários trabalhadores das equipes levou a uma situação crítica.

Faz-se necessário, portanto, analisar a precarização do trabalho no SUS, uma vez que como vimos, o sentimento de instabilidade provocado no trabalhador revela-se um dos entraves para o vínculo com a comunidade. O problema gerado pelas contratações precárias é um aspecto analisado nacionalmente, dadas as dificuldades de implantação das equipes que os municípios relatam frente ao processo de mudança econômica surgida após a nova reestruturação do Estado (COSTA et al., 2009; DAL POZ, 2002; ESPINDULA, 2008; GONÇALVES et al. 2009; LOURENÇO et al, 2009).

Entretanto, pudemos verificar que ali também estavam presentes sentimentos de valorização quanto ao trabalho que aqueles profissionais prestavam. Entendemos que o trabalho porta diversas nuances que variam da dor ao prazer e percebemos o

quanto aquelas pessoas sentiam-se importantes por meio de seu trabalho e transpareciam sua dedicação no cuidar das pessoas mesmo diante do caos. Isto porque o momento de tensão também se revelou como possibilidade de se colocar em questionamento suas relações com o trabalho e sua função como cuidadores das comunidades que se responsabilizavam. Estes trabalhadores relatam quão importante é o PSF como germe da mudança da assistência em saúde. Entretanto, também, referiam que o ideal da proposta saúde da família não estava sendo colocado totalmente em prática nas ações que desenvolviam.

Neste sentido, apontaram dificuldades para lidar com a grande demanda, principalmente com o número reduzido de profissionais. Também relataram questões burocráticas como as exigências das Secretarias de Saúde para a realização de ações programáticas. Estas são em grande parte propostas de forma verticais sem se considerar os trabalhadores e usuários no processo de decisão. Esta verticalização reflete um problema estrutural para a efetivação do PSF que pressupõe a co-participação de todos os atores para a implementação de ações no que diz respeito as reais necessidades do território. Deste modo, os trabalhadores relatam que em algumas situações se sentem sem autonomia para realizar as ações que entendem serem as mais urgentes e importantes para a comunidade. Demonstrem sensações de estarem “capturados” pelas exigências externas e pela necessidade de “cumprir agendas” diante da grande demanda.

O trabalho nesta unidade ainda está fortemente marcado pelo modelo médico hegemônico. Trata-se de um trabalho eminentemente curativo e focado na doença. Necessita-se, portanto, inverter este modo de atuação pautado nos pressupostos flexnerianos, uma vez que como bem relatam Franco e Merhy (2006) as mudanças no setor só se efetuem partir da modificação das práticas em saúde, ou melhor a partir da transformação nos microprocessos do trabalho. Acrescentamos também que é necessário trabalhar pela valorização do profissional uma vez que não basta só a motivação para mudar práticas diante de um quadro de angústias e incertezas.

Constatamos que apesar das propostas de incluir a população nas decisões da USF, os espaços instituídos não estavam se efetutando. As reuniões do conselho gestor estavam suspensas e a comunidade já não era há muito tempo convocada

para discutir sobre o processo de trabalho desenvolvido. No entanto, o desejo da população é manifesto em várias situações, seja nas falas de críticas quando ao modo como o processo se desenvolve, ou por suas atitudes de resistência diante das prescrições da equipe, não se comportando como esperavam os trabalhadores nas ações.

Tomamos o processo de trabalho como a atividade que implica transformação e analisamos as especificidades do trabalho em saúde, cuja principal é de lidar a vida humana e de dispor de tecnologias especiais para produzir o cuidado com a vida das pessoas. Entendendo que o trabalho em saúde só se realiza na interseção entre sujeitos (MERHY, 2002) e que o encontro é a matéria prima do trabalho em saúde.

A partir do encontro e pela ação conjunta do trabalhador e do usuário é que o cuidado se materializa como produção. Percebemos que ora os encontros foram marcados pela mudez do usuário e pela surdez do trabalhador diante do que o usuário trazia em suas atitudes e falas, revelando dificuldades em se aceitar singularidades e posturas marcadas pela culpabilização. Entretanto, também avaliamos que os trabalhadores reconhecem a importância da alteridade no processo de cuidar e houve situações em que percebemos o empenho de que fosse construída a autonomia do usuário “nos modos de andar na vida” (MERHY, 1997b).

