

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

O TRABALHO NO SAMU E A HUMANIZAÇÃO DO SUS:
SABERES-ATIVIDADE-VALORES

Ana Rita Castro Trajano

Belo Horizonte
2012

Ana Rita Castro Trajano

O TRABALHO NO SAMU E A HUMANIZAÇÃO DO SUS:
SABERES-ATIVIDADE-VALORES

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Doutor em Educação.

Linha de Pesquisa: Política, Trabalho e Formação Humana

Orientadora: Profa. Dra. Daisy Moreira cunha

Belo Horizonte
2012

T766t T	<p>Trajano, Ana Rita Castro. O trabalho no Samu e a humanização do SUS: saberes-atividade-valores / Ana Rita Castro Trajano. - UFMG/FaE, 2012. 166 f., enc,</p> <p>Tese - (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação. Orientadora: Daisy Moreira Cunha. Inclui bibliografia e anexos.</p> <p>1. Educação -- Teses. 2. Humanização da saúde -- Teses. 3. Trabalho -- Serviços de saúde -- Teses. 4. Recursos humanos na saúde -- Teses. I. Título. II. Cunha, Daisy Moreira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação</p> <p style="text-align: right;">CDD- 331.13</p>
------------	---

Catálogo da Fonte : Biblioteca da FaE/UFMG

Ana Rita Castro Trajano

O TRABALHO NO SAMU E A HUMANIZAÇÃO DO SUS:
SABERES-ATIVIDADE-VALORES

Tese defendida e aprovada em 10 de fevereiro de 2012 pela banca examinadora
composta pelos seguintes professores doutores:

Daisy Moreira Cunha – Orientadora

Dário Frederico Pasche –Universidade Federal de Santa Catarina
Ministério da Saúde do Brasil

Sarita Brazão Vieira – Universidade Federal da Paraíba

Eliza Helena de Oliveira Echternacht – UFMG

Antônia Vitória Soares Aranha – UFMG

Elizabeth Costa Dias – UFMG

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe, Conceição Trajano, presença eterna em minha vida e de meus filhos,
Humberto, Pedro e Daniel.
Eternos amores!

Agradecimentos

À Daisy, orientadora desta pesquisa, pelo reconhecimento de minha trajetória político-acadêmica e do patrimônio construído nesta história de vida e trabalho, postura de diálogo que propiciou a oportunidade de novas experimentações a partir da abordagem ergológica do trabalho.

Ao Ricardo, orientador de nossa dissertação de mestrado, que abriu possibilidades de meu retorno à vida acadêmica e, assim, aos estudos e aprofundamentos no campo das Clínicas do Trabalho.

À Antônia, Beth, Dário, Eliza e Sarita, professores que acompanharam a produção deste estudo e se implicaram com ele, agradecemos pelas importantes contribuições por meio do exame de qualificação e de diálogos sempre profícuos.

Aos pesquisadores que nos ajudam a traduzir a obra de Yves Schwartz, no Brasil, e assim favorecem nossos estudos e interlocuções com a *démarche* ergológica.

Ao nosso professor Schwartz, agradecemos pela oportunidade desses ‘diálogos sinérgicos’ com a ergologia, contribuições essenciais à construção desta pesquisa.

Ao Programa Pós-Graduação Conhecimento e Inclusão Social e aos professores e colegas do NETE, pela oportunidade de aprofundamento dos estudos e apoio à produção acadêmica.

À Coordenação de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de estudos, que favoreceu a realização de nosso doutoramento em Educação.

Ao Helvécio, Carolina e Roseli, companheiros, que no lugar de gestores municipais (gestão 2004/2008), acolheram a demanda dos trabalhadores do Samu, e, ao Adail, que apoiou o atendimento a essa demanda, quando coordenava a PNH pelo Ministério da Saúde

(2005/2007), e assim abriram a possibilidade de iniciarmos nossas análises/intervenções junto com esses sujeitos de nossa pesquisa.

Aos companheiros e companheiras dos múltiplos Coletivos e Redes da Humanização do SUS, da Ergologia, da Promoção de Saúde e Paz, da Economia Solidária, e aqui não vou nomear as pessoas, porque fazem parte de um movimento que é infinito e sempre incompleto, pelas oportunidades de encontro, diálogos e construções de alternativas às situações de opressão e dominação.

Ao Beto, Pedro e Daniel, meus filhos, que, além de tudo de bom e de desafiador que nos proporcionam os filhos, contribuíram em momentos importantes deste estudo, como na produção de fotos para descrição do trabalho no Samu-BH e edição final do texto; na tradução do resumo / abstract e revisão ortográfica; e, na lida com o computador e a informática.

Ao Marcelo, pela solidariedade e compreensão do meu envolvimento com a produção desta pesquisa, pelas fotos cedidas, pelas buscas via *internet* sobre o Samu, sempre próximo e companheiro.

À minha ‘grande família’, desde meu pai, minha mãe e irmão (*in memoriam et corde*), filhos, irmã e irmão/cunhada, tias e tios, sobrinhas e sobrinhos, primos e primas até minhas amigas e amigos, pessoas que contribuem na troca de saberes, valores e afetos e para tornar a vida mais alegre através dos bons encontros e conversas sempre enriquecedores.

Em especial, aos protagonistas do Trabalho no Samu, que se juntaram a esta pesquisa e desejosos de contribuir para a Humanização do SUS, passaram a fazer parte de minha vida como trabalhadora da saúde e da educação públicas.

Em homenagem aos trabalhadores e trabalhadoras do Samu

NOS BRAÇOS DO SAMU (...)

*Esse trabalho requer coragem,
Psíquico e emocional,
A paciência não tem dosagem,
De um perfil natural,*

*E num acidente distante,
Quando as estradas serpenteia,
Tem gente presa ao volante,
Tem sangue fora da veia,*

*Assim narrei a poesia,
Em homenagens presente,
Trabalhar sempre com alegria,
Não importando o cliente.*

(Francisco de Assis da Silva, Sargento do Corpo de Bombeiro em Rondonópolis – MT)

*“Alguns anjos tem asas
Outros tem uniformes”...*

(Semana de Enfermagem, BH, 2011)

*“(...) nenhum de nós nasceu
com jeito prá super-heróis
Nossos sonhos a gente que constrói
Vencendo os limites”*

(Homenagem aos trabalhadores do Samu-BH, 2011)

RESUMO

Partiu-se de discussões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) como política pública transversal de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ao atualizar e reafirmar os princípios da universalidade, integralidade, igualdade/equidade e participação social. A aposta no ‘método da tríplice inclusão’ nos diz da força ‘instituinte’ da PNH ao disparar mudanças de modelo de atenção e gestão, a partir de dispositivos de análise / intervenção em processos de trabalho, com ênfase na inclusão dos sujeitos, dos coletivos e dos conflitos /analísadores. Buscou-se analisar o processo de trabalho e a PNH do ponto de vista da atividade industriosa, na perspectiva ergológica, em que se destacou o triângulo chave *saberes-atividade-valores*, uma visão da atividade humana como debate de normas ligado ao universo de valores. Elegeu-se como campo de pesquisa o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu, em Belo Horizonte, a partir de experiências de Humanização por meio do ‘apoio institucional’, de agosto de 2006 a dezembro de 2008, quando foi aprovada a presente pesquisa. Perguntou-se como o ponto de vista da atividade industriosa pode interferir/repercutir no modo de fazer gestão do processo de trabalho, no Samu, no sentido da Humanização do SUS. Dentre as estratégias adotadas como instrumentais de pesquisa, destacaram-se o acompanhamento/observação da atividade; as conversas sobre o trabalho e as entrevistas semi-estruturadas; o Diário de Campo, como instrumento principal de registro. Definiu-se como modo de entrada na atividade a elaboração ergológica sobre os ‘ingredientes do agir em competência’ e, como unidades de análise, foram escolhidas cinco ocorrências acompanhadas / observadas pela pesquisadora ou relatadas pelos trabalhadores. Na análise da atividade foram identificadas ‘pistas ergológicas’, com ênfase no ‘Dispositivo Dinâmico de Três Polos’ (DD3P) e nas ‘Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes’ (ECRP), para um aprofundamento da PNH no Samu. Identificaram-se possibilidades de fortalecimento de espaços de gestão coletiva da atividade e compartilhamento de saberes e valores, em que o material fornecido pelas ECRP, que se articula ao debate de normas e às renormatizações na atividade, possa ser tomado para análise / intervenção pelos sujeitos. Nesses processos enfatizou-se que o esquema ergológico DD3P, tomado como um ‘dispositivo de pesquisa e de gestão do trabalho’, em que se objetiva o diálogo profícuo entre o polo dos saberes disciplinares e o polo dos saberes ‘da experiência’ - o que só é possível se produzir pela existência de um terceiro polo: ‘o das exigências éticas e epistemológicas’, nascidas do encontro fecundo entre os dois polos -, em articulação com as diretrizes / dispositivos da PNH, pode ajudar a encontrar saídas para os desafios referentes à gestão do processo de trabalho em saúde. Sobre as possibilidades de Humanização do Trabalho no Samu, os protagonistas da atividade levantaram questionamentos no sentido da realização dos princípios da ‘indissociabilidade entre atenção e gestão’ e da ‘transversalidade da PNH’, dentre os quais destacaram-se o reconhecimento e valorização, pela Central de Regulação, dos saberes / valores gerados na atividade; o Acolhimento com Classificação de Riscos na Urgência Móvel, a partir de reflexões sobre ‘urgências em saúde’ e ‘urgências sociais’; condições de trabalho, com ênfase nas questões salariais, horário de alimentação e repouso, ‘apoio psicológico’, dentre outras. Ao final, ressaltou-se que o ciclo de pesquisa não se fecha no momento de conclusões e que se pretende criar novas oportunidades de encontro e experimentações coletivas de produção de conhecimentos sobre o trabalho.

Palavras-chaves: Humanização do SUS; Processo de Trabalho em Saúde; Samu; Ergologia; Atividade.

ABSTRACT

Arising from debates on 'National Humanization Politics' (PNH), regarded as transversal public policy of 'Unique Health System (SUS)' support, we updated and reassert the universality, integralization, equality/equalness and social participation principles. The waging of 'triple inclusion method' acquaints about the 'instituting' power of PNH by engendering standard changes upon attention and management, whereof analysis devices and work process intervention, and while emphasizing the inclusion of 'subjects', collective and conflicts / 'analyzers'. Attempting to analyze the work process and the PNH from the standpoint of 'industrious' activity, within ergologic perspective (*démarche*), on which highlights the key triangle – knowledge-activity-value. The Emergency Mobile Service (SAMU), in Belo Horizonte city, was elected as research field since humanization experiences through institutional support (from August, 2006 to December, 2008, when the present research was approved). By the time, it enquired how the standpoint of 'industrious activity' might interfere/repercussion on the way of management in the work process of Samu, to the effect of SUS (Unique Health System) Humanization. Among the research instrumental strategies, features the activity accompaniment/observation, the work matters conversations and the semi-structured interviews; including the Field Diary as reporting main tool. Moreover, we established the ergologic elaboration on 'act in competence ingredients' as manner of activity entrance, as long as we selected five accompanied occurrences as analyses' unities/ observed by the researcher or reported by the workers. Whereas In the activity analyses were identified 'ergologic clues', focused on the 'Dynamic Three-pole Device' -DD3P- (one which is regarded as a 'research work management device', whereon is aimed a profitable dialogue between 'disciplinary' knowledge pole and 'experience' knowledge pole – and only possible to produce by the experience in a third pole: the one of 'ethic and epistemological demands', born from the fecund meeting between the two other poles – once linked with the guidelines and PNH devices), and on the 'Collective Entities Relatively Pertinent' (ECRP) - one which articulates to the activity (re)normalization debate - in order to further profound the National Humanization Politics upon Samu. Furthermore, possibilities of empowerment of collective activity management spaces were identified, along with the share of knowledge and values, in compliance with the content provided by the ECRP, it could be treated on analysis and on intervention by the activity 'implied' subjects. By these processes, was emphasize that the DD3P ergologic schema might help to find routes for the challenges concerning health work management process on SUS. The activity protagonists raised questions relating to the possibilities of work humanization on *Samu*, in regards of 'attention and management undissociateness' principles accomplish and of 'PNH transversality', on which features the acknowledgement and valorization (by the Regulation Central) of knowledge and values engendered in activity; the Reception with Risk Classification on Mobile Emergency, arising from reflections on 'Health Emergency' and 'Social Urgency', work conditions; underscoring salary matters, rest and nourishment time, 'psychological support', among other ones. Hence, by the end, it was highlighted that the research cycle does not encloses itself by the conclusion moment at all, and whence, it's intend to create new opportunities of meetings and collective experimentations of producing knowledge upon work.

Key-words: SUS Humanization, Health work process, Samu; Ergology, Activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APST	Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho
BH	Belo Horizonte
CAP	Comunidades Ampliadas de Pesquisa
CEPAI	Centro Psíquico da Adolescência e da Infância
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Polos
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
FaE	Faculdade de Educação
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HOB	Hospital Odilon Behrens
HumanizaSUS	Humanização do SUS (PNH)
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NETE	Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PFST	Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Processo de Trabalho em Saúde
RO	Rádio-operador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SMAS/BH	Secretaria Municipal de Saúde/BH
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonista Auxiliar de Regulação Médica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado

USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – DENTRO DA AMBULÂNCIA, TRABALHADORA/TÉCNICA DE ENFERMAGEM E PACIENTE JÁ DEITADO EM ‘PRANCHA’ E IMOBILIZADO CONFORME REGULAMENTAÇÕES.	73
FIGURA 2 – DENTRO DA AMBULÂNCIA, PACIENTE/USUÁRIO DEITADO NA ‘PRANCHA’, ENQUANTO TRABALHADORES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, NESSE MOMENTO, VERIFICAM SINAIS VITAIS E UM DELES ANOTA DADOS DO ATENDIMENTO; MOTORISTA CONVERSA COM POLICIAIS, QUE AJUDAM A LOCALIZAR FAMILIARES DO PACIENTE.	73
FIGURA 3 – A LIGAÇÃO, PELO NÚMERO 192, É ATENDIDA PELO ‘TELEFONISTA AUXILIAR DE REGULAÇÃO MÉDICA’ (TARM), QUE EM BH É CHAMADO DE ‘TELEDIGIFONISTA’, QUE SE ORGANIZAM EM ESPAÇO PRÓPRIO DENTRO DO LOCAL DA CENTRAL DE REGULAÇÃO	76
FIGURA 4 – O MÉDICO REGULADOR (REGULAÇÃO PRIMÁRIA) FAZ O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO, PASSA ORIENTAÇÕES AO PACIENTE, OU AO ACOMPANHANTE, TOMA DECISÕES SOBRE LIBERAÇÃO DE USB OU USA. OBSERVA-SE AQUI UMA MÉDICA (SENTADA) E UM MÉDICO (EM PÉ), QUATRO POSTOS DE TRABALHO REFERENTES AOS MÉDICOS REGULADORES PRIMÁRIOS. AO LADO, PERPENDICULAR AOS MÉDICOS, DOIS ROS, CHAMADOS EM BH DE ‘DESPACHANTES’	76
FIGURA 5 – MÉDICO REGULADOR (‘REGULAÇÃO SECUNDÁRIA’) E RO. O MÉDICO (COM O RADIOFONE NA MÃO) COMUNICA-SE COM SERVIÇOS DE URGÊNCIA LOCAIS E, NO CASO DE USB, PASSA ORIENTAÇÕES AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.	77
FIGURA 6 – ESTA TELA INDICA A POSIÇÃO DAS AMBULÂNCIAS DO SAMU: AMARELO – EM ATENDIMENTO; VERDE – DISPONÍVEL; VERMELHO – PARADA PARA REPARO/ABASTECIMENTO; AZUL – INTERVALO / REPOSIÇÃO DE MATERIAL (JULHO/2010). EM 17/01/12, POR TELEFONE, FOMOS INFORMADAS QUE ATUALMENTE O AZUL INDICA PARADA PARA REFEIÇÃO E FOI INTRODUIDO O VERDE CLARO, PARA REPOSIÇÃO DE MATERIAL. A INDICAÇÃO DA REFEIÇÃO PODE SER CONSIDERADA UMA VITÓRIA DOS TRABALHADORES, CONFORME VEREMOS NO MOMENTO DA ANÁLISE (PARTEIII), QUANDO ABORDAREMOS ESTA TEMÁTICA POR MEIO DE FALAS DESSES SUJEITOS DA PESQUISA. PODE-SE OBSERVAR (FIGURAS ANTERIORES), QUE TODOS OS PROFISSIONAIS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO SÃO INFORMADOS SOBRE O POSICIONAMENTO DAS AMBULÂNCIAS.	77
FIGURA 7 – TELA QUE INDICA A POSIÇÃO DAS AMBULÂNCIAS DO CORPO DE BOMBEIROS (COBOM), QUE FOI INTRODUIDA NESTA CENTRAL DE REGULAÇÃO / SAMU-BH, A PARTIR DE DEZ./2010. NA ANÁLISE DA OCORRÊNCIA (1) RETOMAREMOS ESTA TEMÁTICA	78
FIGURA 8 – ORGANOGRAMA DO SAMU.....	79
FIGURA 9 – LOCALIZAÇÃO DA NOVA SEDE, INAUGURADA EM DEZ./2010 – ENTRADA PELA RUA DOM ARISTIDES COUTO, Nº 3 BAIRRO CORAÇÃO EUCARÍSTICO, BH. O PRÉDIO FICA DE FRENTE PARA A ‘VIA EXPRESSA’	79
FIGURA 10 – ÁREA DE ESTACIONAMENTO DAS AMBULÂNCIAS, ESTA QUE ESTÁ MAIS VISÍVEL É UMA USB.....	80
FIGS 11A, 11B, 11C E 11D– ALMOXARIFADO - SEQUÊNCIA DE FOTOS REFERENTES AO ESPAÇOS DO ALMOXARIFADO, LOCAL POR ONDE PASSAM TODAS AS AMBULÂNCIAS DO SAMU PARA REPOSIÇÃO DE MATERIAL E HIGIENIZAÇÃO. VERIFICA-SE O CUIDADO COM QUE SÃO ORGANIZADOS, NOMEADOS E HIGIENIZADOS, QUANDO NECESSÁRIO. O ESPAÇO DE HIGIENIZAÇÃO DAS AMBULÂNCIAS, QUANDO ESTAS SÃO LAVADAS, É BASTANTE AMPLO E PLANEJADO CONFORME NECESSIDADES DESTES TRABALHOS.	82
FIGURA 12 – USA ENFRENTA O TRÂNSITO E SE DIRIGE AO LOCAL DO ATENDIMENTO.	119
FIGURA 13 – OCORRÊNCIA (2) - ATENDIMENTO A UM ACIDENTE – SAMU E BOMBEIROS SE INTEGRAM NESTA OCORRÊNCIA, NA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE INDUSTRIOSA - TRABALHADORES DO SAMU (MÉDICO E ENFERMEIRA)’ IMOBILIZAM A VÍTIMA’. NESTA FOTO PODEMOS OBSERVAR TAMBÉM A SITUAÇÃO DE ‘CONGESTIONAMENTO DO TRÂNSITO’.	119
FIGURA 14 – OCORRÊNCIA (2) ATENDIMENTO A UM ACIDENTE, PACIENTE JÁ DEITADO NA ‘PRANCHA’, MOTORISTA (EM PÉ/UNI-FORME /SAMU) E BOMBEIRO SE PREPARAM PARA AJUDAR A CARREGAR A MACA.....	120
FIGURA 15 – CARTAZ EXPOSTO SOBRE A PORTA DA BASE X: SINDICATO CONVOCAVA OS TRABALHADORES DO SAMU PARA UMA REUNIÃO.....	128