Frente ao que foi observado e dito pelos trabalhadores, atentamos para a necessidade do reconhecimento dos usuários nas suas singularidades e como gestores e inventores de suas próprias vidas, saindo da visão de receptáculos que possam ser doutrinados e ensinados. Neste sentido, avaliamos que a resolutividade das ações em saúde só é possível quando há vínculo, co-participação e envolvimento, entendendo que o processo de trabalho em saúde pressupõe a *interação* entre trabalhador e usuário, por meio de um processo de troca e interferência. Deste modo, em nossa análise, compreendemos que os encontros formatam o modo como o cuidado se produz, reconhecendo as potencialidades do trabalho vivo em ato.

Pudemos constatar que o trabalho vivo impõe sua força mesmo num contexto precário. Como percebido, ele pode manter o *status quo*, repetindo a lógica imposta,

como também pode deixar transparecer os questionamentos do modo como a saúde esta sendo conduzida e abrir brechas para a transformação (MERHY, 2002). Estas brechas foram mostradas nas reflexões que os trabalhadores colocaram diante do quadro pelo qual passavam. Isto denota que os caminhos para a mudança estão se efetuando, apesar das dificuldades que ainda se mostram fortes e impõem imensa morosidade a essa transformação. O caminho para a mudança continua apesar da contra maré que o SUS vem enfrentando desde seu planejamento e efetivação como vimos na análise histórica que abordamos. Trata-se, portanto, de um desafio permanente que os trabalhadores do SUS enfrentam cotidianamente. Um desafio que pressupõe a co-participação da comunidade e para isso, a mesma deve ser realmente trazida como sujeito para dentro dos serviços de saúde. Através de sua participação, questionamentos, interlocução de idéias, trocas, intercessões (DALBELLO-ARAÚJO, 2005). Desafio que também necessita da abertura do canal de comunicação entre usuários e trabalhadores e do estabelecimento de bons encontros nos locais de trabalho.

Ressaltamos que é no cotidiano dos processos de trabalho que se operam as oscilações, as mudanças e a possibilidade de inversão. Também acreditamos que é no intercambio de idéias e nas interlocuções e sentidos que poderemos reinventar a construção de práticas em saúde realmente comprometidas com a vida. Práticas que considerem a potência dos sujeitos nesta produção. E potência que possa superar o papel de sujeitos-vítimas para o de sujeitos-protagonistas (MERHY, 2002), trabalhando pelo cuidado e pela afirmação da vida.

Esperamos que este estudo venha a contribuir com a reflexão em torno do trabalho em saúde como potente para a mudança assistencial, apostando na análise do processo de trabalho em saúde. Também consideramos a necessidade de se valorizar o trabalhador, garantindo-lhe a possibilidade de atuar com autonomia e segurança em prol do cuidado com as pessoas.

Desta forma, afirmamos nossa posição dentro do debate a respeito da construção do SUS e da valorização do trabalho em saúde. Afirmamos que a construção e a efetivação das políticas são cotidianas, permeadas por conflitos, necessidades, interesses, desejos e sentimentos, num processo relacional. Pressupondo a força

dos questionamentos e das inquietações, propomos que a análise do processo de trabalho seja empregada não somente como instrumento de construção do conhecimento, mas que os trabalhadores e usuários possam refletir sobre o que está sendo produzido nos serviços, por meio da efetiva construção de espaços coletivos para discussão no interior dos serviços. Espaços com potencial democrático e que visem à efetivação de uma saúde comprometida com a autonomia e modos de existência criativos.

11. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F. ROCHA, M. L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648-663, dez. 2007.
- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?** São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ALEIXO, J.L.M. A Atenção Primária a Saúde e o Programa Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.1-16, jan./jun., 2002.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- ARAÚJO, L.M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. In: BRASIL. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n.1, mar. 2006.
- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA et al (Orgs.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- BARROS, M.E.B de. Modos de gestão e produção de subjetividade. In: ABDALLA, M; BARROS, M.E.B (Orgs.). **Mundo e sujeito: aspectos subjetivos da globalização**. São Paulo: Paulus, 2004.
- BENEVIDES DE BARROS, R. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulinas/Editora da UFRGS, 2007.
- BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. Clínica e transdisciplinariedade. **Psicologia teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.
- BENEVIDES DE BARROS, R.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijui, 2007. p.61-71.
- BRASIL. Constituição. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 15 set. 2008.