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
PARTE I: REFERENCIAL TEÓRICO - A ERGOLOGIA, O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	25
CAPÍTULO 1 A ABORDAGEM ERGOLÓGICA DO TRABALHO A PARTIR DO CONCEITO DE ATIVIDADE INDUSTRIOSA	26
1.1 A EMERGÊNCIA DA ERGOLOGIA E O CONCEITO DE ATIVIDADE HUMANA: DIÁLOGOS COM A ERGONOMIA, A FILOSOFIA DA VIDA E O CONCEITO DE COMUNIDADES CIENTÍFICAS AMPLIADAS	26
1.1.1 <i>O Dispositivo de Três Polos como um novo regime de produção de saberes</i>	30
1.2. O DEBATE DE NORMAS NO ‘USO INDUSTRIOSO DE SI’: NORMAS ANTECEDENTES, DRAMÁTICAS DO ‘USO DE SI’, USO DO ‘CORPO SI’, RENORMATIZAÇÃO	32
<i>O uso de si no trabalho</i>	32
<i>O ‘corpo-si’ (corps-soi) na gestão da atividade</i>	33
1.3. DISCUSSÕES ERGOLÓGICAS SOBRE A QUESTÃO DA EFICÁCIA NOS SERVIÇOS, O TRABALHO EM SAÚDE E OS DRAMÁTICOS USOS DE SI NA GESTÃO DA ATIVIDADE	37
CAPÍTULO 2. DISCUSSÕES SOBRE PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	42
2.1. ABORDAGEM MARXIANA SOBRE PROCESSO DE TRABALHO COMO PRODUÇÃO DE VALOR DE USO	42
2.2. DISCUSSÕES SOBRE PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS COM A PERSPECTIVA ERGOLÓGICA	46
2.3. DO DEBATE SOBRE A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA TRANSVERSAL DE FORTALECIMENTO DO SUS	50
PARTE II: NORMAS ANTECEDENTES	56
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	57
CAPÍTULO 3. CONCEITUAÇÕES E DISCUSSÕES SOBRE O TRABALHO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE	60
3.1. CONCEITUAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE URGÊNCIA	60
3.2. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O AÇOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS	64
<i>O Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgências</i>	65
CAPÍTULO 4. LEIS E REGULAMENTAÇÕES: A ORGANIZAÇÃO PRESCRITA DO TRABALHO NO SAMU 192	67
4.1. A EMERGÊNCIA DO SAMU 192 COMO PARTE DA REDE DE URGÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL	67
4.2. DA ORGANIZAÇÃO PRESCRITA DO TRABALHO NO SAMU 192 E PARTICULARIDADES DO SAMU-BH	70
CAPÍTULO 5. DOS FLUXOS E INTERFACES NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO SAMU-BH	75
PARTE III: O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE ATRAVÉS DOS INGREDIENTES DA COMPETÊNCIA NO ATENDIMENTO ÀS OCORRÊNCIAS	85
CAPÍTULO 6. ABORDAGEM ERGOLÓGICA DOS ‘INGREDIENTES DA COMPETÊNCIA’: DECOMPOSIÇÃO DOS ELEMENTOS HETEROGÊNEOS QUE SE ARTICULAM E SE INTERFEREM NA AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS INDUSTRIOSAS	86
1º INGREDIENTE DE UM AGIR EM COMPETÊNCIA: APROPRIAÇÃO DOS PROTOCOLOS/ SABERES PROTOCOLARES ..	87
2º INGREDIENTE DE UM AGIR EM COMPETÊNCIA: INCORPORAÇÃO DO HISTÓRICO/ SABERES DA EXPERIÊNCIA/ SABERES INVESTIDOS NA ATIVIDADE	88
3º INGREDIENTE DE UM AGIR EM COMPETÊNCIA: INSTAURAÇÃO DE UMA DIALÉTICA ENTRE OS INGREDIENTES 1 E 2	90
4º INGREDIENTE DE UM AGIR EM COMPETÊNCIA: ‘O DEBATE DE VALORES LIGADO AO DEBATE DE NORMAS QUE ATRAVESSA TODA ATIVIDADE INDUSTRIOSA’	92
5º INGREDIENTE DE UM AGIR EM COMPETÊNCIA: RELAÇÃO COM O SABER E O DESEJO DE APRENDER E SABER ...	95

6º INGREDIENTE DE UM AGIR EM COMPETÊNCIA: COMPETÊNCIA PARA GERIR E CRIAR SINERGIAS - AS ENTIDADES COLETIVAS RELATIVAMENTE PERTINENTES (ECRP).....	97
---	----

CAPÍTULO 7. IDENTIFICAÇÃO DOS INGREDIENTES DO AGIR EM COMPETÊNCIA NA ANÁLISE DA ATIVIDADE NO ATENDIMENTO ÀS OCORRÊNCIAS E ARTICULAÇÃO ENTRE OS MESMOS.....99

OCORRÊNCIA (1) – ‘CONFLITO ENTRE BOMBEIROS E SAMU’	99
OCORRÊNCIA (2): ATENDIMENTO A UM ACIDENTE.....	109
OCORRÊNCIA (3): UM CASO DE ‘SURTO PSIQUIÁTRICO’ - TENTATIVA DE AUTO-EXTERMÍNIO (SUICÍDIO)	110
OCORRÊNCIA (4): ‘OS IMPREVISTOS NA MADRUGADA’	112
OCORRÊNCIA (5): ‘O TRABALHO NO SAMU E A VIOLÊNCIA URBANA’	115

CONCLUSÕES 139

REFERÊNCIAS 144

ANEXOS..... 157

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Constituição Federal de 1988, é considerado uma conquista do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e, poderíamos dizer, expressou no campo da saúde a luta pela democracia em nosso país, em especial, nas décadas de 70/80 do século passado. A partir de sua criação como Direito Constitucional, o que introduz no Brasil a saúde como ‘Direito de Todos e Dever do Estado’ (Constituição do Brasil, 1988), uma ampla legislação de regulamentação do SUS (Ministério da Saúde, 2006a) é elaborada no decorrer dos anos posteriores, através de processos intensos de discussões e participação dos diferentes atores engajados – gestores/administradores, trabalhadores, usuários, movimentos sociais e sindicais, universidades, entidades profissionais, dentre outros - na defesa do que este ‘nosso’ sistema público de saúde vem afirmar desde o seu nascimento: os princípios da universalidade, integralidade, igualdade (traduzido como ‘equidade’ das ofertas em saúde) e participação social. No bojo dessas movimentações que procuram defender e fortalecer o SUS como sistema ‘universal e igualitário’ de saúde do povo brasileiro, emerge, a partir de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), como um ‘movimento instituinte’, que procura traduzir e atualizar os princípios do SUS no ‘nível micro’ do cotidiano laboral, a partir da análise coletiva e intervenção em processos de trabalho através de práticas de ‘apoio institucional’ que se realizam ‘ao lado’, ‘junto com’ os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores, gestores/gerentes (Ministério da Saúde 2008a, 2006b, 2010; Campos, 2005, 2007; Santos-Filho 2009; Oliveira, 2011). Ressalta-se aqui que a PNH traz para o campo da política pública em saúde, o conceito de humanização, como valorização e fortalecimento de todos os sujeitos, concebidos como autônomos e protagonistas, corresponsáveis e capazes de estabelecer vínculos solidários e cooperativos no exercício compartilhado da gestão do processo de trabalho (Ministério da Saúde, 2008a). Nesse sentido, constrói-se a partir de experiências concretas, coletivas e singulares, desses protagonistas, trabalhadores e usuários do SUS, o que gera a criação do *slogan* ou ‘marca’ da PNH: ‘O SUS que dá certo’ (Ministério da Saúde, 2008b). Enfim, é importante esta ressalva sobre a formulação da PNH como uma política pública que, em 2003, dá origem a um movimento de ‘reencantamento do SUS’ (Benevides e Passos, 2006).

Neste período de intensas discussões e articulações em defesa do SUS, a partir da posse do novo governo federal, em 2003, com a eleição do Presidente Luís Inácio ‘Lula’ da Silva, também é criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – o Samu 192 – institucionalizado através da Portaria nº 1864 e do Decreto da Presidência da República nº 5.055, de 27 de abril de 2004.

A temática – Processo de Trabalho e a Política Nacional de Humanização (PNH) do ponto de vista da atividade humana, na perspectiva ergológica, na qual destacamos o triângulo chave *saberes-atividade-valores*, é uma construção que se desenvolveu a partir de experiências profissionais e acadêmicas da pesquisadora no campo da Saúde do Trabalhador e da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, também chamada HumanizaSUS. O nosso campo de pesquisa é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) de Belo Horizonte (BH), um dos serviços componentes da Rede de Urgências em Saúde do SUS.

Ressalta-se a relevância política de se estudar esta temática no atual cenário de discussões e formulações de políticas voltadas para a promoção da ‘saúde de quem trabalha com saúde’.

Em nível nacional, foi aprovado, pela Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS), o Protocolo Nº 008/2011 (Ministério da Saúde, 2011 c), em 01/dezembro/2011, que institui as *Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS*, como resultado de discussões que procuraram envolver diferentes representações/instâncias do SUS, inclusive a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), e como parte dela, a PNH, por meio do *Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS*, constituído pela Portaria nº 2.871 de 19 de novembro de 2009 (Ministério da Saúde, 2009 a). Após elaboração das Diretrizes pelo Comitê, buscou-se ampliar as discussões e a participação dos trabalhadores por meio da Consulta Pública, que se iniciou em 07 de dezembro de 2010, para em seguida, retornar ao Comitê que concluiu os trabalhos e encaminhou à MNNP-SUS. Dentre os princípios apresentados no texto deste Protocolo, destacamos o que se refere à ‘humanização do trabalho em saúde’, que aborda a “interação entre os atores envolvidos na produção de saúde a partir da cogestão dos processos de trabalho, do desenvolvimento de responsabilidades, estabelecimento de vínculos solidários, indissociabilidade entre atenção e gestão, fortalecendo o SUS” (Ministério da Saúde, 2011 c, Princípio VI).

Em nível internacional, lembramos a elaboração do documento *Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde, 2006-2015*, como resultado das discussões ocorridas na *VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde*, realizada em Toronto, Canadá, em 2005, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, em conjunto com Ministério da Saúde do Canadá e Ministério de Saúde e Cuidados Prolongados da Província de Ontário (Ministério da Saúde, 2006 d).

Como consultora do Ministério da Saúde, atividade que se iniciou em janeiro de 2006, abriu-se oportunidade de experiências e reflexões sobre o trabalho em saúde e a PNH como política pública de fortalecimento do SUS, cujo princípio central nos diz sobre a ‘indissociabilidade entre atenção e gestão de processos de trabalho em saúde’.

Iniciamos essas ações junto ao HumanizaSUS, numa primeira fase em Belo Horizonte (BH), através de ‘apoio institucional’ junto à Coordenação da Política de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), quando procuramos atender à demanda de ‘apoio psicológico’ aos trabalhadores na abordagem de situações de conflitos e violências no cotidiano laboral do SUS, especialmente em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) inseridas em regiões mais expostas a situações de violência urbana, o que introduz novos elementos às análises/intervenções no campo da Saúde e Trabalho.

Após um primeiro período de ações junto às UBSs e UPAs (Trajano, 2006; 2007a; 2007b; 2007c); oportunidade em que participamos de instâncias de discussões com gestores¹, trabalhadores e usuários, através de Encontros de Formação, Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), Conselhos de Saúde, emerge nova demanda, por parte do Secretário Municipal de Saúde/Coordenação de Humanização e Gerência do Samu-BH (gestão 2005-2008), de ‘apoio da humanização’ aos trabalhadores e gestores do Samu-BH. A partir daí (agosto/2006), demos início ao trabalho de escuta e diálogo com esses profissionais, através de encontros individuais e coletivos, com diferentes equipes e coordenações, como enfermagem, médica, tele-atendimento, dentre outras. Aqui o trabalho de apoio era realizado ‘em dupla’ através da parceria entre MS e SMSA-BH (TRAJANO, 2007d; 2007e).

¹Utilizaremos a palavra ‘gestor’, conforme usada na linguagem dominante do SUS, com a ressalva de que ao partirmos da concepção ergológica segundo a qual ‘trabalhar é sempre gerir’, consideramos todos os trabalhadores como gestores do próprio trabalho. Em algumas passagens, usaremos gestores/trabalhadores com o intuito de marcar esta abordagem. Outras vezes usaremos gerentes ou administradores ao referir às pessoas que ocupam um lugar de gestão, de gerência, de coordenação.

No decorrer dessas ações foram realizadas observações da atividade e conversas individuais/coletivas junto aos trabalhadores da Central de Regulação Médica do Samu, além de participarmos de reuniões com trabalhadores e gestores e coordenarmos ‘roda de conversa’ com trabalhadores ‘intervencionistas’², quando abordávamos o trabalho da urgência móvel em saúde e discutíamos propostas de mudanças na perspectiva da Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

O projeto de pesquisa que deu origem ao presente estudo junto ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação (FaE) da UFMG, foi construído no bojo dessas experiências junto com esses sujeitos-trabalhadores/gestores do Samu-BH. Nosso problema de pesquisa se formulou a partir desse encontro com os protagonistas do trabalho, quando consideramos o ponto de vista da atividade e buscamos analisar o processo de trabalho e a PNH na urgência móvel do SUS. A partir daí propomos a seguinte pergunta:

- ‘Como o ponto de vista da atividade industriosa, na perspectiva ergológica, pode interferir/repercutir no modo de fazer gestão do processo de trabalho, no Samu, no sentido da realização dos princípios e diretrizes da PNH?’

No decorrer do ciclo de pesquisa, retomamos nossa pergunta, numa outra formulação:

- Em que medida, a PNH como política pública transversal do SUS, interfere no processo de trabalho no Samu, considerando ‘o ponto de vista daquele que trabalha’?

Ao elaborarmos nossa questão de pesquisa escolhemos a *démarche* ergológica e o ponto de vista da atividade humana como modo de nos aproximarmos dos trabalhadores, analisar e conhecer o trabalho da urgência móvel em saúde e estabelecer articulações com a PNH, como política pública do SUS.

O presente texto será atravessado por discussões e conceitos referentes a esta ‘disciplina de pensamento’, própria às atividades humanas (Schwartz, 2000). Nesta perspectiva, a ergologia não se constitui como uma disciplina epistêmica, um ‘novo domínio do saber’, mas certo modo de exercer um *métier*, seja o do ergonomista, do psicólogo, do médico, do enfermeiro, do filósofo, do engenheiro, do militante, dentre tantos outros, “em conformidade com o que podemos dizer, hoje, da atividade humana” (op. cit., p. 46).

Podemos então caracterizar este trabalho como uma ‘pesquisa ergológica’, e ao escolher este caminho, procuramos aprofundar a postura de diálogo entre os sujeitos

² Como são chamados os trabalhadores - médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem - que atuam no atendimento às ocorrências através das ambulâncias do Samu: Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidades de Suporte Básico (USB).

participantes da pesquisa - pesquisadores e protagonistas da atividade. Nesta direção, experimentamos o projeto/esquema do ‘Dispositivo de Três Pólos’, tomado como uma postura do pesquisador, no sentido amplo da ética, do político e da metodologia, formulado pela ergologia. Retomaremos a abordagem deste dispositivo ergológico – ‘de pesquisa e de gestão do trabalho’ - se assim poderíamos caracterizá-lo, e o fazemos neste momento porque concluímos ao final das análises e discussões, que este dispositivo, em articulação com as diretrizes e os dispositivos da PNH, pode nos ajudar a encontrar saídas para os desafios referentes à gestão do processo de trabalho no SUS. Nessa *démarche*³ que experimentamos ao realizar o presente estudo e encontrar ‘pistas ergológicas’ que nos indicam possibilidades de aprofundar a ‘cogestão’ e a ‘valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS’, compreendemos melhor as elaborações de Yves Schwartz (2000) ao dizer que “este dispositivo de três pólos gera, ao mesmo tempo, efeitos sobre a produção de conhecimento e sobre a gestão social das situações de trabalho, pois há efeitos recíprocos entre o campo científico e o campo da gestão do trabalho” (op. cit., p. 45).

Adiantamos que ao propor a articulação entre os três pólos, tomados como numa ‘relação dialética’, em que “não há começo nem fim, nem anterioridade de um sobre os outros” (op. cit., p. 45), enfatizam-se articulações e o ‘diálogo profícuo’ entre os saberes disciplinares (polo dos conceitos) e os saberes ‘da experiência’ (pólo dos saberes gerados na atividade), que ao se encontrarem produzem um terceiro pólo, que é o das ‘exigências éticas e epistemológicas’ na formulação do projeto comum e das negociações e acordos, o que exige postura de humildade frente aos diferentes saberes e disponibilidade para aprender com o outro sobre o que ele faz, quais são seus valores e como eles são reprocessados. Nesses processos de encontros e diálogos experimenta-se o que se caracteriza como ‘desconforto intelectual’ (Schwartz, 2000), quando saberes disciplinares são questionados/problematizados pelos saberes/valores recriados na atividade, e assim reconhece-se ‘zonas de incultura’ e ‘zonas de cultura’ em cada um dos sujeitos em relação.

Enfim, ao tomarmos o ‘ponto de vista da atividade humana’ fazemos escolhas ético-político-metodológicas que se transversalizam neste estudo e se articulam a um patrimônio de experiências acumulado, tomado no sentido de “algo da ordem dos saberes e valores” (Schwartz, 2000, p. 38), como psicóloga, educadora, pesquisadora e militante do campo da Saúde, Trabalho e Educação. Patrimônio que se constituiu a partir de referenciais de pesquisas participativas/participantes, etnográficas, pesquisas/intervenção, dentre outras

³ Em alguns momentos não traduziremos *démarche*, com o intuito de enfatizar a idéia de processualidade, que os equivalentes em português - ‘perspectiva’ ou ‘abordagem’ - não dão conta de expressar.

denominações, inspiradas no pressuposto comum referente a uma postura de valorização dos sujeitos da pesquisa, como protagonistas, interlocutores e colaborativos, caracterizadas como essencialmente ‘qualitativas’, em diferentes campos de estudo, como educação popular, antropologia, sociologia, psicologia social, psicossociologia, psicodinâmica do trabalho e saúde coletiva (Freire, 1985, 1987, 1998; Brandão, 1981, 1987, 2006; Malinowski, 2008; Thiollent, 1981, 1988; Santos, 1999, 2002; Enriquez, 1997, 2000; Carvalho, 1995, 1996, 2001; Dejours, 1992; 1994; Minayo, 1998, 1999; Schmidt, 2008; Passos *et al*, 2009; Trajano, 1988, 2002).

A pesquisa foi organizada como num movimento ‘em espiral’, tomado como ‘ciclo de pesquisa’, em que os diferentes momentos se desenvolvem não como etapas estanques, mas como planos que se complementam e se interpenetram. “Certamente o ciclo nunca se fecha pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posteriores” (Minayo, 1999, p. 27).

Consideramos que o primeiro momento – fase exploratória da pesquisa e construção do projeto de investigação – iniciou-se, a partir de agosto/2006, quando desenvolvemos o ‘apoio institucional’ junto com os trabalhadores e gerente/coordenações do Samu-BH, através de parceria entre MS/PNH e SMSA-BH/Coordenação de Humanização. Foi, então, no bojo desses processos que nasceu a idéia de propormos aos trabalhadores e gestores a presente pesquisa.

Em seguida, após avaliação e aprovação do projeto pelos Conselhos de Ética da UFMG e da SMSA-BH - fase de delimitação do campo e início da investigação propriamente dita - retomamos o campo de pesquisa numa concepção ampliada do mesmo, que se articula com o ‘dispositivo de três pólos’ da ergologia, ou seja, “como recorte que o pesquisador faz em termos de espaço e como lugar de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (Minayo, 1999, p. 53).

Delimitamos a partir daí, como campo de pesquisa o Samu-BH e definimos um plano de trabalho, em conjunto com gerente e coordenações de equipe. Numa primeira aproximação/retomada do campo, apresentamos e discutimos o projeto com trabalhadores/trabalhadoras junto à sede do Samu, em especial, no almoxarifado e na central de regulação médica. Apresentávamos o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (ANEXO C), oportunidade em que abríamos o diálogo sobre objetivos e metodologia da

pesquisa. Em seguida, definimos aprofundar a observação e conversas junto à Base X/USB 200⁴.

Ao retomarmos o campo, em 17 de junho de 2009, após rearranjos de gestão com a posse de novo governo municipal, em janeiro/2009, estabelecemos contrato com a nova gerente e coordenações, quando foi lido e esclarecido o *Termo de Consentimento*, e acordado os seguintes pontos: (i) iniciar apresentações e esclarecimentos sobre a pesquisa aos trabalhadores no almoxarifado, local por onde passam todas as ambulâncias para limpeza e reposição de material, em seguida, em outros setores, como central de regulação médica, administrativo, copa/cozinha, enfim ampliar o máximo possível as apresentações, esclarecimentos e conversas⁵; (ii) uso de uniforme pela pesquisadora (camiseta do Samu, calça jeans e tênis preto), proposto pela gerente, para melhor identificação junto aos trabalhadores e população; (iii) importância do ‘Seguro de Vida’ (se não tivesse teria que fazer um), quando foi recomendado levar o mesmo todos os dias de trabalho no Samu. (iv) foi confirmada a escolha da BaseX / USB200 para acompanhamento e observações da atividade junto com trabalhadores, desde a saída da base, dentro da ambulância, até local da ocorrência, e, após deixar a pessoa em hospital ou UPA, retornar à base ou sede, quando fosse este o caso.

Acompanhamos o trabalho junto à Base X-USB 200 no período de julho / 2009 a dezembro /2009; em janeiro/2010 e janeiro/2011, voltamos ao campo para entrevistas e atualização de informações; e, finalmente em julho/2011, produzimos as fotos para descrição dos postos / ambientes de trabalho, já na nova sede do Samu-BH.

Dentre as estratégias adotadas como instrumentais de pesquisa, destacamos o acompanhamento/observação da atividade industriosa junto com trabalhadores e trabalhadoras⁶; as conversas sobre o trabalho realizadas durante a realização da atividade e nos intervalos entre as mesmas; as entrevistas semi-estruturadas; e o Diário de Campo, como instrumento principal de registro.

O caráter etnográfico/participante da pesquisa revela-se através de nossa presença em campo desde agosto / 2006 conforme já descrevemos anteriormente, quando

⁴ Letra e número fictícios, para que evitemos identificações dos profissionais, importante no caso presente a reconstrução, em parte, das ‘dramáticas do uso de si’, dos saberes gerados na atividade, das renormatizações, conforme aprofundaremos no decorrer das discussões teóricas e da análise da atividade industriosa.

⁵ Nesses encontros com os protagonistas da atividade procurávamos registrar falas e impressões no diário de campo; quando não era possível este registro em ato, anotávamos logo que saíamos do serviço.

⁶ Em algumas passagens faremos referência aos diferentes gêneros - trabalhadores e trabalhadoras. Se não o fizermos em outras é apenas para não cansar o leitor com as repetições, importante sublinhar nossa concordância com a crítica ‘feminista’ ao ‘machismo’ de nossa gramática, que indica usar o masculino para referirmos aos dois gêneros de forma simplificada.

procurávamos estar ao lado dos protagonistas da atividade em diferentes momentos, inclusive em encontros de celebrações, como festa junina, Natal, dentre outras. E aqui aprendemos com Malinowski (2008), que se instalava entre os nativos, armava sua barraca, e procurava, conforme nos relata estar “presente em todos os acontecimentos corriqueiros, solenes, enfadonhos ou surpreendentes” (Malinowski, 2008, p. 62). Importante a interlocução entre pressupostos ergológicos e a pesquisa de tipo etnográfico, ao proporem relação de reconhecimento e valorização dos diferentes saberes e o diálogo entre os sujeitos participantes da pesquisa, pesquisadores e ‘pesquisados’. Vale lembrar que, para a ergologia, “não se pode antecipar tudo o que ocorre na situação de trabalho, sendo necessário ir ao campo para ver de perto o que ocorre” (Dias, 2008, p. 25).

As ‘conversas sobre o trabalho’, que se realizaram no decorrer da atividade e em intervalos junto à base X, foram inspiradas em estratégia metodológica desenvolvida por Carvalho (1996, 2001) – as *conversas-ao-pé-da-máquina* - ao realizar pesquisas junto com trabalhadores metalúrgicos. Nessas conversas procura-se apreender a dinâmica estabelecida na relação sujeito / trabalho, é a apreensão do sujeito em processo na própria atividade laboral (Carvalho 2001; Trajano, 2002). As entrevistas semi-estruturadas ocorreram na sede do Samu, previamente agendadas, e tiveram como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o trabalho no Samu, reconstituir as ‘dramáticas do uso de si’ e os saberes gerados na atividade. Essas conversas e entrevistas eram precedidas pela apresentação do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, quando procurávamos abordar justificativa/objetivos, referencial teórico-metodológico e procedimentos de pesquisa. Ao final, computamos vinte *Termos de Consentimento* assinados, referentes às conversas junto à Base X/USB-200 (técnicas/técnicos de enfermagem, motoristas), USA-100 (médico e enfermeira), central de regulação (gerente, coordenação médica, médicos, supervisores do tele-atendimento, tele-digitadores), almoxarifado (técnicas de enfermagem).

A produção de Diário de Campo, instrumento que se inspira em experiências etnográficas, procurou registrar o trabalho de investigação, nos diferentes momentos de conversas, entrevistas e observações/acompanhamento da atividade industriosa, em especial, no atendimento às ocorrências junto à Base X/USB 200. Este diário foi tomado como um dispositivo, na medida em que funcionava “como disparador de desdobramentos da pesquisa” (PASSOS *et al*, 2009, p. 172), embasado numa concepção em que o pesquisador se inclui no processo de pesquisar e implica-se como sujeito em interação com os demais sujeitos participantes do estudo (Passos *et al*, 2009). Muitas vezes, ao relatar a fala e atos dos

profissionais, revelaremos nossas dramáticas, saberes e valores, quando usaremos a 1ª pessoa do singular.

Nesses registros aprendemos com Dejours (1992), através do que chamou de ‘observação clínica’, quando propõe que se articule o comentário dos trabalhadores com o comentário subjetivo do pesquisador, e que haja uma parte substancial dedicada à palavra do trabalhador. Ao apresentarmos, no presente texto, as falas dos trabalhadores e gestores/gerentes, por meio das quais procuramos reconstituir ‘dramáticas’, saberes gerados nas atividades, renormatizações, usaremos *itálico* como forma de destacá-las e valorizá-las.

Em nosso Diário de Campo registramos as descrições das ocorrências que acompanhamos, outras relatadas pelos trabalhadores por meio das conversas e/ou entrevistas, descrições referentes aos locais / postos de trabalho, análises e reflexões, impressões subjetivas.

As fotografias em momentos de observação da atividade no atendimento às ocorrências foram produzidas pela própria pesquisadora em trabalho de campo. Para fotografar os espaços e postos de trabalho tivemos o apoio de profissional da área de comunicação. Outras fotos nos foram cedidas por fotógrafo profissional, como forma de expressar sua solidariedade e reconhecimento aos trabalhadores do Samu.

Finalmente, realizamos o tratamento do material recolhido no campo e o aprofundamento da análise da atividade. Nesse momento optamos por organizar a análise através da identificação dos ingredientes do ‘agir em competência’ conforme abordagem ergológica referente à avaliação das competências. A partir daí, definimos como unidades de análise ‘ocorrências’ que acompanhamos, ou nos foram relatadas por trabalhadores/gestores, nas quais procuramos identificar esses ingredientes e ressaltar aqueles que emergiam com maior ênfase. Em seção específica, antes de iniciarmos a análise propriamente dita, procuramos apresentar e discutir esses ‘ingredientes do agir em competência’ e as noções ergológicas que os atravessam.

O texto⁷ se compõe de três partes que abarcam os seguintes tópicos: o referencial teórico, como primeira parte, em que procuramos apresentar e discutir origens e principais conceitos e noções da ergologia, abordagem marxista do processo de trabalho em geral, o processo de trabalho em saúde e a Política Nacional de Humanização do SUS; a segunda parte, em que abordamos as ‘normas antecedentes’ como conceituações e discussões sobre o trabalho da urgência e emergência em saúde, a PNH e o Acolhimento com Classificação de

⁷ Neste momento de estruturação e redação do texto buscamos referenciais que nos orientaram sobre modos de organização e estilos próprios à produção acadêmica (Perrota, 2004; França *et al*, 1998).

Riscos na urgência em saúde, leis e regulamentações que definem a organização prescrita do trabalho no Samu 192, o Samu como componente da Rede de Urgências em Saúde, descrições dos postos de trabalho, organograma, fluxos e interfaces no Samu-BH; e, como terceira parte, a análise da atividade através dos ingredientes do agir em competência. Para esta análise discutimos num primeiro momento, o referencial ergológico; em seguida, apresentamos a análise da atividade a partir das ocorrências, quando procuramos identificar os ingredientes que emergiram com maior ênfase nessas situações de trabalho e estabelecer articulações entre eles. Neste caminho buscávamos ‘pistas’ que nos ajudassem a responder nossa pergunta inicial. Ao final, discutimos nossas conclusões.

O ciclo de pesquisa não se fecha com o término deste trabalho, novas questões se formularam a partir do que conseguimos concluir neste processo de investigação.

Esperamos com este estudo ergológico contribuir para o aprofundamento de experiências de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e, nesta direção, para o fortalecimento e atualização dos princípios fundamentais do SUS - da universalidade, igualdade, integralidade e participação social.

**PARTE I: REFERENCIAL TEÓRICO - A ERGOLOGIA, O
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A POLÍTICA
NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Capítulo 1 A abordagem ergológica do trabalho a partir do conceito de atividade industriosa

1.1 A emergência da ergologia e o conceito de atividade humana: diálogos com a ergonomia, a filosofia da vida e o conceito de comunidades científicas ampliadas

A ergologia, como uma nova abordagem do trabalho, emerge no contexto de mudanças sociais, econômicas e políticas, que caracterizaram as últimas décadas do século XX, em particular na Europa. Ressaltam-se discussões realizadas desde a década de 80, quando as mudanças no mundo do trabalho e no movimento operário vão gerar discussões, que buscavam compreender o que se passava nesse novo período. Dentre as questões, destacavam-se: o trabalho está chegando ao fim? Está perdendo a centralidade no mundo contemporâneo? E como fica a classe operária? (Antunes, 1997, 2000; Schwartz & Durive, 2007)

Nesse cenário de problematizações e debates, pesquisadores e professores da Université de Provence⁸, na França, propõem a seguinte questão, conforme Schwartz (2006, p. 458): “é verdade que muitas coisas estão mudando no mundo econômico, do trabalho e social, mas o que está realmente mudando? Será que sabemos suficientemente bem o que está mudando?”. E a partir daí se perguntaram: “o que é o trabalho?”.

Nesse esforço de avaliar as transformações, buscou-se construir um trabalho cooperativo entre pesquisadores universitários e trabalhadores no mundo do trabalho, numa tentativa de se aproximar do trabalho para melhor entendê-lo. Num primeiro momento, foi criado um dispositivo de formação em ‘Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho’ - APST (1983-1984), com a participação de trabalhadores sem diploma universitário ou de ensino médio. Após essas primeiras experiências, quando ainda não se falava em ergologia, foi criado o Departamento de Ergologia - APST, em 1999. A Ergologia se constituiu, então, não como uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber, mas, sobretudo como uma ‘disciplina do pensar’. Como nos diz Schwartz (2000b, p. 40): “a aposta do trabalho em

⁸ Nesta época os três professores envolvidos eram o filósofo Yves Schwartz, o lingüista Daniel Faïta e o sociólogo Bernard Vuillon.

comum foi ganha, (...) porque fomos obrigados a nos colocar em situação de ‘desconforto intelectual’, sentimento de que o conceito é, no mínimo, defasado em relação à experiência”.

Logo, não há como compreender as mutações do trabalho, em nível ‘macro’, se não procuramos conhecê-lo em nível ‘micro’, entrando em diálogo com os sujeitos/protagonistas da atividade, que o realizam. Deslocam-se as discussões, ao se buscar articulações entre o macro e o micro, o que significa que debates políticos e sociais que circulam na contemporaneidade, “debates de valores que são os nossos, na vida: na vida de cidadão e na vida política” (Schwartz & Durrive, 2007, p.32) atravessam os mais simples atos de trabalho.

Segundo Schwartz (2000b, 2004a, 2010), a ergologia dialoga, em especial, com as contribuições teóricas de três médicos ‘atípicos’: 1) o psicólogo e médico Ivar Oddone e o conceito de ‘comunidades científicas ampliadas’, a partir de experiências com o movimento operário italiano, nas décadas de 1960 e 1970; 2) o filósofo e médico George Canguilhem e a chamada ‘filosofia da vida’, que, ao tomar o homem como ser da norma, discute as relações entre saúde e doença, entre normal e patológico, a partir da noção de “capacidade normativa”, ou seja, “a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes”, referindo-se ao ser vivo doente como aquele que “perdeu a capacidade normativa” (Canguilhem, 2006: 136); 3)⁹; o ergonomista e médico Alain Wisner e a ‘ergonomia da atividade’, ao “reivindicar para as situações a serem estudadas o ponto de vista da atividade” (*apud* Schwartz, 2004a, p. 37).

Salientamos na abordagem ergonômica o conceito de trabalho real e a noção da distância entre trabalho prescrito e trabalho real, formulado a partir de observações de situações reais de trabalho (Wisner, 1987; Guérin *et al*, 2001; Echternacht, 2008).

Ao discutir as origens da ‘Análise Ergonômica do Trabalho’, desenvolvida pela escola francesa de ergonomia, Echternacht (2008) enfatiza que

(...) esta origem relaciona-se a uma ruptura com a tradição científica clássica - cujos modelos teóricos determinam a apreensão da realidade, elegendo-se a partir daí, o terreno onde situa-se o trabalho real como fonte dos problemas concretos a serem compreendidos e resolvidos pela ciência (op.cit., p.54).

⁹ Esta obra *O normal e o patológico* (primeira edição data de 1943), quando publica a sua Tese de Doutorado em Medicina, é uma referência importante para os estudos e reflexões sobre a atividade médica, e as relações da medicina com outros campos de saberes. Tendo feito o curso de filosofia antes do curso de medicina, Canguilhem (2006, p. 6) diz: “A filosofia é uma reflexão para a qual qualquer matéria estranha serve, ou diríamos mesmo para a qual só serve a matéria que lhe for estranha.(...) Esperávamos da medicina justamente uma introdução a problemas humanos concretos. A medicina nos parecia, e nos parece ainda, uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita”.

Importante o que nos diz Schwartz (2006) sobre a ampliação da noção de trabalho real e da diferença entre este e o trabalho prescrito, quando introduz a noção de normas antecedentes, “com base na herança de Canguilhem, a propósito da tendência de cada um sempre renormatizar seu meio de vida e de trabalho” (Schwartz, 2006, p. 459). Esta discussão é retomada por Telles e Alvarez (2004) ao analisarem as interfaces ergonomia-ergologia, quando abordam a noção ergológica de ‘norma antecedente’ como “possibilidade de ampliação do conceito de trabalho prescrito utilizado na abordagem da ergonomia centrada na análise da atividade” (op. cit., p. 64).

Conforme nos dizem os ergonomistas:

A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre ‘o que é pedido’ e ‘o que a coisa pede’. A análise ergonômica da atividade é a análise das estratégias (regulação, antecipação, etc.) usadas pelo operador para administrar essa distância, ou seja, a análise do sistema homem/tarefa (Guérin *et al.*, 2001, p. 15).

Nessas discussões sobre trabalho prescrito e trabalho real é interessante o que introduz a ergologia quando desenvolve o conceito de atividade, como aquilo que acontece ‘entre’ os dois. Poderíamos dizer que, à abordagem ergológica interessa apreender, perguntar sobre o que acontece ‘entre’, o que caracterizaria a atividade como uma ‘coisa enigmática’.

Neste diálogo/confronto com a ergonomia, Schwartz (2004a) também levantará questões sobre o que diz respeito à atividade de trabalho em oposição à atividade humana em geral. Para os ergonomistas, conforme ressalta o autor (op. cit., p. 38): “de maneira corrente, a atividade de trabalho é nitidamente distinta da atividade humana em geral”, como atividade socialmente finalizada, como uma atividade exigida (ou atividade imposta). Esta abordagem é problematizada pela ergologia a partir da chamada filosofia da vida, de George Canguilhem (2006, 2005, 2001), que, concebendo o homem como ser da norma, entende a vida como atividade de oposição à inércia e à indiferença, o que vai oferecer elementos importantes para a elaboração do conceito ergológico de atividade e da noção de norma antecedente. Importante destacar as reflexões de Canguilhem (2001) sobre o trabalho e o ‘governo *taylorista*’ deste, a partir da filosofia da vida e da abordagem do homem como ‘ser da norma’, capaz de (re)propor, modificando, o meio em que vive e trabalha. Discutindo esta temática, Schwartz nos ajuda a concluir essas breves considerações sobre as relações entre a filosofia da vida, a ergonomia e a ergologia, no que tange à definição de atividade, como ‘oposição à inércia e à indiferença’:

Recenseamos as poucas ocorrências breves e luminosas em que sua [de Canguilhem] definição da vida como atividade de oposição à inércia era

extrapolada num meio humano de trabalho; em que ela aparecia como o fundamento da resistência operária ao taylorismo e, para além, a toda situação de heterodeterminação das normas industriais (Schwartz, 2004a, p. 38).