BRASIL. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 set. 1990. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 15 set. 2008.

_____. Lei nº. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 29 dez. 1990. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8142.pdf>. Acesso em 15: set. 2008.

_____. Lei complementar nº. 101 de 04 de maio de 2000. Estabelece as normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 05 maio de 2000. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/LCP/Lcp101.htm>>. Acesso em 10 de outubro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2009.

_____. **Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas & respostas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica. Saúde da Família**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>>. Acesso em: 05 ago. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - **Consolidado histórico de cobertura da Saúde Família**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#consolidado>>. Acesso em: 20 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desprecarização do trabalho no SUS**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1285>. Acesso em: 25 de out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Participação Social. In: **O SUS de A a Z**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, ciências, saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 2, p. 287-307, jun./out. 1997.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e Administração de Pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**: Hucitec, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec, 2007a.

_____. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.) **Trabalhador da saúde muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007b. p. 11-15.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p. 39-55, maio/ago. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

COSTA, G.D.et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n. 1. p. 113-118. jan/fev 2009.

DALBELLO-ARAÚJO, M. Alguns olhares sobre a subjetividade nas pesquisas em saúde do trabalhador. In: MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C.; BARROS, M.E.B. (Orgs.) **Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 57-71.

_____. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social**. 2005.221f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

_____. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (Orgs.) **Psicologia Social: temas em debate**. Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008. p. 109-126.

DALBELLO-ARAÚJO, M; ANDRADE, A.N. de. Política, comunidade e controle social. In: ROSA, E.M; et al.(Org.) **Psicologia e saúde**: desafios às políticas públicas no Brasil. Vitória: Edufes, 2007. p. 45-74.

DAL POZ, M.R. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. **Gaceta sanitária**. v.16, n.1, pp. 82-88. **Barcelona**, fev. 2002.

DANTAS, A. M. A terceirização do Programa Saúde da Família: prática ilegal. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1399, 1 maio 2007. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9825>>. Acesso em: 17 nov. 2009.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboé.1992.

_____. Inteligência operária e organização do trabalho. In: HIRATA.H. (Org.). **Sobre o “modelo” japonês**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993. p.281-311.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas. 1994.

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

_____. **Espinosa**: Filosofia prática. São Paulo: Editora Escuta, 2002.

DELEUZE, G.;GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de janeiro: Ed. 34, 1995a. v.1.

_____._____ Rio de janeiro: Ed. 34, 1995b. v.3.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, D,R;EDLER, F,C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA et al (Orgs.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESPINDULA. K, D. **Trabalhadores da saúde no SUS**: vínculos frágeis – implicações complexas. 2008.154f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

ENGELS, F. O papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ENGELS, F. **Dialéctica da natureza**. Editorial Presença, Portugal, Livraria Martins Fontes, Brasil, 1974.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde. 240 f. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p. 181-194.

_____. Programa de Saúde da Família (PSF) contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006a. p. 55-124.

_____. O uso de ferramentas analisadoras como apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006b. p.135-160.

_____. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde. 2007. Disponível em: <<http://hucff.ufrj.br/micropolitica>>. Acesso em: 08 maio de 2008.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E.O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006. p.37-54.

FLEURY, S; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petrópolis:Vozes, 2000.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2 n.6. p. 1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONCALVES, R. J.et al . Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, set. 2009.

GONÇALVES. R.B.M. **Tecnologia e organização social da prática de saúde**. Campinas: Editora Hucitec, 1994.

HOFFMANN, C. **Acolhimento na Atenção Básica**: navegações e mergulhos nos discursos e práticas produzidos no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família. Vitória, 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.

IGLESIAS, A. **Em nome da promoção à saúde**: análise das ações em Unidade de Saúde da macrorregião de Maruípe Vitória - ES. Vitória, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, 2009.

IGLESIAS, A. et al. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos do município de Vitória-ES. **Psicologia. Teoria e Prática**. São Paulo, v.11, n 1, jun. 2009.

KASTRUP, V. O Funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e sociedade**. Florianópolis. v. 19. n. 1. p. 15-23, jan./abr. 2007.

LAVILLE, A. **Ergonomia**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1977.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.265-274. 2003.

LIMA, J.C; MOURA, M.C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, jan./abr. 2005.

LIMA, N.T; FONSECA, C.M.O; HOCHMAN,G. A saúde na construção do Estado Nacional. Reforma Sanitária e Perspectiva Histórica. In: LIMA, N.T; FONSECA, C.M.O; HOCHMAN,G.(Orgs.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LOURAU, R. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

LOURENÇO, E. C et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, pp. 1367-1377. 2009.

LURIA, A. R. **Desenvolvimento cognitivo**: seus fundamentos culturais e sociais. São Paulo: Ícone, 1990.

MACHADO, L.D. Subjetividades contemporâneas. In: BARROS. M.E.B. (Org.) **Psicologia**: questões contemporâneas. Vitória: EDUFES, 1999. p. 211-229.

MACHADO, M.H. et al. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T; FONSECA, C.M.O; HOCHMAN,G.(Orgs.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, A.G; MERLO, A.R.C. Cuidadores: seus amores e suas dores. **Psicologia e sociedade**, Florianópolis. n.20, v.3, p444-452, 2008.

MALTA, D.C; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde, revendo alguns conceitos. **Revista mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n.1,2, p. 61-66, jan./ jun. 2003.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 22. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. v.1.

MAURO, M.Y.C. et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, p. 338-345, 2004.

MELO, R.J. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde**: os discursos ideopolíticos do Ministério da Saúde. 2009. 196. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

MELLO, G.A; FONTANELLA, B, J; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ORNOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997a, p.71-112.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica dos processos de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997b, p. 125-141.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A T. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. Disponível em <www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc>. Acesso em: 28 out. 2008.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2. p. 305-314, 1999.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v.4, n.6, p. 109-116, 2000.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC; 2002.

_____. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/>>. Acesso em: 10 de maio de 2008.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde**. Disponível em <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reestruturacao_produtiva_e_transicao_tecnologica_na_saude_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2009.

MERHY E.E; PINTO, H.A. **Cuidado com o trabalho vivo em ato: interroque-o!** Rio de Janeiro, 2007(trabalho não publicado).

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço de saúde. In: MERHY. E.E.; ONOCKO,R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**: Hucitec, 1997.p. 113-50.

MINAYO, M. C. O. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. In: **Serviço Social e sociedade**. São Paulo, v. 87, p. 147-162, 2006.

NOGUEIRA, R,P; BARALDI,S. RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: FALCÃO, A. et al. (org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v.2, p.81-103

OLINISKI, S. R.; LACERDA, M. R. As diferentes faces do ambiente de trabalho em saúde. **Cogitare Enfermagem** (UFPR). Curitiba, v. 9, n. 2, p. 43-52, 2004.

PIERANTONI, C. M; VARELLA,T.C; FRANÇA,T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO. A. et al. (org.). **Observatório de recursos humanos no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v.2, p.51-70.

RODRIGUES, H.B.C. Sejamos realistas, tentemos o impossível! Desencaminhando a Psicologia através da Análise Institucional. In: VILELA, A.M.J; FERREIRA, A.A.L.; PORTUGAL, F. (Org.). **História da Psicologia: rumos e percursos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2007, p. 515-563.

ROLNIK, S. **Uma insólida viagem à subjetividade: fronteiras entre a ética e a cultura**, 1997. Disponível em <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2008.

_____. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulinas: Editora UFRGS, 2006

RONZANI, T.M; SILVA, C, M. O Programa de Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n13, v1, p. 23-34, 2008.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JR., K. R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78. jan/abr. 2007.

TEIXEIRA,R.R. Humanização e Atenção Primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, jul./set. 2005.

UGÁ, M.A.D; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA et al (Orgs.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANA, A.L.A; BAPTISTA, T.W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2008.

VIEIRA, E.T et al. O Programa de Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção a Saúde**. Fortaleza, v.17, n.3, p 119-126, 2004.

VILA VELHA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão: exercício 2007**. Relatório interno. Vila Velha, 2007.