Nesta vertente de discussão sobre a atividade humana em geral e a atividade de trabalho, Schwartz (2004a, 39) pergunta: “definir o trabalho pela imposição não é anular em grande parte a inclusão do trabalho na atividade vital concebida como oposição à inércia e à indiferença (...)?”. E o trabalho da dona de casa, do trabalhador informal, do estudante, dentre outros, não seriam considerados trabalho? Nesta perspectiva ergológica aparece uma abordagem do trabalho como uso de si ‘por outro’ e uso de si ‘por si’. Deste ponto de vista, o trabalho não se diferencia da atividade humana em geral. Toda atividade humana, incluindo as diversas formas consideradas como trabalho, são sempre atravessadas pelo ‘debate de normas’, ou, nas palavras de Schwartz (2004b, p. 25): “a negociação dos usos de si é sempre problemática, sempre lugar de uma *dramática*. A atividade industrial é sempre um *destino a viver*” (grifos do autor). Nesta concepção, a atividade industrial é concebida como “um debate de normas que ultrapassa o meio de trabalho, mas que se situa dentro do meio de trabalho” (Schwartz, 2006, p. 459).

Poderíamos dizer que a abordagem ergológica do trabalho como atividade industrial, é multidimensional, pois através das ‘normas antecedentes’ encontraremos “as dimensões econômicas, da gestão, da renda, do salário e das normas jurídicas (...) porque o trabalho é pleno, independente do fato de ser assalariado, formal ou informal, doméstico ou mercantil” (Schwartz, 2006, p. 459).

A elaboração ergológica sobre a atividade humana vai se inspirar num outro conceito importante no campo de pesquisas sobre o trabalho e a saúde - ‘comunidades científicas ampliadas’-, conceito este formulado pelo médico e psicólogo Ivar Oddone, a partir de trabalhos desenvolvidos com operários italianos, através do que se chamou Movimento Operário Italiano (MOI) de ‘produção de conhecimentos e luta pela saúde’, nas décadas de 1960 -1970 (Oddone, 1986; Schwartz, 2000; Brito, 2004; Clot, 1999; Echternach, 2008; Athayde & Brito, 2011). Foi em 1981, que Schwartz encontrou Oddone, em evento organizado pelo Ministro da Saúde francês, denominado *États Généraux de La Prévention*: “A obra de Oddone foi para mim determinante e minha tese se inspirou nesta preocupação fundamental de repensar o regime de produção de conhecimentos sobre o trabalho” (Schwartz, 2000b, p. 39). Para Oddone, conforme Echternach (2008, p. 54), “a experiência operária se constitui como o cerne de toda análise sobre o trabalho, reconhecendo-a como

aprendizagem que se constitui a partir da apropriação singular de modelos genéricos que evoluem através da prática”. Importante esta abordagem para a discussão sobre as ‘origens da ergologia’ e a valorização dos diferentes saberes que circulam na atividade. A experiência operária tomada como um “patrimônio vivo das atividades de trabalho” (Schwartz, 2000b, p. 39), e nesta perspectiva, apontava-se a necessidade de ampliar a comunidade científica.

Este conceito de ‘comunidades científicas ampliadas’ levou Oddone a formular a idéia de ‘competência profissional ampliada’, ao dizer que esta “não pode ser somente técnica, pois está ligada a todo um patrimônio de experiências coletivas, animada no seu interior pela consciência de classe. O ensino universitário não nos permite isoladamente aceder a esta competência profissional ampliada” (Schwartz, 2000b, p. 39). Isto é importante para a nossa pesquisa, que procura analisar a atividade através dos ‘ingredientes da competência’, formulados pela ergologia, podendo-se também a partir destas elaborações estabelecer conexões entre produções de Oddone e Schwartz.

1.1.1 O Dispositivo de Três Polos como um novo regime de produção de saberes

A partir desses diálogos, introduzimos o conceito – ‘Dispositivo de Três Polos’ (Schwartz, 2000b; 2004 a; Cunha, 2006; Dias, 2009; Brito, 2004; Athayde & Brito, 2011; Gomes & et al, 2011), considerado pela ergologia como ‘um prolongamento’ da idéia de ‘Comunidades Científicas Ampliadas’, na medida em que procura inserir na universidade esse ‘novo modo de produzir saberes’ sobre o trabalho. E podemos imaginar o desafio que era trazer esta postura dentro da universidade, naqueles anos 80, na medida em que a produção de conhecimento nesses espaços acadêmicos segue outro modo de funcionamento. A ergologia também trará a discussão sobre a nova realidade do trabalho e do movimento sindical, quando aborda as transformações na configuração da classe operária, ao discutir a situação dos desempregados e dos trabalhadores dos serviços.

Além desses ‘prolongamentos’, a abordagem ergológica problematiza o conceito de ciência e discute a questão dos diferentes saberes que se articulam na realização da atividade. Enfim, essas interlocuções nos levam ao conceito ergológico de atividade industrial como um permanente debate de normas, em que há sempre renormatizações. A atividade aparece, a partir daí, “como ‘produtora’, matriz de histórias e de normas

anteriores que são sempre renormatizadas no recomeço indefinido das atividades” (Schwartz, 2000, p. 42).

Através do Dispositivo de Três Polos, também traduzido como um Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P), o que enfatiza o processo dinâmico de articulações entre os três polos e o seu objetivo de “colocar em debate sinérgico diferentes saberes” (Gomes et al, 2011, p. 142): (1) os saberes acadêmicos/disciplinares ou desengajados – ‘polo dos conceitos’; (2) os saberes da experiência ou investidos, engajados (na atividade) – “polo das ‘forças de convocação e reconvocação’, que é o polo dos saberes gerados nas atividades” (Schwartz, 2000, p. 44) - o que só é possível se produzir, “pela existência de um terceiro polo: [3] o das exigências éticas e epistemológicas” (op. cit., p.44), nascidas do encontro fecundo entre os dois polos. Este terceiro polo “se articula sobre uma filosofia da humanidade, uma maneira de ver o outro como seu semelhante (...) como alguém com quem vamos aprender coisas sobre o que ele faz (...) quais são seus valores e como eles tem sido (re)tratados” (op. cit., p. 44) . Conforme expressa Cunha:

Um terceiro polo seria aquele do projeto em comum que estabelecem estes dois campos de saberes na promessa de um diálogo profícuo. Tal projeto em comum que figura como terceiro polo tem como objetivo máximo assegurar um equilíbrio entre as exigências epistemológicas e protocolares de cada disciplina e os saberes investidos (Cunha, 2006, p.9).

Importante a compreensão deste DD3P para uma maior clareza sobre o conceito de atividade da ergologia e a postura epistemológica do pesquisador neste campo de investigações sobre o trabalho, enfatizando-se que, como sintetiza Dias:

Ao nos aproximarmos da atividade, tomamos o outro como alguém com quem vamos aprender algo sobre o que ele faz. A ideia é a de uma zona de cultura e uma zona de incultura tanto no conhecimento dos pesquisadores quanto no conhecimento dos trabalhadores (Dias, 2009, p. 21).

A partir do que se chama ‘zona de incultura normal’, que se refere a “tudo que a atividade recria de saberes, de valores, de histórias particulares de que os trabalhadores são portadores (no sentido mais amplo possível)” (Schwartz, 2000, p.43), podemos compreender a noção de ‘forças de convocação e de reconvocação’. Por um lado, os protagonistas das atividades necessitam dos saberes disciplinares e os ‘convocam’ - ‘forças de convocação’; por outro lado, testam e avaliam esses conhecimentos e os colocam em confronto com os demais saberes e experiências gerados na atividade e reconvoam novos saberes conceituais (polo conceitual) – ‘forças de reconvocação’. Poderíamos considerar que esse é um processo sem

fim, “uma ideia universalizante de retrabalho parcial das normas” (op.cit., p. 42), de renormatização que se produz em toda atividade.

Após estas discussões sobre o DD3P abordaremos, em seguida, noções e conceitos que aprofundam a *démarche* ergológica como referencial de análise da atividade industriosa como permanente debate de normas.

1.2. O debate de normas no ‘uso industrioso de si’: normas antecedentes, dramáticas do ‘uso de si’, uso do ‘corpo si’, renormatização

O uso de si no trabalho

A introdução da ideia de ‘uso de si’ pela ergologia, por volta de 1987 (Schwartz, 2000a, 2006), apresenta-se como uma novidade no campo de estudos sobre o trabalho ao estabelecer uma oposição à ideia taylorista do trabalho como ‘execução’, ao definir o trabalho como atividade humana, um lugar em que a vida se manifesta, em que encontramos a ‘presença viva de uma pessoa’, com sua história, seus saberes, seus valores, suas experiências. Importante dizer que mesmo em situações de maior constrangimento, como o trabalho em linhas de montagem, o trabalho industrial, existe atividade, tomada no sentido ergológico, como “espaço de possíveis sempre a negociar, onde não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade” (Schwartz, 2000 a). Nesta perspectiva, entende-se o uso como uso de si ‘pelos outros’ e ‘por si’, ou seja, “o trabalho é sempre também uso de si por si, recentramento do meio de trabalho ao redor de seus possíveis singulares” (Schwartz, 2000a, p. 42).

Mais uma vez, em diálogo com a ‘filosofia da vida’ de Canguilhem, para a ergologia “este uso de si, nos atos de trabalho como uso de si por si mesmo, traz a marca do que é para o homem a herança da vida nele” (Schwartz, 2000a, p. 44). Articulam-se reflexões sobre normatividade do ser, concepção de saúde como capacidade de renormatização em confrontação com o meio, e uma abordagem do ‘sujeito’ em situação de trabalho, com a introdução das noções de ‘dramáticas do uso de si’ (ou ‘usos dramáticos de si’) e uso do ‘corpo-si’ (*corps-soi*).

A ‘atividade industriosa’, ou seja, aquela que se realiza no mundo do trabalho, mundo do ‘fazer industrioso’, não se difere da atividade humana em geral, ‘sempre um debate de normas’, que envolve uma ‘dramática do uso de si’ - escolhas, posicionamentos, renormatização. Um drama compreendido como alguma coisa que acontece no trabalho,

drama que “não quer dizer necessariamente tragédia (...) é isto, sempre acontece alguma coisa no trabalho” (Schwartz e Durrive, 2007, p. 198). Interessante as elaborações ergológicas sobre estas *dramatiques* que vão atravessar todas as atividades humanas, em geral, e as atividades industriais, em particular, sejam formas assalariadas, mercantis ou no setor de serviços, como a saúde, a educação, o trabalho social, enfim. Em seção posterior, abordaremos as discussões ergológicas sobre as especificidades da atual ‘forma serviços’ com relação ao trabalho industrial, ou da ‘produção de bens’, considerando o ponto de vista da atividade. Ressaltamos aqui, o que nos diz Schwartz (2006) sobre a elaboração desta noção de ‘dramáticas do uso de si’, a partir de seu encontro com trabalhadores do serviço social e da saúde, quando esses lhe falavam sobre os debates de normas e os valores no trabalho com jovens ‘em dificuldades’ e com ‘pacientes da saúde’. O autor relata-nos, que “o encontro com essas pessoas acrescentou a ideia de que esse uso de si é sempre uma arbitragem a ser feita, passando sempre pelo uso de si pelos outros, tornando-se uma variável comum, em especial no trabalho” (op. cit., p. 460). Essas análises nos ajudam a construir referenciais importantes para nossa pesquisa, na medida em que enriquecem nosso olhar que se dirige para a atividade em saúde, ao buscarmos apreender as ‘dramáticas do uso de si’ vivenciadas pelos trabalhadores do Samu, um serviço de saúde pública, regulado por ampla legislação e regulamentações. E nessas dramáticas, acrescenta Schwartz (2006, p. 460): “dramáticas do uso de si e também ‘uso do corpo si’, porque o corpo nos pareceu bastante solicitado, inclusive no trabalho em saúde”. A partir daí, conclui que é impossível entender o trabalho em saúde, “sem entender o uso de si e o uso do corpo-si”, o que se opõe à idéia, “socialmente difundida, de que no setor de serviços o trabalho torna-se mais ou menos imaterial, intelectual” (op. cit., p. 460). Introduzimos assim a noção ergológica de ‘corpo-si’, que procuraremos desenvolver em seguida.

O ‘corpo-si’ (*corps-soi*) na gestão da atividade

Ao tomarmos as elaborações ergológicas sobre a noção de *corps-soi* (Schwartz & Durrive, 2007; Schwartz & Echternacht, 2009) partimos de discussões que se referem às interlocuções entre esta e a noção de subjetividade:

Então, que entidade é esta que escolhe? Ela não é nem inteiramente biológica, nem inteiramente consciente ou cultural. E é por isso que eu

prefiro a idéia de ‘corpo’ ou de ‘corpo si’ à idéia de subjetividade (Schwartz & Durrive, 2007, p. 198).

Do nosso ponto de vista, a ideia de ‘corpo-si’ amplia e aprofunda a abordagem da ‘subjetividade’ no trabalho, na medida em que se refere à dimensão subjetiva no trabalho, o que situa a ergologia dentre as ‘Clínicas do Trabalho’ (Bendassoli & Soboll, 2011; Athaíde & Brito, 2011; Dejourns 1992, 1994; Clot, 2006, 2011).

Nesta perspectiva, concebe o corpo não restrito ao sentido biológico, e por isso a expressão ‘corpo-si’ (*corps-soi*), buscando-se construir novo sentido que abarque diferentes dimensões do sujeito, que não se limite a um lugar ou aspecto, mas que envolva ‘tudo que vai do mais biológico ao mais cultural’, do ambiente natural da vida ao ambiente cultural, social e psíquico, dentre tantos outros. Este corpo inserido no trabalho, como corpo-si, vai dizer sobre as *dramatiques* que atravessam a atividade industriosa, quando aquele que trabalha faz escolhas, transgride prescrições, cria normas. Há sempre um debate de normas, processo no qual se confrontam normas antecedentes e o singular da situação de trabalho, em que é necessário arbitrar entre o uso de si ‘por si’ e o uso de si ‘pelo outro’, e assim renormatizar, criar novas normas; parte daí a noção ergológica do ‘vazio de normas’, no sentido de que em situações de trabalho frente à inexistência ou insuficiência de normas, é preciso inventar. E nesse debate, que atravessa toda atividade, a pessoa se implica¹⁰ inteira, como corpo-si, em toda a sua complexidade, com seus valores, seu corpo, desejos, paixões, emoções, saberes, experiência, história.

O “*corps-soi* como matriz da atividade humana” (Schwartz & Echternacht, 2009, p. 32), e a partir daí, discutimos com os autores a noção de corpo-si como história, “história dos encontros sempre renovados entre um ser em equilíbrio mais ou menos instável e uma vida, social, com seus valores, suas solicitações, seus dramas. O corpo-si é história, história como memória sedimentada, organizada na miríade dos circuitos da pessoa; mas também história como matriz, energia produtora do inédito” (op. cit., p 34, tradução livre).

Nesta perspectiva, amplia-se também a abordagem do sofrimento no trabalho, quando procura focar a atividade como um debate de normas, “como uma tentativa de recentramento de um ser vivente em um meio” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 200), mas esta tentativa pode fracassar, há o risco de que “este debate de normas se desenvolva em desvantagem permanente. E aí isso se torna trágico: a ‘dramática’ pode se tornar trágica, levando até um grande sofrimento, até o suicídio” (op. cit., p. 200). Aqui o importante é a

¹⁰ ‘Implicação’ no sentido atribuído pelos institucionalistas, como engajamento, envolvimento, “compromisso socio-econômico-político-libidinal” (Barembliitt,1992).

discussão sobre o que tem valor para o sujeito, “com o que não é, em princípio, sua fraqueza ou sua doença, mas com o que é, em princípio, sua tensão em direção à saúde. É a partir daí que se pode achar as alavancas para transformar a situação” (op.cit., p.200). Diríamos, então, com Brito (2004), que “quando nas escolhas efetuadas na atividade não se pode levar em conta suficientemente a defesa da saúde, o trabalho se torna patogênico”.

Pensamos que essas discussões ampliam as análises do sofrimento-dor-adoecimento no trabalho, em especial a partir dos referenciais da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 1992, 1994), ao enfatizar o que há de engajamento do sujeito no trabalho, com suas tentativas de buscar equilibrar entre suas próprias normas, que tem a ver com sua história; a do coletivo no qual se insere no trabalho (a ergologia vai nomear como ‘Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes’, que discutiremos em tópico posterior ao abordamos os ingredientes da competência); a do coletivo social, que se refere ao contexto social, político, econômico, humano, enfim. E nesse sentido, volta-se o olhar para as possibilidades de transformação de situações de sofrimento, em que o sujeito como ‘corpo si’, ao engajar-se na atividade, ao posicionar-se frente às normas instituídas, ao transgredi-las, ou ao criar normas, quando elas são insuficientes (‘vazio de normas’), é capaz de transformar situações que produzem sofrimento e dor.

Neste sentido a atividade é um lugar de escolhas, arbitragens, de debates de valores, de micro-gestões: “Toda forma de atividade em qualquer circunstância requer sempre variáveis para serem geridas, em situações históricas sempre em parte singulares, portanto escolhas a serem feitas, arbitragens – às vezes quase inconscientes – portanto, o que eu chamo de ‘usos de si’, ‘usos dramáticos de si’” (Schwartz, 1996). Existe sempre uma distância entre trabalho prescrito e trabalho real, não há uma simples submissão às prescrições; esta distância é sempre ressingularizada, há renormatização. Como expressa Echernach:

A atividade humana de trabalho exige uma permanente arbitragem entre uso de si por si mesmo e uso de si por outros, o que significa permanente debate entre o que a Ergologia nomeia como ‘normas antecedentes’ e as normas inscritas na história do corpo de quem trabalha, suas próprias normas internas (Echernach, 2008, p 58).

Poderíamos dizer numa abordagem que se aproxima da filosofia, que, ao trabalhar, todo o corpo, como corpo-si, tomado como uma “entidade enigmática que resiste às tentativas de ser objetivado” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 198), implica-se com a atividade e, nesta perspectiva, a gestão deixa de ser um problema que se restringe aos considerados ‘gestores’ ou gerentes/administradores, mas se torna um problema, verdadeiramente, humano (Schwartz, 2004, p. 23). A gestão da atividade, as escolhas, arbitragens que este processo

abarca, passa por este corpo ‘enigmático’ e ‘multidimensional’ - biológico, cultural, espiritual, psíquico, social, histórico. Importante estas discussões ergológicas para uma abordagem da gestão do trabalho, em que o ‘sujeito’ se expressa ao trabalhar, como gestor do próprio trabalho, um ser ‘que pensa’, faz escolhas, toma decisões, faz história. Um movimento de confrontação ao ‘taylorismo’ e sua concepção cientificista/tecnicista e reducionista do ser humano e do trabalho como ‘pura execução’. Vale lembrar reflexões políticas e filosóficas de Canguilhem (2001) a partir do livro *Problèmes humains du machinisme industriel* de Georges Friedmann, datado de 1946, quando ressalta o rigor deste autor na análise do trabalho sob o ‘governo taylorista’ e as conseqüências deste para a condição humana, embasado numa “ética necessariamente implicada na filosofia humanista” (op. cit., p. 110). Com o resgate desta obra filosófica que procurava aprofundar a crítica à abordagem de Taylor e dissipar a ‘ilusão tecnicista-cientificista’, Canguilhem (2001) propõe duas questões mais amplas, e para ele, fundamentais: “a das relações do homem e do meio e a questão da determinação e da significação das normas humanas”(op. cit., p. 114). Poderíamos considerar que estas questões vão ser retomadas pela ergologia ao definir a atividade em geral, e a atividade industriosa, em particular, como ‘debate de normas’, e ao formular as noções de normas antecedentes, dramáticas do uso de si, uso do corpo-si e renormatização. Enfim, a nossa ênfase se dirige a este diálogo da ergologia com a filosofia da vida de Georges Canguilhem e suas reflexões sobre a vida como ‘uma atividade normativa’ e o homem como ‘ser da norma’. E neste sentido destacamos o que o autor entende por ‘normativo’, grifado por ele mesmo em seu texto:

Em filosofia, entende-se por *normativo* qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que propomos falar em normatividade biológica. (...) atentos quanto quaisquer outros para não sucumbirmos à tendência de cair no antropomorfismo. Não emprestamos às normas vitais um conteúdo humano, mas gostaríamos de saber como é que a normatividade essencial à consciência humana se explicaria se, de certo modo, já não estivesse, em germe, na vida (Canguilhem, 2006, p.86).

Então, no bojo dessas reflexões emerge a temática da saúde como capacidade normativa e da concepção do homem como ‘ser da norma’, em permanente debate com o meio. Conforme Echternach (2008) ao discutir sobre ‘a saúde como gestão de si em um meio singular’:

Conceituar a vida como atividade normativa, idéia central da tese de Canguilhem, deriva importantes implicações sobre a noção de saúde, que aqui se refere à experiência humana, enquanto tentativa de singularizar o

meio em função de suas próprias normas internas e como tal, de suas próprias normas de saúde e dos valores que as sustentam (op. cit., p. 58).

A partir daí podemos dizer que a vida e o sujeito se manifestam no mundo do trabalho, e que ao trabalhar os protagonistas da atividade industrial se posicionam frente ao meio de trabalho e tentam (re)organizá-lo segundo seus próprios valores, e assim (re)criam normas e fazem gestão de si e do próprio trabalho.

Numa linguagem institucionalista, diríamos que a atividade se realiza como uma ‘força instituinte’, à medida que transgride, transforma, renormatiza as normas antecedentes (Muniz; Vidal & Vieira 2004).

Nesta perspectiva, introduziremos discussões ergológicas sobre os dramáticos usos de si e eficácias da atividade no campo dos ‘serviços’, em especial no trabalho em saúde.

1.3. Discussões ergológicas sobre a questão da eficácia nos serviços, o trabalho em saúde e os dramáticos usos de si na gestão da atividade

No atual cenário de mutações no trabalho, importante para nosso estudo sobre o trabalho em saúde, as discussões desenvolvidas pela ergologia sobre o que muda no trabalho contemporâneo, considerando o ponto de vista da atividade. Neste sentido, pergunta-se sobre o que há de geral e específico nas diferentes formas atuais de trabalho – “pensar aqui o grau de especificação tendencial induzido pela forma serviço em relação às atividades produtivas” (Schwartz, 2004a, p.42). Ao olhar para a atividade, o que podemos apreender como “elementos transversais que nos parecem caracterizar a atividade no sentido mais abrangente do termo” (Schwartz, 2004a p 41)? E o que poderíamos dizer sobre o que há de específico na ‘forma serviço’ em relação à ‘forma produção’ (produção industrial)?

A partir destas problematizações ergológicas com relação às características gerais da atividade e as especificidades da ‘forma serviço’, é importante lembrarmos discussões atuais propostas por Zarifian (2011) que, ao abordar as mutações no trabalho contemporâneo, diz que “trabalhar é gerar um serviço” (op. cit., p. 48), seja em qualquer setor de atividade. “Não se trata de falar ‘dos serviços’ no sentido da oposição clássica entre ‘terciário’ e ‘industrial’ (...) o conceito de serviço concerne ao trabalho moderno, qualquer que seja o setor de atividade (Zarifian, 2011, p 48). Não aprofundaremos aqui esta abordagem, interessa-nos

na medida em que se diferencia, e outras vezes, se aproxima das discussões ergológicas sobre as mutações atuais do trabalho.

Então, se retomamos as noções de normas antecedentes e dramáticas do uso de si na atividade industriosa, ressaltamos o que nos diz Schwartz (2004) sobre a ‘dialética do programa e da atividade’, ou numa outra linguagem, da articulação entre dois registros: (i) Registro 1: o do campo das antecipações às situações de atividade – o que está inscrito no patrimônio socialmente partilhado, o campo dos conceitos, dos programas, das prescrições, da ‘linguagem acabada’; (ii) Registro 2: remete à gestão do singular, à dimensão histórica, o que não se repete, o que transgride, inova, (re)cria, às renormatizações. A partir desta dialética, que se manifesta em todas as situações de trabalho, poderíamos dizer de uma característica geral da atividade, como “o lugar de uma dramática singular, em que cada protagonista negociaria a articulação dos usos de si por outros e por si” (Schwartz, 2004a, p. 42).

Poderíamos também apontar tendências gerais com relação às mudanças atuais do trabalho, e nesta abordagem, identificamos convergência entre referenciais (Schwartz, 2004a, 2006; Zarifian, 2011), no que concerne à questão do ‘trabalhar para gerir’. Gerir aqui entendido num sentido diferente da ergologia quando se refere à micro-gestão da atividade, às ‘dramáticas’ que atravessam toda atividade; neste caso, refere-se à tomada de posição frente ao que Zarifian (2011) define como *eventos*: do gerir imprevistos, panes, acontecimentos inesperados. Conforme o autor:

Entende-se, aqui, por *evento*, o que ocorre de maneira parcialmente imprevista, inesperada, vindo perturbar o desenrolar normal do sistema de produção, superando a capacidade da máquina de assegurar sua autoregulação. (...) São os panes, os desvios da qualidade, os materiais que faltam, as mudanças imprevistas na programação de fabricação, uma encomenda repentina de um cliente etc. Em resumo tudo o que chamamos de acaso (Zarifian, 2011, p. 41, grifo do autor).

Considerando a característica geral da atividade industriosa, como um lugar de usos dramáticos ‘do outro’ e ‘de si’, o que poderíamos apontar de específico no setor ‘de serviços’, tomando este em oposição ao setor ‘de produção’, numa perspectiva ergológica? Ressaltamos, então, nas palavras de Schwartz (2004a): “nos serviços, a atividade industriosa tende a se esgotar em seu próprio desdobramento, sem a mediação ou com a mediação atenuada de um *output* incerto.” A partir daí, discute-se como nos serviços a deriva ‘trabalhar-gerir-se’ vai se desenvolver com características bem específicas, em que a atividade de trabalho requer dos protagonistas ajustes e avaliações constantes, em que a gestão do encontro com o outro, sempre singular e única, fará emergir questões e desafios referentes às escolhas a

serem feitas, confrontações entre o protocolar e a singularidade dos casos, o debate de valores que se remetem a horizontes mais amplos, enfim, na relação de serviço há um engajamento subjetivo necessário do prestador (que, vale lembrar, em outras situações de vida, se coloca no lugar do usuário/beneficiário). E aqui a avaliação do resultado do serviço também marca diferença com a produção industrial, pois nesta os produtores diretos não passam por reavaliações constantes dos fins imediatos de sua atividade – “quem é responsável pela não qualidade na produção automobilística?”, pergunta Schwartz (2004a, p. 43).

Se tomarmos o caso dos serviços públicos de saúde, essas questões ergológicas sobre o ‘trabalhar/gerir-se’ aparecem com bastante força, quando o profissional no seu encontro com o usuário, vivencia verdadeiros ‘dramas’ ao tomar decisões sobre abordagem das demandas e necessidades de saúde trazidas pelo sujeito em articulação com os protocolos clínicos e institucionais disponíveis, as legislações do campo de trabalho (ex: Atenção Primária, Urgência em geral, Samu, Upas, dentre outras), além do debate de valores, aqueles do ‘bem comum’- da solidariedade, da defesa do público - e outros, ‘valores dimensionáveis’ ou ‘mercantis’ (Schwartz, 1996) – dos gastos com instrumentos, medicamentos, materiais diversos. Muitas vezes em confronto com os valores de quem ocupa o lugar de gestor/gerente local, além dos gestores de instâncias mais gerais como Secretarias Estaduais, Municipais e Ministério da Saúde. Neste caso, lembra-nos Schwartz (2004a, p. 46), ao citar Gadrey (1986, p. 20), “ passamos, então, de uma lógica da produtividade a uma lógica da avaliação social”. A partir daí, introduzimos a noção ergológica de ‘horizonte de uso’, quando Schwartz (2006) ao se referir à questão da eficácia nos serviços, pergunta: “não será preciso, mais do que nunca, ligar os problemas de eficácia e de performances às modalidades do ‘uso di si’? Reconhecer a imanência de um horizonte de uso nas atividades de serviço obriga a passar pelas dramáticas do uso de si para sondar-lhes o valor econômico” (op. cit., p. 46). Neste sentido, aprofunda-se a abordagem do ‘si’, como uma “matriz de economia”, ou seja, gestos e atitudes de carinho e atenção, como o “sorriso de uma vendedora, as palavras meio tranquilizadoras, meio amáveis do fisioterapeuta acompanhando seus gestos profissionais nos doentes hospitalizados” (op. cit., p. 46), tomados como “micro-comportamentos de eficácia” (op. cit., p. 47), na medida em que resultam de ‘debates de si com si’ e vão dizer de valores fundamentais que atravessam as micro-decisões dos sujeitos em atividade. Importante discussões sobre os debates de ‘si’ com a eficácia, quando Schwartz (2004a) nos diz que o fato desses debates se “ligarem dialeticamente à eficácia do uso de si contribui aqui, certamente não a dispensar a economia – teremos visto bem a sua pertinência – mas a

desneutralizar os seus conceitos” (op. cit., p. 47). A partir daí, a ergologia desenvolverá discussões sobre as negociações de eficácia, tanto para as operações (considerando a dialética do programa e da atividade), como negociações de eficácia para os efeitos (mais orientada para resultados sociais e submetidas a arbitragens de valor). Nesta perspectiva, aprofundam-se os debates de valores dimensionáveis e de valores sem dimensão, nas abordagens da eficácia, mais voltada para os objetivos, para os efeitos; e na abordagem da eficiência, mais relacionada à economia nos insumos ou nos meios. Interessa-nos aqui, o que nos diz sobre o atravessamento desses debates nas atividades, em especial, no campo da saúde, que poderão levar a formulação de indicadores quantitativos ou qualitativos, seja do ponto de vista do que ocupa o lugar de gestor do serviço (hospital, por exemplo), seja do ponto de vista de quem trabalha, os protagonistas da atividade. A partir daí, importante destacar que esses processos de negociações de eficácia/eficiência ocorrem como ‘dramáticas’ vividas tanto pela direção, como pelas equipes de saúde, e vão se conectar aos contextos sociais e econômicos dominantes, assim como aos universos profissionais e políticos aos quais se vinculam. Como exemplo, poderíamos dizer, ao falarmos de serviços de saúde, estão em jogo valores não dimensionáveis referentes à defesa do público, da saúde como direito constitucional; como valores dimensionáveis, relacionados aos recursos financeiros disponíveis, diminuição de gastos, utilização dos meios disponíveis, dentre outros. Enfim, concluímos com Schwartz (2004a), que “apesar do uso dos conceitos de eficiência e eficácia merecer mais amplos desenvolvimentos, esperamos ter sugerido que a mensuração do trabalho no setor de ‘serviços’ choca-se com ‘circulações’ que a tornam rebelde à sua inscrição em espaços definidos” (op.cit., p. 51). Procurou-se nestas abordagens destacar ‘as dramáticas’ que atravessam toda atividade humana, e que se relacionam a universos de valores mais amplos, para além dos espaços onde se realiza a atividade industrial.

Ressaltamos, ainda que, convencidos desse debate de normas, presentes em qualquer situação de trabalho, buscaremos um “outro olhar sobre a maneira de gerir o trabalho” (Schwartz, 2006, p. 462). Este é um tema caro para nós, ao abordar o trabalho em saúde, em especial da urgência móvel, em que prevalecem as ‘centrais de regulação’, com saberes/poderes fortemente centralizados na categoria médica, o que limita a participação dos demais trabalhadores/trabalhadoras, como enfermeiras e, em especial, técnicas/técnicos de enfermagem, para dizer desta categoria sempre presente na produção do cuidado em saúde, mas raramente chamada a contribuir com seus saberes/valores e ‘dramáticas’ vividas na realização do trabalho. Retomaremos estas discussões ao analisarmos a ‘atividade industrial’

no atendimento às ocorrências no Samu em relação com a central de regulação médica e a legislação do SUS, em especial, a que regulamenta a atenção às urgências.

Consideramos toda esta complexidade do conceito ergológico de atividade e os ‘usos dramáticos de si’, ao definirmos como referencial teórico-metodológico de análise da atividade, a abordagem dos ‘ingredientes da competência’, desenvolvida por Yves Schwartz, a partir do texto publicado na França em 1995 (Schwartz, 1998), no bojo das discussões sobre modelo/avaliação de competências. Poderíamos dizer que o mesmo funda uma perspectiva de análise das competências do ponto de vista da abordagem ergológica, podendo ser tomado como uma boa entrada para a análise da atividade de trabalho. Procuraremos discutir estes ‘ingredientes do agir em competência’, em tópico específico, antes de iniciarmos a análise da atividade propriamente dita.

Capítulo 2. Discussões sobre Processo de Trabalho em Saúde e a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS)

Num primeiro momento, retomaremos referenciais marxistas na discussão sobre o processo de trabalho em geral, como produção de valores de uso. Pensamos ser necessária esta abordagem para melhor compreensão dos debates sobre o processo de trabalho em saúde. Em seguida, abordaremos o processo de trabalho em saúde com base em autores do campo da Saúde Coletiva, inclusive da PNH, em diálogo com a perspectiva ergológica do trabalho como atividade humana. Ao final, procuraremos situar a emergência da PNH como política pública transversal de fortalecimento do SUS e os debates que se travam em torno do conceito de humanização em saúde, em especial, pelos formuladores da mesma.

2.1. Abordagem marxiana sobre processo de trabalho como produção de valor de uso

Ao abordar o trabalho como “um processo de que participam o homem e a natureza”, Marx ressalta o movimento de todo o corpo na relação do homem com a natureza, ou em suas palavras: “Põe [o trabalho] em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana” (Marx, 1987, p. 202).

Chama-nos a atenção esta abordagem do trabalho como movimento que envolve todo o corpo, na relação entre o ser humano e a natureza externa, em que, ao atuar sobre a mesma, simultaneamente modifica-a – o ser que trabalha modifica sua própria natureza. Nesse processo, afirma Marx (1987, p. 202), “desenvolve potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais”.

Outra questão apontada por Marx e que serve de base aos estudos sobre o trabalho é a capacidade, exclusivamente humana, de projetar o próprio trabalho, antes de realizá-lo. É bem conhecida a abordagem marxiana que diferencia “o pior arquiteto da melhor abelha”. Nas palavras do autor: “o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na

mente sua construção antes de transformá-la em realidade”. A partir daí, afirma que “no fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador” (Marx, 1987, p. 202).

Retomemos os elementos que compõem o processo de trabalho, segundo Marx (1987): 1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Importante destacar que são os meios/instrumentos com que se faz o trabalho – e não o que se faz – que distinguem as diferentes épocas econômicas. Em síntese: “Os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho” (Marx, 1987, p. 204).

Como “meios de trabalho” entende-se, além do arsenal tecnológico/maquinarias utilizadas para transformar o “objeto de trabalho”, todas as condições materiais em que se realiza o trabalho, desde a terra, como meio universal de trabalho, até aquelas que são resultado do trabalho anterior, como edifícios, estradas, mobiliário, dentre outras.

A noção de atividade já estava presente nesses estudos sobre processo de trabalho, em que aparece subordinada a um objetivo ou fim. Nas palavras de Marx (1987, p. 205): “No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto”.

Nesta perspectiva, o trabalho é atividade com vista a um fim, ou uma atividade orientada por um objetivo. Importante ressaltar que este objetivo diz respeito tanto ao projeto de quem trabalha, como daquele a quem se subordina o trabalhador. Numa linguagem ergológica, diríamos que, no curso da atividade o trabalhador faz uso de si ‘por si’ e uso de si ‘pelo outro’. Abordaremos esta temática em item específico sobre a mesma, adiantamos o que nos diz Yves Schwartz ao discutir sobre a ambiguidade do conceito de atividade, quando procura historiar o conceito e discute as elaborações de Marx. Em suas palavras:

Impossível escapar à sofisticação do ‘objetivo’ que pode ser, em graus diversos, e diversamente congruentes ou contraditórios, o do trabalhador – na medida em que é único e claro para ele mesmo – e o das diversas entidades sociais no seio das quais esse processo de trabalho se desdobra. A simples menção do ‘objetivo’ obriga, portanto, a sair da definição neutra e a-histórica para imergir a *Tätigkeit* em figuras históricas concretas (Schwartz, 2004a, p. 40).

Do ponto de vista do produto/resultado, o meio e o objeto de trabalho são considerados meios de produção. Introduce-se aqui a noção de ‘valor de uso’, o produto como

valor de uso, e o processo de trabalho como atividade dirigida com o fim de criar valores de uso, que podem se tornar meios de produção de outros processos de trabalho. Neste sentido, o objeto de trabalho é ‘matéria prima’, ou seja, “um objeto já filtrado pelo trabalho, um produto do próprio trabalho” (Marx, 1987, p. 206). E ainda, um mesmo produto, dependendo de seu lugar no processo de trabalho, pode funcionar como meio de trabalho ou matéria prima.

Quando os produtos servem de meios de produção, em novos processos de trabalho, perdem o caráter de produto e, nessa função, aparecem como ‘fatores materiais’ do processo de trabalho, seja como meios ou objeto de trabalho. Neste caminho, Marx vai falar sobre a máquina considerada como trabalho morto, que ganhará vida, se assim podemos dizer, através do trabalho humano, ou, como diz o autor, pelo “seu contato com o trabalho vivo”. Vale aqui deixar que ele fale por nós:

Uma máquina que não serve ao processo de trabalho é inútil. (...). O fio que não se emprega na produção de tecido ou de malha é algodão que se perde. O trabalho vivo tem de apoderar-se dessas coisas, de arrancá-las de sua inércia, de transformá-las de valores de uso possíveis em valores de uso reais e efetivos (Marx, 1987, p. 207-208).