_____. **Site oficial da Prefeitura Municipal de Vila Velha**. Disponível em <www.vilavelha.es.gov.br>. Acesso em: 19 out. 2008.

_____. Lei nº. 4707, de 10 de setembro de 2008. Dispõe sobre a institucionalização dos bairros nas Regiões Administrativas e a denominação dos mesmos e os critérios para a organização e criação de bairros, no perímetro urbano do município. **Diário Oficial do Estado**, Espírito Santo, 18 set. 2008. p. 52-53.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1996.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e Linguagem**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1998.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1996.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**: ergonomia - método e técnica. São Paulo: FTD: Oboré, 1987.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO INDIVIDUAL LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ENTREVISTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa orientada pela Prof(a) Dra. Maristela Dalbello de Araújo e que será realizada pela aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional Helayne Ximenes Faria, já autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha-ES.

Nosso objetivo é analisar o processo de trabalho numa Unidade Básica do Município de Vila Velha, realizando entrevistas com os trabalhadores e usuários desta unidade, atividades em grupo com os trabalhadores e participando do cotidiano de trabalho dos mesmos. Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao participante. Agradecemos à colaboração.

Eu _____

RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura

Vila Velha-ES, ____/____/____.

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO INDIVIDUAL LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO NOS GRUPOS.****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta é uma pesquisa orientada pela Prof(a) Dra. Maristela Dalbello de Araújo e que será realizada pela aluna do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional Helaynne Ximenes Faria, já autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Vila Velha-ES.

Nosso objetivo é analisar o processo de trabalho numa Unidade Básica do Município de Vila Velha, realizando entrevistas com os trabalhadores e usuários desta unidade, atividades em grupo com os trabalhadores e participando do cotidiano de trabalho dos mesmos. Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao participante. Agradecemos à colaboração.

Eu _____

RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados na realização do grupo/oficina que participei, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura

Vila Velha-ES, ____/____/____.

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM COORDENADORES DOS PROGRAMAS DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA

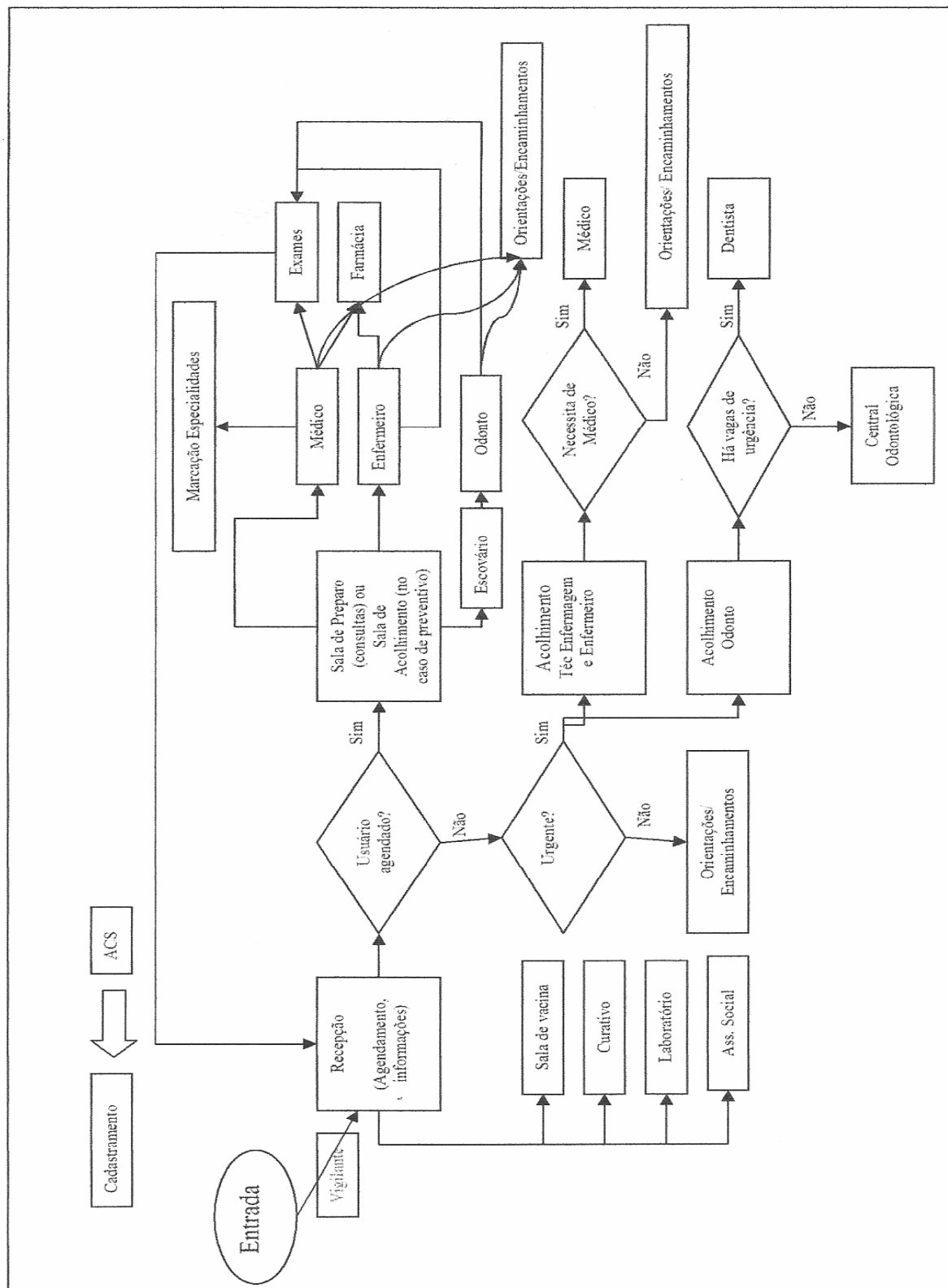
- 1 – Qual programa de saúde coordena?
- 2 – Quais os objetivos deste programa?
- 3 – A qual população ele está dirigido?
- 4 – Em quais Unidades de Saúde este programa está implantado?
- 5 – Existe alguma formalização (no nível federal, estadual ou municipal) para o processo de trabalho deste programa?
- 6 – Como descreveria o processo de trabalho para as ações deste programa?