Importante destacar que, na perspectiva marxiana, o processo de trabalho que é descrito como “atividade dirigida com o fim de criar valores de uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas” (Marx, 1987, p. 208), não depende das condições sociais em que é realizado. Nesse sentido, o “processo de trabalho (...) é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais” (Marx, 1987, p. 208). Aqui não se trata das relações entre os trabalhadores, como também entre eles e o capitalista – proprietário dos meios de produção, aquele que compra a força de trabalho como ‘mercadoria’. Não entraremos, neste momento, na abordagem do modo de produção capitalista ou de outro qualquer; enfatiza-se a natureza geral do processo de trabalho de produzir valores de uso, ou seja, coisas que sirvam para satisfazer necessidades humanas/sociais. Neste caso o processo de trabalho é considerado à parte de qualquer forma ou estrutura social: “A produção de valores de uso não muda sua natureza geral por ser levada a cabo em benefício do capitalista ou estar sob o seu controle” (Marx, 1987, p. 202).

A compreensão desta abordagem geral do processo de trabalho como ‘produção de valores de uso’ contribui para discussões sobre o trabalho em saúde, em especial, no campo da saúde pública, temática que desenvolveremos em tópico posterior.

Ressalta-se que, a partir desta abordagem da natureza geral do processo de trabalho, Marx introduzirá análise sobre o processo de produzir mais valia, que, poderíamos

dizer, é particular do modo de produção capitalista, ou seja, da forma social em que “o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho” (Marx, 1987, p. 209). Conforme suas palavras:

Ao penetrar o trabalhador na oficina do capitalista, pertence a este o valor de uso de sua força de trabalho, sua utilização, o trabalho. O capitalista compra a força de trabalho e incorpora o trabalho, fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, os quais também lhe pertencem (Marx, 1987, p. 210).

Em outras palavras, o capitalista compra a força de trabalho do trabalhador, e este ao trabalhar coloca esta força, que foi vendida como mercadoria, em ação.

A partir daí, podemos introduzir o conceito de valor de troca, ou simplesmente ‘valor’; e o conceito de ‘mais valia’. Consideremos o que diz Marx:

Na produção de mercadorias, nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores de uso. Produz valores de uso apenas por serem e enquanto forem substrato material, detentores de valor de troca. (...). Além de um valor de uso quer produzir mercadoria, além de valor de uso, valor, e não só valor, mas também valor excedente (mais valia) (Marx, 1987, p. 210-211).

Poderíamos dizer, seguindo o pensamento marxiano, que na sociedade “predominantemente movida pela lógica do capital, pelo sistema produtor de mercadorias” (Antunes, 1997, p. 77), o capitalista “quer produzir um valor de uso que tenha um valor de troca, um artigo destinado à venda, uma mercadoria” (Marx, 1987, p. 211) e que esta tenha um “valor mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la, isto é, a soma dos valores dos meios de produção e força de trabalho” (Marx, 1987, p. 211).

Vale ressaltar que, do ponto de vista do processo de trabalho, distinguem-se os elementos objetivos e subjetivos – os ‘meios de produção’ e a ‘força de trabalho em atividade’, respectivamente. Observa-se na abordagem marxiana do trabalho a noção de atividade – o que põe em movimento o corpo. Ao introduzir a temática do processo de trabalho, Marx (1987, p. 201) nos diz que “a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho”; que o trabalhador, “ao trabalhar, torna-se realmente no que antes era apenas potencialmente: força de trabalho em ação, trabalhador”.

Importante também destacar o aspecto quantitativo e o qualitativo, ao comparar o processo de trabalho com o processo de produzir valor. O processo de trabalho consiste no trabalho útil que produz valores de uso (considerado como trabalho concreto) e, nesta abordagem, ‘a atividade é considerada em seu aspecto qualitativo’, segundo seu objetivo e conteúdo. Em relação à produção de valor (dimensão abstrata do trabalho, como dispêndio de força humana de trabalho, no sentido fisiológico), segundo Marx (1987, p. 220), “o mesmo

processo de trabalho é considerado apenas sob o aspecto quantitativo” – o tempo gasto pelo trabalhador para “executar a operação”; mercadorias que entram no processo de trabalho, consideradas “quantidades determinadas de trabalho materializado” etc.

Podemos concluir esta primeira abordagem marxiana do processo de trabalho e a diferença estabelecida, através da análise da mercadoria, entre ‘trabalho concreto’ e ‘trabalho abstrato’, com as considerações referentes ao que é particular do processo capitalista de produção. Segundo Marx:

O processo de produção, quando unidade do processo de trabalho e do processo de produzir valor, é processo de produção de mercadorias; quando unidade do processo de trabalho e do processo de produzir mais valia, é processo capitalista de produção, forma capitalista da produção de mercadorias (Marx, 1987, p. 222).

Passamos em seguida a discutir o processo de trabalho em saúde e articulações possíveis com a noção ergológica de atividade humana.

2.2. Discussões sobre processo de trabalho em saúde no campo da Saúde Coletiva: articulações possíveis com a perspectiva ergológica

Antes de entrarmos na discussão sobre Processo de Trabalho em Saúde (PTS), em particular, importante lembrar que a construção do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, como parte da Saúde Coletiva, introduziu uma nova abordagem das relações entre saúde e trabalho ao tomar o ‘processo de trabalho’ como categoria fundamental de análise dessas relações (Brito, 2004, 2011; Mendes & Dias, 1991; Dias, 1993; Oliveira, 1998; Minayo Gomes *et al*, 2011). Neste sentido, poderíamos situar essas discussões sobre o PTS, como parte desses movimentos político-acadêmicos no Brasil que, inspirados no Movimento Operário Italiano (MOI) através da obra de Ivar Oddone, transformaram os referenciais de análise do processo saúde/doença no trabalho em oposição “à concepção de causalidade, que vincula a doença a um agente específico ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho” (Brito, 2004). Tomar o PTS como objeto de nossas preocupações nos posiciona a favor, entre outros, da defesa da saúde desses trabalhadores e de sua capacidade de interferir e produzir mudanças. Neste sentido, introduziremos discussões sobre o PTS e, a partir daí, as contribuições de referenciais ergológicos para essas reflexões.

Uma marca comum, se assim poderíamos dizer, entre os estudos e debates sobre PTS, no campo da Saúde Coletiva, e aqui incluímos a PNH (Campos, 2005, 2007; Tenório, 2005; Pashe, 2006; Santos-Filho e Barros, 2007), refere-se à postura crítica diante dos

Princípios de administração científica, de Frederik W. Taylor (1990). Nessa perspectiva, destacam-se as formulações de Campos (2005, 2007), ao comentar sobre a ‘atualidade dos princípios tayloristas’: “Ainda que o campo da gestão se tenha ampliado desde 1911, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. A este eixo conformador do taylorismo denominou-se “racionalidade gerencial hegemônica” (Campos, 2005, p. 23).

Neste campo de análises se insere a temática da subjetividade e do sujeito na abordagem de processos de trabalho, assim como discussões que reconhecem a importância da reorganização destes para a mudança do modelo assistencial.

Campos (2005) propõe “repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho”, quando discute a hipótese referente à dupla finalidade do mesmo: “produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos” (op. cit., 2005, p. 14). A partir daí, afirma que o trabalho está também “implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades” (op.cit., 2005, p. 14).

Ressalta-se, no campo da urgência/emergência, o trabalho de Suely Deslandes (2002), que propõe uma análise do processo de trabalho, em suas palavras, “pelo viés das representações de seus agentes. Trabalhamos, portanto, com as percepções e representações que os trabalhadores da emergência constroem a partir de seu próprio processo de trabalho” (Deslandes, 2002, p. 45). A autora amplia, assim, a análise do processo de trabalho em saúde (PTS), ao propor incluir o ponto de vista dos trabalhadores através de suas representações/interpretações sobre a realidade do trabalho da urgência. Estas discussões trazem contribuições importantes para o debate sobre a valorização dos saberes ‘da experiência’, em especial aqueles criados no enfrentamento cotidiano de situações de violências que atravessam (e afetam) o PTS em serviços de urgência/emergência.

Numa abordagem singular sobre a relação dor-desprazer-trabalho, Regina Benevides de Barros e Maria Elizabeth Barros de Barros (2007), a partir de constatações sobre a atual precarização das relações de trabalho, destacam, no caso da saúde, “um outro vetor-dobra da gestão que se abre. É a dobra¹¹ das políticas de saúde”. Ainda segundo as

¹¹ De acordo com Benevides de Barros e Barros de Barros (2007, p. 63): “É com a leitura de Deleuze sobre Foucault (Deleuze, 1991) que vemos destacado o tema das dobras, de tal maneira que as instâncias do dentro e do fora deixam de ser tomadas como faces ou lados opostos das formas-sujeito, instituições, mas como matérias móveis de um plano comum de produção. O esforço teórico-político do(s) autor(es) é o de superar as velhas dicotomias instaladas desde o projeto da modernidade. O saber, o poder e o si são três dimensões irreduzíveis, mas em implicação constante”.

autoras: “Não é possível propor/pensar a gestão em saúde, seja a gestão do sistema, seja dos serviços, seja a gestão da atividade, sem que se leve em conta o modo como estas políticas se constroem e o que nelas se reafirma como ‘público’ (Benevides de Barros e Barros de Barros, p. 65). Neste sentido, acentuam a complexidade da discussão sobre gestão em saúde, ao proporem uma análise ampla do processo de trabalho em que se incluem, além dos sujeitos e saberes, o poder (modos de estabelecer as relações) e as políticas públicas (coletivização destas relações). Eis a tese proposta por Benevides de Barros e Barros de Barros (2007, p. 62): “gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”.

Neste diálogo em que se ampliam abordagens do PTS, encontramos autores que problematizam sobre a lógica hegemônica nesses processos, perguntando-se sobre a finalidade dos mesmos: produzir procedimentos ou produzir cuidados? Franco e Merhy (2006) partem de análises em que se reconhece a hegemonia do saber médico e da lógica da produção de procedimentos, ao discutirem e classificarem as tecnologias do trabalho em saúde, quando problematizam o PTS na discussão sobre o atual modelo assistencial. “Tecnologias aqui entendidas como conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo” (Franco & Merhy, 2006, p. 116). Conforme os autores:

Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leve-duras, respectivamente, lugares próprios do ‘trabalho morto’. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde (...) Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por ‘tecnologias leves’, território onde se inscreve o ‘trabalho vivo em ato’. Buscar na arena da produção de serviços de saúde, os lugares onde se matriciam o conhecimento e a forma de potencializá-los para a assistência à saúde é fundamental (Franco & Merhy, 2006, p. 116-117).

Nesta direção, os autores analisam o Programa de Saúde da Família (PSF), formulado pelo Ministério da Saúde em 1994 e considerado como uma resposta às críticas ao modelo ‘médico-hospitalo-cêntrico’, centrado numa visão biologicista do processo saúde-doença, em que predominam práticas curativas e medicamentosas. Não entraremos aqui na análise do PSF, interessa-nos extrair elementos que contribuam para a discussão do PTS. Para isto, destacamos o que nos dizem Franco e Merhy (2006) sobre a impossibilidade de se promover mudanças na organização do trabalho ‘médico-cêntrico’ apenas com a constituição de equipes multiprofissionais como núcleo da produção da assistência. É necessário mais do

que isto, trata-se de produzir mudanças dos sujeitos envolvidos com o trabalho, o que significa que é preciso associar, às novas configurações tecnológicas, a construção de nova ética que o oriente, ancorada em novos valores, como “solidariedade, cidadania e humanização da assistência” (Franco e Merhy, 2006, p. 116).

Estas abordagens críticas sobre a hegemonia dos saberes/fazeres médicos e da lógica da produção de procedimentos em contraposição à lógica da produção de cuidado despertam nossa atenção para o debate em que se contrapõem valores do bem comum ou do interesse público *versus* valores mercantis ou de mercado (Schwartz, 1996, 2002). Em seguida, discutiremos referenciais sobre o trabalho em saúde propostos por autores vinculados à PNH/SUS, através dos quais se desvela como estes debates se materializam nas dimensões do processo de trabalho.

Importante destacar que a PNH é formulada a partir da compreensão de que os modos de atenção e de gestão são indissociáveis, inseparáveis. Em outras palavras, não há como mudar práticas de atenção sem alterar a gestão dos processos de trabalho. Articula-se a este primeiro princípio, a aposta na autonomia, no protagonismo e na corresponsabilidade dos sujeitos implicados com a produção de saúde (Ministério da Saúde, 2008a).

Heckert, Passos e Barros (2009) contribuem com reflexões sobre gestão dos processos de trabalho em saúde, quando dialogam com a noção ergológica do ‘debate de valores’ (Schwartz, 1996, 1998) que atravessa toda atividade de trabalho.

Entende-se que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser reduzida à sua dimensão gerencial-administrativa separada das práticas de cuidado, ou seja, não pode se identificar com uma lógica gerencial marcada pelos valores de mercado (Heckert, Passos & Barros, 2009, p. 494).

Em seguida, os autores discutem a relação entre cuidar e gerir, problematizando o PTS em que predominam ‘práticas hierarquizantes e de dominação’ e concluem com a proposta de outra abordagem: “ênfatar as dimensões dos processos de trabalho que afirmam valores do bem comum” (Heckert, Passos & Barros, 2009, p. 494).

O trabalho em saúde é concebido como atividade que se realiza não como uma instância separada da gestão da própria atividade. Nesse sentido, toma-se a gestão não como algo separado do cuidado, como uma instância administrativo-gerencial, responsável pelas prescrições, decisões e organização do trabalho, mas como processo que se realiza e se atualiza pelos sujeitos em atividade. No prosseguimento das discussões, Benevides de Barros e Barros de Barros chamam atenção para as características muito especiais do produto de um PTS, tomado não como mercadoria a ser colocada à venda no mercado de bens de consumo

capitalista, mas como um serviço em defesa da vida e da saúde das pessoas: “Pensar a gestão em saúde é pensar modos de produção comprometidos com a vida” (Benevides de Barros & Barros de Barros, 2007, p. 65).

Ao definir trabalho como atividade e enfatizar a ‘dimensão gestonária’ do mesmo, outros autores também trazem referenciais ergológicos para aprofundar formulações da PNH sobre as relações entre trabalho e gestão. Schwartz (2004b), problematizando a “deriva trabalhar, gerir”, ao discutir o trabalho como “uso dramático de si”, recusa a tese de que há gestão apenas por especialistas habilitados como tais. Nesta perspectiva trabalhar é gerir.

Dentre os autores que contribuem para a discussão sobre a PNH, destaca-se Hennington (2007, p. 12) ao ressaltar “a gestão dos processos de trabalho como parte vital da política de humanização em saúde”, o que marca a diferença do sentido atribuído pela PNH à humanização em saúde em relação à concepção “restrita e focada na relação trabalhador-usuário e no cumprimento de preceitos éticos” (Hennington, 2007, p. 4). A autora nos mostra que, para além das questões macrosociais, políticas e econômicas, a PNH, ao formular como um dos seus princípios a inseparabilidade entre atenção e gestão do processo de trabalho, reconhece o trabalhador da saúde como protagonista e corresponsável pela gestão do trabalho. Conclui, então, que a ‘inclusão do trabalhador’, reconhecendo-se saberes e valores construídos na experiência, em articulação com os saberes protocolares, possibilita a articulação da PNH com o ‘Dispositivo de Três Polos’ da Ergologia (Schwartz, 2000b). Conforme discutimos anteriormente, este dispositivo procura favorecer articulações entre os três pólos: o dos conceitos; o da experiência ou dos saberes gerados nas atividades (pólo das ‘forças de convocação e de reconvocação’); e o das exigências éticas e epistemológicas, que se refere ao projeto comum, ao diálogo que se realiza entre os diferentes atores – pesquisadores e trabalhadores.

As discussões sobre processo de trabalho a partir dos referenciais marxistas ampliam-se na medida em que incorporam novas dimensões de análise ao buscar o ponto de vista da atividade humana, na perspectiva ergológica.

2.3. Do debate sobre a Humanização como política pública transversal de fortalecimento do SUS

A emergência da PNH, como política pública transversal de fortalecimento do SUS, situa-se em 2003, a partir da posse de novo governo federal, no bojo de processos de avaliação, que envolveram atores implicados com a construção de um sistema público de

saúde ‘universal e igualitário’, passados quinze anos após sua institucionalização através da Constituição Federal de 1988.

Para discussões sobre o sentido de humanização proposto pela PNH, buscamos referências em produções de Regina Benevides e Eduardo Passos, da Universidade Federal Fluminense (UFF), envolvidos com a formulação da PNH, quando participaram da equipe da Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS), em 2003/2004, sob a coordenação do Prof. Gastão Wagner Campos. Diríamos que a PNH nasceu desses encontros de experiências e saberes sobre o SUS, o trabalho em saúde, a humanização como processos instituintes de transformação dos modelos de atenção e gestão em saúde.

Dentre as contribuições teórico-metodológicas de Campos (2005, 2007), ressalta-se, conforme discutido em seção anterior sobre o tema, a crítica aos processos de trabalho em saúde embasados em concepções ‘tayloristas’. Como contraproposta desenvolveu o que chamou de ‘fator anti-Taylor’ (Campos 2005); num primeiro momento, nomeado como Método *Paidéia*, ao buscar o sentido dos gregos de ‘formação integral do seres humanos’; em seguida, conforme seu próprio relato, inspirado no ‘hábito de fazer rodas’ em escolas, em ‘rodas de samba’, enfim, no que chamaríamos de ‘cultura da roda’, chamá-lo de *Método da Roda - Um método para análise e Co-gestão de Coletivos*. (Campos, 2005).

Poderíamos, então, considerar que a PNH emerge vinculada ao movimento de encontro entre profissionais da academia universitária e experimentações de políticas públicas de saúde, como parte do campo da Saúde Coletiva do Brasil, que eclode em meados de 1970 e é assim definido só no Brasil, conforme autores ligados a este (Pasche, 2006; Paim, 2008). Ressalta-se que a construção desse campo da Saúde Coletiva se situa numa época de grandes mobilizações sociais de luta contra a ditadura e pela democracia no país (anos 60/70/80), que se articulam ao cenário de discussões e mudanças em território latino-americano, o que produz mudanças na formação médica e possibilita a elaboração da proposta de Reforma Sanitária Brasileira, que vai dar origem ao SUS. Conforme Paim (2008, p. 9): “São de 1967-69 a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas (no Brasil), momento de origem também da noção de Integralidade, na raiz ‘medicina integral’, e que, modificada em outras elaborações, permeará toda a proposta da Reforma Sanitária Brasileira”.

Vale lembrar que a humanização apareceu como plataforma política de saúde na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, quando a ‘humanização na atenção’ foi abordada, conforme a temática da Conferência - *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com controle social*. (Ministério da Saúde, relatório final,

2001). Nesta época ainda não se formulava sobre a ‘indissociabilidade entre atenção e gestão’, o que aparecerá como um dos princípios chaves da PNH¹², ao lado da ‘transversalidade’ da política através de todas as instâncias e serviços do SUS, e do ‘protagonismo, corresponsabilidade e autonomia’ dos sujeitos e dos coletivos implicados com a produção de saúde (Ministério da Saúde, 2008a).

A formulação da PNH como política transversal do SUS, e não mais limitada a programas voltados para áreas ou serviços específicos, como a ‘Humanização do Parto’, o ‘Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar’ (PNHAH), dentre outros, ampliou e aprofundou, diríamos, o conceito de humanização nas práticas de saúde no SUS.

Ressaltamos discussões desenvolvidas por Benevides & Passos (2006), ao proporem a seguinte questão:

(...) qual o sentido de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, o que a tornaria ampla e genérica, nem abstrata porque fora das singularidades da experiência, nem que aceite a compartimentalização, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde? (Benevides & Passos, 2006, p. 38).

Importante marcar estas características da PNH como uma política que se constrói a partir das experiências concretas de sujeitos/agentes envolvidos com as práticas de saúde nos múltiplos espaços de trabalho do SUS, uma política que procura disparar movimentos de mudança na atenção e gestão do processo de trabalho, e que nesse caminho não se confunde com um princípio abstrato do texto de uma lei.

Em oposição à idealização do humano, este é tomado aqui no sentido da existência concreta de sujeitos singulares, implicados com processos de mudanças e criação de novas realidades. A Humanização como ‘conceito-experiência’, não como um ‘novo modismo’, numa abordagem fragmentada e padronizada, o que levaria a práticas que se caracterizariam como ‘sintomáticas’, no sentido de padronização das ações e repetição de modos de funcionar, conforme discussões disparadas por Benevides e Passos (2006):

Se partimos da crítica ao conceito-sintoma, concluímos afirmando a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum (op. cit., p. 39).

¹² Conforme Documento-Base da PNH (Ministério da Saúde, 2008a, p. 23): “Por princípio entende-se o que causa ou força a ação, ou dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde” (...)

Esse debate sobre humanização da saúde como um ‘conceito-experiência’ disparou produções de textos e posicionamentos por diferentes autores implicados com a construção do SUS. Dentre eles ressaltamos o artigo produzido por Campos (2006), em que enfatiza a questão da ‘democratização das relações interpessoais, da democracia das instituições’. Relaciona a humanização aos conceitos de ‘Defesa da Vida’ e de *Paidéia*, e, ao final conclui que a humanização “é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea” (op. cit., p. 45). Nessas discussões, diríamos, introduz a temática da violência social que afeta o cotidiano do trabalho em saúde nas diferentes instâncias e serviços do SUS (Trajano, 2010), quando aborda a humanização como ‘um alerta contra a violência’ (Campos, 2006): “a humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência” (op.cit., p 45).

Importante situar esse momento de elaboração da Política Nacional de Humanização e trazer a fala dos que estiveram implicados com a sua criação, diferenciando-a de abordagens normalizadoras ou abstratas. Ressalta-se que a PNH assim formulada optou pela não institucionalização/legalização da política por meio de portaria ou norma, o que marca sua ‘força instituinte’ como uma política/movimento que dispara transformações dos modelos de atenção e gestão de processos de trabalho em saúde. Nesse caminho procura transversalizar-se através das várias portarias referentes às demais políticas do SUS, como é o caso da Rede de Atenção às Urgências, da Atenção Básica, da Educação Permanente, da Saúde da Mulher e da Criança, da Saúde da População Negra, dentre tantas outras.

Segundo Mori & Oliveira (2009) ao discutir o lançamento da PNH, como política comprometida com o SUS, o seu lançamento aconteceu em 2003, durante o *XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência*, Natal/RN, em 17 a 20 de março/2003. Em seguida foi apresentada ao Conselho Nacional de Saúde, durante 141ª reunião ordinária, nos dias 14 e 15 de abril de 2004.

Ressaltamos, nessa busca de compreensão do cenário de emergência e formulação da PNH, como política pública de ‘reencantamento do SUS’, sua dimensão micro/molecular¹³

¹³ Buscamos aqui os sentidos construídos pelo ‘institucionalismo’, sistematizados por Baremblytt (1992), ao retomar a concepção da ‘vida social como uma rede’ - em que os processos são imanentes um ao outro (no sentido de imanências - a coextensão, um dentro do outro, incluindo no outro), distingue o ‘molar/macro’, lugar da ordem, das entidades claras, dos limites precisos, da estabilidade, da conservação, do instituído; daquilo que é ‘molecular/micro’, tanto no sentido da física, da química, da biologia, quanto no ‘sentido social e desejante’,

e sua aposta no ‘método da tríplice inclusão’, ao caminhar, conforme seu Documento-Base (Ministério da Saúde, 2008a), “no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos” (op. cit., p. 24), e que podemos sistematizar da seguinte forma: (i) inclusão dos diferentes sujeitos, produzindo autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, tendo as Rodas de Conversa como modo de fazer privilegiado; (ii) inclusão dos analisadores sociais, ou seja, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança, ao favorecer a Análise Coletiva dos Conflitos; (iii) inclusão do coletivo, seja como movimento social organizado, seja como experiência coletiva dos trabalhadores da saúde, tendo as Redes como referencial maior de constituição e fortalecimento dos Coletivos.

Resta dizer que esses movimentos de formulação da PNH como política ‘transversal e instituinte’, não como um programa ou uma portaria/norma do SUS, produzem resultados que vão compor um ‘Documento-Base’ (Ministério da Saúde, 2008a), que apresenta a estruturação da política através dos seus três princípios, do ‘método da tríplice inclusão’ e de diretrizes, como orientações éticas, políticas e clínicas, deste novo modo de fazer e abordar a atenção e a gestão do SUS.

Vale ressaltar que as diretrizes, no caso da PNH, expressam o ‘método da tríplice inclusão’ e apontam no sentido da: Clínica Ampliada; Cogestão; Valorização do Trabalho e dos Trabalhadores; Acolhimento; Defesa dos Direitos dos Usuários; Ambiência; Fomento das grupalidades, coletivos e redes; Construção da Memória do SUS que dá certo (Ministério da Saúde, 2008a; Rollo, 2007; Pasche, 2009; Santos-Filho, 2009; Araújo & Rates, 2008; Trajano, 2010).

Estas diretrizes se atualizam através de dispositivos, entendidos como ‘tecnologias leves’, que expressam modos de fazer instituintes ao dispararem mudanças nos modelos de atenção e de gestão. Dentre esses dispositivos, em permanente processo de criação e recriação, destacam-se: o Colegiado Gestor; o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Câmara Técnica de Humanização (CTH) e Coletivos Ampliados (CA); Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, como ouvidorias, grupos focais, dentre outros; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do

lugar da produção/criação/invenção, ‘eclosão constante do novo’, do instituinte. Este referencial nos ajuda a compreender esta coextensão/imanência entre instituinte/instituído; entre molecular/molar, e contribui para historiar a construção do SUS/ PNH, ao definir a história segundo leitura institucionalista do tempo: (...) “não é o passado que gera o presente, e sim o presente que explora, que aproveita ou atualiza as potencialidades do passado para construir um porvir” (Barembliitt, 1992, p.43).

Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR); dentre outros (Ministério da Saúde, 2008a).

Finalizamos essas discussões sobre a PNH e sua estruturação como política pública que se constrói a partir de experiências de ‘um SUS que dá certo’, com o que nos diz Pasche (2008)¹⁴ sobre a PNH e o reconhecimento dos avanços e desafios do SUS: “A Política Nacional de Humanização (...) não parte da negatividade, senão o contrário: identifica nas próprias realizações de trabalhadores e gestores do SUS elementos para o enfrentamento e superação de dificuldades que ainda povoam o SUS”. Nesta perspectiva, poderíamos dizer que considerar o ponto de vista da atividade industriosa para um aprofundamento das diretrizes referentes à ‘valorização do trabalho e dos trabalhadores’ e à ‘cogestão’, poderia ser apontado como um desafio, que procuramos enfrentar ao propor esta pesquisa junto com os sujeitos-trabalhadores do Samu-BH.

¹⁴ Artigo publicado através da rede virtual < www.redehumanizausus.net > Blog do autor, setembro/2008, consulta em março/2009.

PARTE II: NORMAS ANTECEDENTES

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Antes de iniciarmos a análise da atividade através dos diferentes elementos que se articulam na realização da mesma, tomados como ‘ingredientes da competência’ na perspectiva ergológica, procuraremos compreender o ‘conjunto das normas antecedentes’ neste campo específico da atenção à urgência em saúde. Neste sentido, seguimos com Schwartz & Durrive (2007), ao dizer que “antes de falar do que se recria na atividade, do ‘registro Dois’, antes de falar das entidades coletivas relativamente pertinentes, temos de tentar compreender o conjunto das *normas antecedentes*” (op.cit., p. 156). A partir daí, identificamos algumas pistas apontadas pelos autores para decidir como organizar esta parte do texto, que procura descrever e discutir as normas antecedentes, que em nossa análise da atividade vão nos ajudar a identificar o ingrediente 1 – o Registro Um ou os ‘efeitos de trama’ - que se articula aos demais ‘ingredientes da competência’ na atividade de atendimento às ocorrências pelos trabalhadores do Samu-BH.

Então, sintetizamos com Schwartz & Durrive (2007), o que comporia este ‘conjunto das normas antecedentes’:

(...) tudo o que existe nesses esquemas de saberes técnicos e científicos, de possibilidades científicas e técnicas, de organização – da organização de uma empresa como a SNCF¹⁵ sobre o território nacional – de regulamentações, de conhecimentos sobre o que é transporte [no nosso caso, diríamos conhecimento sobre o que é urgência em saúde], de conhecimentos sobre hierarquia e sobre os sistemas de classificação e de qualificação na empresa (op. cit., p. 156).

A partir daí, ressalta-se que é preciso tentar “compreender a própria natureza dos postos de trabalho (mesmo se esses postos não são suficientes para compreender a atividade, longe disso)” (op. cit., p. 156), o que requer esforço e disponibilidade para a aprendizagem de novos saberes sobre o trabalho que estamos investigando.

Vale ressaltar que aqui trataremos das normas antecedentes, tomadas como patrimônio construído a partir da história que se vive no trabalho em saúde, e como efeitos de histórias que se produzem e se recriam na atividade, estão em permanentes mudanças. Com isto queremos dizer que estas normas antecedentes são ilimitadas, seus contornos são indefinidos, e assim não há como abordá-las na sua completude. Os sujeitos em atividade

¹⁵ Empresa nacional de transporte férreo, francesa. Os autores falam de pesquisa realizada sobre uma triagem de mercadorias na SNCF, em 1987-88.

sempre recriam/criam normas, produzem novos saberes, que se transformam em novos patrimônios.

Na presente pesquisa sobre o trabalho na urgência móvel em saúde, como normas antecedentes, procuramos, num primeiro momento, levantar e discutir as diferentes conceituações de urgência presentes em documentos institucionais e na literatura acadêmico-científica; em seguida, procuramos sintetizar legislação e regulamentações referentes à Atenção às Urgências no Brasil, em especial, ao Samu. Após estas primeiras abordagens, adentramos o processo de trabalho no Samu-BH, quando procuramos conhecer o organograma, a localização geográfica e o processo de produção do cuidado, através da descrição dos ambientes/postos de trabalho e dos fluxos e interfaces entre os mesmos.

Para a descrição dos ambientes tomou-se como referência elementos da ergonomia no que tange às questões de características físicas do espaço e relação destas com as tarefas/prescrições do trabalho, quando procuramos listar os instrumentos/meios de trabalho, as atribuições dos trabalhadores/gestores e as relações entre os mesmos em cada posto de trabalho (Wisner, 1987; Guérin *et al*, 2001). Ressalta-se que não se trata de um estudo ergonômico, buscamos referenciais da ergonomia na medida em que nos ajuda a melhor descrever as prescrições, e a compreender a distância entre trabalho prescrito e trabalho real, constituindo-se assim como uma das fontes em que bebe a ergologia ao formular o conceito de atividade, em especial a atividade industriosa. Nessas articulações entre a ergologia e a ergonomia, consideramos as discussões que nos apontam a ampliação do conceito de trabalho prescrito com a formulação da noção ergológica de normas antecedentes. Conforme Alvarez & Telles (2004):

Tanto o conceito de trabalho prescrito quanto a expressão normas antecedentes remetem ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes de o trabalho ser realizado. (...) tendemos a considerar a noção de normas antecedentes mais abrangente que a de trabalho prescrito, mas ressaltamos que não há diferença de natureza entre ambas (op. cit., p. 72).

Buscamos aqui essas referências ao esboçar o caminho a percorrer na estruturação desta parte da pesquisa, em que pretendemos sintetizar o que há de antecedente/prescrito na realização da atividade de trabalho no Samu, a partir da noção elaborada pela ergonomia e reafirmada pela ergologia, de que ‘existe sempre uma distância entre trabalho prescrito e trabalho real’. Procuramos sintetizar quais as prescrições/normas antecedentes que, no caso do Samu, enriqueceria a análise da atividade através dos ingredientes do ‘agir em competência’.

Importante também como referência nessas descrições, os estudos de Deslandes (2002) sobre o trabalho da emergência/urgência, ao considerar as discussões ‘foucaultianas’

sobre o nascimento do hospital como instituição médica a partir de uma tecnologia não médica, chamada por ele de tecnologia política: “a disciplina” (Foucault, 2010, p. 105). Vale ressaltar o que nos diz Foucault sobre a disciplina como “uma nova técnica de gestão dos homens”, elaborada em seus princípios fundamentais a partir do século XVIII, mas que já existia, de forma mais isolada, desde a Idade Média, ou mesmo a Antiguidade, como os mecanismos disciplinares da escravidão e dos mosteiros. Mesmo que consideremos as críticas às elaborações foucaultianas, com relação à ‘morte do sujeito’, ou à idéia de que “os ‘corpos’ de Foucault não são agentes” (Deslandes, p. 51), a discussão sobre o poder disciplinar como “uma nova maneira de gerir os homens, de controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e de sua atividade” (Foucault, 2010, p. 105), tanto nas grandes oficinas (espaços de produção), como em escolas, exércitos, prisões levantam questões, a nosso ver, pertinentes para a temática da gestão dos processos de trabalho em saúde. Deslandes (2002) enfatiza ao descrever os espaços de trabalho das urgências, que não se pode reduzir os mesmos à idéia de simples ‘espaço físico’, mas acentua a complexidade do “sistema de relações que liga os elementos espaciais, físicos e simbólicos à organização da vida do serviço”. (Deslandes, 2002, p. 52).

No caso da presente pesquisa, partiremos de discussões conceituais mais amplas sobre a urgência/emergência em saúde, para em seguida, abordarmos de forma mais específica como este campo de atenção está organizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, quando procuramos focar a ‘Rede de Atenção às Urgências’, regulamentada pela Portaria nº 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011 (Ministério da Saúde, 2011a) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), como componente desta Rede e regulamentado pela Portaria Nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 (Ministério da Saúde, 2011b). Além destas duas novas portarias, que vão revogar outras anteriores instituídas em 2003, o que discutiremos no item específico sobre o tema, consideramos o ‘Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência’, aprovado em forma de anexo pela Portaria n.º 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002 (Ministério da Saúde, 2006 e). Importante ressaltar que o SUS, como Direito Constitucional, é amparado por ampla legislação, o que exigiu de nós exaustiva pesquisa para entendimento das leis e regulamentações e definição sobre a abordagem das mesmas como normas antecedentes.

Capítulo 3. Conceituações e discussões sobre o trabalho da urgência e emergência em saúde

3.1. Conceituação de urgência e emergência, classificação do grau de urgência

Antes de apresentarmos legislação e regulamentações referentes à atenção às urgências no Brasil, abordaremos definições encontradas em documentos institucionais, dicionários e em pesquisas/textos acadêmicos.

Conforme Manual *Regulação Médica das Urgências* (Ministério da Saúde, 2006), o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n.º 1.451, de 10/3/1995 apresenta a seguinte definição:

Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (Ministério da Saúde, 2006, p. 47).

O *Dicionário Aurélio* não distingue urgência e emergência, esta última aparece como significação equivalente, conforme a seguir:

Urgência. [Do lat. *urgentia*.] S. f. 1. Qualidade de urgente. 2. Caso ou situação de emergência, de urgência. * Urgência urgentíssima. Na linguagem legislativa, urgência extraordinária.

Urgente. [Do lat. *urgente*.] Adj.2g. 1. Que urge; que é necessário ser feito com rapidez. 2. Indispensável, imprescindível. 3. Iminente, impendente. (Dicionário Aurélio, 1986, p.1741)

Podemos constatar que estas definições não distinguem um ‘caso’ ou ‘situação’ de urgência ou de emergência, uma entra na definição da outra. Se tomarmos a urgência como ‘qualidade de urgente’, vemos que “a definição aponta para dois critérios que conferem essa qualidade: o fator tempo (a rapidez) e o fator necessidade (precisa ser feito)” (Giglio-Jacquemot, 2005, p. 19).

Conforme analisa a autora (Giglio-Jacquemot, 2005), as definições de emergência (Dicionário Aurélio) não apontam os critérios indicados para a urgência, vejamos a seguir:

Emergência. [Do lat. *emergentia*.] S. f. 1. Ação de emergir. 2. Nascimento (do Sol). 3. Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente (...).4. Caso de urgência, de emergência: emergências médicas; emergências cardíacas (...).

Emergente: [Do lat. *emergente*.] Adj. 2 g. 1. Que emerge. 2. Que procede ou resulta. (...).

Emergir: (Do lat. *emergere*) V. Int. 1. Sair de onde estava mergulhado (...). 2. Manifestar-se, mostrar-se, patentear-se (...). 3. Elevar-se como se saísse das ondas (...). (Dicionário Aurélio, 1986, p.634)

Consideramos o que nos diz Giglio-Jacquemot (2005), ao destacar que o dicionário não distingue urgência e emergência ao se aplicar a um ‘caso’ ou ‘situação’, como cita exemplo de um uso ‘biomédico’ do termo – ‘emergências médicas, emergências cardíacas’. Ressalta ainda que a emergência é definida como ‘ação de emergir’, o surgimento de alguma coisa, um acontecimento; enquanto a urgência é definida como qualidade de urgente, que exige uma ‘ação rápida e indispensável’, e não indica perigo ou risco. Já a emergência ao apontar para um ‘acontecimento de alguma coisa séria’, diz sobre a ‘ameaça de perigo’. Enfim, poderíamos concluir que as definições do dicionário não indicam diferenças de sentido como a literatura médica aborda, ao distinguir as situações de urgência e emergência, conforme o grau de risco com relação à vida.

Conforme sintetizado por Giglio-Jacquemot (2005, p. 21), a partir de pesquisas em textos biomédicos (Paim, 1994, apud Giglio-Jacquemot, 2005) uma emergência indica um ‘processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação’; e uma urgência significa ‘um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente’, neste caso pode haver evolução para complicações mais graves, ou mesmo fatais, o que não significa ‘um risco iminente de vida’.