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TRABALHADORES DA USF

- 1 – Qual a sua formação e há quanto tempo trabalha nesta USF?
- 2 – Quais as atividades que desenvolve ou está diretamente envolvido (a)?
- 3 – Existe algum protocolo (no nível federal, estadual, municipal, ou mesmo com relação a sua formação específica) para as atividades que desenvolve?
- 4 – Como descreveria o processo de trabalho que está envolvido?
- 5 – Como descreveria as relações que estabelece com os demais trabalhadores da USF?
- 6 – Como descreveria as relações estabelecidas com o usuário?
- 7 – Considera as ações desenvolvidas nesta USF como cuidadoras?
- 8 – Considera que o usuário tem suas necessidades atendidas aqui?
- 9 – Sente-se satisfeito ou realizado com o trabalho desenvolvido?
- 10 – Que efeitos do trabalho daqui percebe sobre si mesmo?

APÊNDICE E

FLUXOGRAMA ANALISADOR ELABORADO PELA EQUIPE DA USF JARDIM PALMEIRAS



ANEXO A
AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 27 de Novembro de 2008

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Profa. Maristela Dalbello Araujo

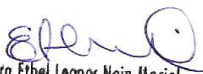
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Análise do processo de trabalho no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vila Velha - ES”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, **Nº Registro no CEP-116/08**, intitulado: **“Análise do processo de trabalho no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vila Velha - ES”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de Novembro de 2008.



Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.^a Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VILA VELHA

CI	Número 22/08	Procedência SEMSA/DETEC	Destino US [REDACTED]	Data 19/0108	Emitida por Nilceia	Recebida por [REDACTED]
<p>Resumo do Assunto</p> <p style="text-align: center;">Informação - Faz</p>						
<p>Prezado (a) Gerente,</p> <p>Encaminhamos Helaynne Ximenes Faria, para realizar a pesquisa: Análise do processo de trabalho no cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vila Velha. Na Unidade de Saúde [REDACTED]</p> <p>Atenciosamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div data-bbox="245 949 979 1128">  Dra. Cristina M. Kroeff de Assis Bezerra Coordenadora de Estágio e Pesquisa </div> <div data-bbox="1219 913 1337 1039">  VILA VELHA </div> </div>						