Como podemos constatar, o critério fundamental que distingue urgência e emergência é o ‘risco de vida’, e este é “avaliado na base do perigo que ameaça a manutenção das funções ditas vitais” (Giglio- Jacquemot, 2005, p. 22), que no caso da emergência é ‘iminente’, e no da urgência o risco existe, mas não é ‘iminente’. Concluimos, a partir dessas definições, a dificuldade biomédica de caracterizar as situações, sejam de ‘urgência’, ‘emergência’ ou ‘de rotina’; o que vai depender de ‘avaliações médicas’, de acordo com cada caso e do contexto no qual se insere. Seguimos, então, com a idéia de que “a urgência e a emergência não são definidas como estados, mas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo *continuum*” (op. cit., p. 22), que se apresentam desde o lado que indica ‘total ausência de risco de vida’ – que seriam os casos de rotina, até a outra extremidade, que aponta ‘existência de um risco de vida máximo’ – que seriam as ‘emergências’. Nesta lógica, a urgência ficaria num lugar intermediário, indefinido, o que nos leva a concluir que a urgência é uma ‘questão de graus ou de níveis’.

Estas considerações vão contribuir para a elaboração das políticas e protocolos no campo da urgência/emergência em saúde e vão indicar três elementos importantes e interligados na definição de urgência: ‘tempo, necessidade de agir e gravidade’. A partir daí, abordam-se duas grandes ‘dimensões do tempo’: a primeira, que indica um aspecto quantitativo, ou seja, ‘a velocidade, a rapidez’ (o fator tempo); a segunda, que se remete à dimensão qualitativa, “pois a maior ou menor rapidez da ação é o resultado de uma escolha (ligada à apreciação do grau de urgência) que se inscreve em uma ordem de prioridade” (op. cit., p. 23). Neste caso, portanto, existirá necessariamente um prazo antes da execução, e assim será necessário “precisar, decidir o que é tolerável” (op.cit., p. 23).

Salientamos ainda, junto com Giglio-Jacquemot (2005), que “o critério ‘risco de vida’ é, em si, bastante nebuloso” (op.cit., p. 23), exceto em casos que se encontram nas extremidades do *continuum*. E se buscamos referenciais ergológicos, para o entendimento do que se passa nesses processos de decisão referentes à classificação do grau de urgência e ao ‘risco de vida’, que atravessam a atividade de trabalho da urgência/emergência, poderíamos dizer que há aqui um ‘debate de normas’, ou seja, que entre a norma antecedente ou prescrita e o caso singular que se apresenta, o trabalhador precisará avaliar e se posicionar, e assim renormatizar ou criar novas normas.

Importante ainda neste estudo de Giglio-Jacquemot (2005), o que nos traz sobre os textos franceses sobre as definições de urgências médicas. Em especial, refere-se ao relatório *Etude comparative sur l'organisation et le fonctionnement des services d'aide médicale urgente* (1990, apud Giglio-Jacquemot, 2005, p. 24), que, a partir de pesquisa realizada junto à comunidade européia, procura definir ‘urgência médica’, quando introduz diferentes noções e expressões: urgência subjetiva; urgência objetiva; urgência vital - esta como parte da urgência objetiva: “Ela é definida por várias autoridades da saúde pública como sendo o estado de uma vítima, cujas funções respiratórias, circulatórias ou cerebrais estão paradas ou impedidas, ou arriscam falhar a curto prazo” (op. cit., p. 25); classificação das urgências médicas: ‘extrema urgência’, ‘primeira urgência’, ‘segunda urgência’, dentre outras.

Em seguida, apresenta-nos distinção entre uma urgência ‘subjetiva’ e uma urgência ‘objetiva’. Neste caso, ressaltamos a questão do saber médico, considerado como autoridade para dizer o que é uma ‘verdadeira urgência’ e, nesta perspectiva, uma urgência objetiva; por outro lado, considera-se uma urgência subjetiva, uma ‘apreciação errada’ do ponto de vista do usuário e de seus familiares: “Sem as noções de primeiros socorros, o

público não sabe apreciar e controlar de maneira correta uma situação nem fazer um diagnóstico sumário antes de chamar com precipitação a ajuda médica urgente” (Giglio-Jacquemot, 2005, p. 25). Ressaltamos o que discute a autora sobre a oposição entre ‘subjetividade’ e ‘objetividade’, quando questiona esta caracterização a partir de discussões sobre o saber médico, como critério para dizer o que é correto e o que é incorreto na avaliação de casos ou situações de urgência em saúde.

Nesta perspectiva, a avaliação médica estaria isenta de elementos considerados ‘subjetivos’, o que expressa uma abordagem em que a ‘subjetividade’ não faz parte dos diagnósticos médicos. Em suas palavras:

É como se, diante da dificuldade encontrada para definir urgência/emergência a partir de elementos exclusivamente técnicos, houvesse uma tentativa para resolver o impasse (...) Quando o médico diagnostica uma urgência/emergência é porque ela existe. O contrário também vale: quando o médico não diagnostica uma urgência é porque ela não existe. Nenhum elemento considerado ‘subjetivo’ – por não ser técnico – entraria na avaliação médica da urgência/emergência e de seus vários graus, já que a ‘subjetividade’ é o que caracteriza, por definição, a avaliação leiga dos estados de saúde (Giglio-Jacquemot, 2005, p. 28).

Com estas discussões sobre ‘subjetividade’ e ‘objetividade’ dos diferentes saberes, em confronto, na definição de urgência/emergência em saúde, introduzimos as diferentes perspectivas dos usuários e dos profissionais de saúde, a partir de uma abordagem antropológica, que não procura julgar o que é ‘certo’ ou ‘errado’ nessas conceituações.

Desse ponto de vista antropológico, conforme Giglio-Jacquemot (2005), “a saúde tem uma realidade independente de suas definições biomédicas e são objetos de representações e práticas diversas que variam segundo as sociedades e, ainda dentro dessas, segundo os segmentos sociais e culturais que a compõem” (op. cit., p. 14). Nesta perspectiva, destacamos o estudo realizado por esta autora (Giglio-Jacquemot, 2005), cujo trabalho de campo se realizou entre novembro de 1997 e janeiro de 1999, em Marília, cidade do interior do estado de São Paulo¹⁶, quando procura examinar as diferentes percepções, concepções e práticas da urgência em saúde, de um ponto de vista antropológico, sem a preocupação de julgar o que é certo ou errado, mas “com o mesmo olhar crítico e a mesma ignorância curiosa *a priori*: são igualadas na medida em que representam, para o antropólogo, perspectivas diversas” (op. cit., p.16). Vale ressaltar que esta pesquisa aconteceu em época anterior à

¹⁶ Este trabalho de campo se desenvolveu em três locais da rede pública de atendimento às urgências e emergências de Marília: o pronto-socorro do Hospital das Clínicas, a central de chamadas dos Bombeiros (193) e a Central de Ambulâncias da Prefeitura (192). Além desses, o trabalho se estendeu junto aos motoristas da Central de Ambulâncias em suas saídas para a rua.

criação da Política Nacional de Atenção às Urgências (2003) e da Política Nacional de Humanização (2003), que introduzirão novas diretrizes e conceituações referentes a essas abordagens.

A partir dessas considerações sobre as diferentes concepções e práticas da urgência em saúde, encontramos em documentos elaborados por instituições públicas de saúde brasileiras (Ministério da Saúde, 2006c), a opção por “utilizar apenas o termo ‘urgência’, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o ‘grau de urgência’, a fim de classificá-las em níveis, tomando como marco ético de avaliação o ‘imperativo da necessidade humana’” (op. cit., p. 48). Neste sentido, serão elaborados políticas e protocolos, com o objetivo de classificar o grau de urgência e assim orientar o ‘acolhimento’ e a ‘tomada de decisões’ pelos profissionais de saúde diante das diferentes situações.

Abordaremos, em seguida, uma das diretrizes da PNH que se refere ao Acolhimento nos Serviços de Saúde, e a partir daí, focaremos um dos dispositivos associados a esta diretriz, que é a Classificação de Riscos nos Serviços de Urgência.

3.2. A Política Nacional de Humanização e o Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgências

Neste momento, interessa-nos discutir as proposições da PNH sobre o Acolhimento, como ‘diretriz’ e ‘dispositivo’ de interferência nos processos de trabalho, em especial, o “Acolhimento com Classificação de Risco e as mudanças possíveis nos serviços de urgência” (Ministério da Saúde, 2009b, p. 22).

Importante dizer que o acolhimento como diretriz “é um regime de afetabilidade construído a cada encontro e por meio dos encontros, que se produz, portanto, na construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde” (op. cit., p. 17). Como dispositivo de intervenção, contribui para analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações entre os diferentes sujeitos – trabalhadores, usuários, rede social – “por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde” (op. cit., p. 17). A partir daqui, salientamos que para a PNH não há como separar subjetividade e objetividade, clínica e política, saberes dos profissionais e saberes dos

usuários, enfim, em oposição aos que supervalorizam o ‘saber médico’, a PNH chama a atenção para a importância da participação do usuário na construção dos saberes sobre sua saúde, na perspectiva da ‘Clínica Ampliada’. Esta é uma das diretrizes da política que, a nosso ver, expressa o ‘método da tríplice inclusão’, de forma radical, no sentido positivo desta palavra (‘relativo às raízes’), ao propor a inclusão dos usuários, seus familiares, sua rede social e de todas as categorias profissionais de saúde na abordagem do caso singular de saúde dos sujeitos-usuários; e como as diretrizes se articulam e se complementam entre si, esta não se realiza sem a cogestão ou gestão compartilhada, pois não há como exercer a gestão compartilhada da clínica, sem interferir na gestão também compartilhada do processo de trabalho.

O acolhimento é assim concebido não como um local de atendimento, com hora marcada e profissional específico para realizá-lo, mas uma ‘postura ética’, que “implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de ‘abrigar e agasalhar’ outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão” (op. cit., p. 17). Ressalta-se a diferença entre a triagem e o acolhimento, pois este é concebido como uma “ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde” (op. cit., p. 17).

O Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgências

A abordagem do Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR) nos serviços de urgência, a partir dos referenciais da PNH, procura resolver o problema das grandes filas, em que as pessoas disputam o atendimento e o único critério é a hora de chegada. Esta estratégia, num primeiro momento proposta pela PNH, como dispositivo de interferência nos processos de trabalho da urgência/emergência, no contexto atual do SUS, ganha força e se amplia como política a ser pactuada entre as três esferas de governo - federal, estadual e municipal.

O ACCR, conforme elaborado pela PNH (Ministério da Saúde, 2009b; Teixeira, 2003), pretende provocar mudanças nas formas de organização dos serviços de urgência, a partir da análise do processo de trabalho, realizada através da participação de todos os sujeitos implicados com o trabalho da urgência – trabalhadores, gestores e usuários. Enfatiza-se nesta perspectiva, que o usuário e sua rede social são considerados no processo de avaliação de

risco e vulnerabilidade, pois este não é responsabilidade exclusiva dos profissionais da saúde. Conforme dizeres em texto da PNH (Ministério da Saúde, 2009b):

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (op.cit., p. 23).

Nesta perspectiva, o ‘protocolo de classificação de risco’ “é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo reencaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos” (op. cit., p. 44). Assim, o protocolo deverá explicitar qual o encaminhamento a ser realizado a partir da classificação do risco. Importante dizer que todos os profissionais devem se apropriar do protocolo, inclusive os trabalhadores administrativos. Aqui não detalharemos as sugestões da PNH para a elaboração do ‘protocolo de classificação de risco’, importante que estes procurem atender às diferentes necessidades de urgência em saúde, tanto por parte dos usuários, dos profissionais, e da rede local de saúde. E que não se tome o protocolo como única ferramenta na classificação de risco, “uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (op. cit., p. 40). E aqui, destacamos a importância do que nos diz a PNH sobre o Acolhimento, associado ao protocolo de Classificação de Risco (ACCR), ao enfatizar que “o protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento” (op. cit., p. 41).

Como vemos nessas elaborações da PNH, amplia-se a concepção de urgência em saúde, ao propor a inclusão de todos os sujeitos nos processos de definição e práticas da urgência. Retomando o estudo antropológico de Giglio-Jacquemot (2005), discutido em seção anterior, sobre as diferentes perspectivas dos profissionais e dos usuários da urgência em saúde, concluímos que a PNH contribui para uma abordagem que valoriza os diferentes saberes produzidos no campo da urgência/emergência em saúde, sejam os dos profissionais, como também os dos usuários e seus familiares/rede social.

Em seguida procuraremos sistematizar a legislação produzida neste campo da atenção às urgências, com ênfase nas Portarias instituídas recentemente.

Capítulo 4. Leis e Regulamentações: a organização prescrita do trabalho no Samu 192

Ao introduzir a discussão sobre as leis e regulamentações é importante lembrarmos que as ‘normas da saúde’ se constituem em cenários sociais e políticos de muitas disputas e embates entre diferentes atores e agentes vinculados aos movimentos e instituições da saúde. Campos (2007) chama a atenção para esta temática ao dizer que “toda norma ou limite legal se originam tanto de um conhecimento técnico, quanto de disputas de interesse. As normas da saúde são também produto de embates sociais e políticos” (op. cit., p. 24); numa abordagem ergológica, diríamos que neste ‘debate de normas’, que se realiza no nível ‘macro’ das instituições e movimentos da saúde, expressam-se ‘valores dimensionáveis’ e ‘valores sem dimensão’ que vão estar presentes no ‘micro’ do trabalho: “encontramos as questões e os debates de escala macro no mais simples dos atos de trabalho, e inversamente – o mais simples dos atos de trabalho pesará nas mudanças mais globais” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 33). Importante esta discussão sobre as articulações entre o ‘micro’ e o ‘macro’ para a análise do trabalho em saúde do ponto de vista da ‘atividade industriosa’, em especial, dos trabalhadores do Samu.

Faremos aqui breve síntese sobre as leis e regulamentações referentes à Atenção às Urgências em geral, e ao Samu, em particular, quando procuramos ‘pinçar’ aquilo que enriquecerá a análise da atividade através dos ingredientes da competência. Ressaltamos que neste processo de sintetizar diretrizes e conceituações apresentadas na legislação, consideramos o ponto de vista dos trabalhadores em diferentes momentos de encontro no decorrer da pesquisa de campo.

4.1. A emergência do Samu 192 como parte da Rede de Urgência em Saúde no Brasil

Procuramos entender a institucionalização do Samu 192, em todo o território brasileiro, a partir de 2003, como parte de um conjunto de leis e regulamentações do SUS, que vão se modificando através de processos dialéticos permanentes entre o macro e o micro, ou numa linguagem institucionalista, entre o molar e o molecular. Atualmente, desde janeiro/2011, quando toma posse o novo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, novas

alterações vão se realizar na legislação no campo da urgência em saúde, e que serão abordadas neste esforço de compreensão das normas antecedentes.

Destacamos dois documentos oficiais, denominados ‘Política Nacional de Atenção às Urgências’ (Ministério da Saúde, 2006e) e ‘Regulação Médica de Urgência’ (Ministério da Saúde, 2006c), que procuram organizar a legislação e regulamentações referentes à Atenção às Urgências no Brasil.

Chama-nos a atenção o modo como a PNH atravessa esses documentos da urgência, o que expressa uma busca permanente, por parte dos diferentes atores implicados, em direção à concretização dos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social, que orientam a construção do SUS, como sistema público de saúde.

Nesta linha de abordagem, o Manual ‘Regulação Médica das Urgências’ (Ministério da Saúde, 2006c) que tem por objetivo fornecer diretrizes gerais para atuação das equipes de regulação em todo o território nacional, apresenta como uma de suas partes constitutivas a seguinte temática: “As urgências e a Política Nacional de Humanização - PNH” (op. cit., p.109). Neste item discute a PNH como uma política transversal, que “opere transversalmente em toda a rede SUS” (op. cit., p. 109), e assim também atravessa os serviços e práticas da urgência em saúde. Dentre as diretrizes desta política o documento faz referência à valorização e participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisões; à gestão participativa e criação de colegiados gestores nas unidades de saúde; à clínica ampliada, como “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (op. cit., p. 110); com ênfase na diretriz do ‘Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho’ e no dispositivo do ‘Acolhimento com Classificação de Risco’ (op. cit., p. 113).

Poderíamos dizer que toda a legislação do SUS referente à atenção às urgências no Brasil, elaborada a partir de 2002, orienta-se pelos princípios e diretrizes expressos na Portaria Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 (Ministério da Saúde, 2006e). Em nossa pesquisa de campo observamos que esta portaria aparece como ‘forte’ norma antecedente, para os protagonistas da atividade em diferentes situações de trabalho no Samu. A partir daí poderíamos considerar que as demais portarias ou normas instituídas no decorrer dos anos posteriores procuram fazer valer as direções apontadas pelo extenso documento, apresentado em forma de anexo da portaria, conhecida por todos envolvidos com a urgência em saúde,

sempre lembrada através das falas em conversas informais ou formais, simplesmente, como ‘a 2048’.

Ressaltamos os dois parágrafos do ‘Art. 1º’, pois estes sintetizam o conteúdo do Regulamento aprovado, conforme o seguinte:

§ 1.º O Regulamento ora aprovado estabelece princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

§ 2.º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2006e, p. 51).

Dentre os sete capítulos deste Regulamento, destacamos o quarto que se refere ao ‘Atendimento Pré-Hospitalar Móvel’, através do qual se define detalhadamente as concepções, a organização e funcionamento geral deste serviço, especificando as ‘equipes de trabalho’ e as atribuições de cada profissional componentes das mesmas.

Num primeiro momento, apresenta definição do atendimento ‘pré-hospitalar móvel’ na área de urgência, quando ressalta que este procura atender precocemente às pessoas/vítimas, em situações de agravo à saúde, que podem provocar sofrimento, seqüelas ou até mesmo a morte - seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas. Nesses casos, acrescenta, é necessário prestar um “atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde” (op. cit., p. 81). A partir daí distingue dois tipos de atendimento pré-hospitalar móvel: o primário, aquele que procura atender pedido de socorro de um cidadão; e o secundário, voltado para as solicitações oriundas de serviço de saúde, em casos de pacientes que necessitem ser transportados a um serviço de maior complexidade.

Após esta definição, refere-se ao funcionamento geral deste atendimento, considerado uma atribuição da área da Saúde, que se vincula a uma ‘Central de Regulação’, com equipes de profissionais e frota de veículos (terrestre, aéreo ou aquaviário), de acordo com as necessidades de saúde da população, circunscrita em nível municipal ou regional.

Atualmente, a nova Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011, procura aprimorar as definições e o funcionamento do Samu 192, e em suas considerações apresenta toda a legislação anterior, desde a Portaria 2048 e as demais referentes à ‘Rede de Atenção às Urgências’ (Portaria 1.600/2011, que revoga a Portaria 1.863/2003), às normas regulamentadoras da organização das ‘Centrais de Regulação Médica das Urgências’, que integram o ‘Complexo Regulador da Atenção’, conforme previsto na Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000, e mais especificamente a Portaria 2.657/2004 que “estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192” (Ministério da Saúde, 2006e).

Para o presente trabalho, interessa-nos extrair o que nos ajudará a melhor descrever e compreender o ‘organograma’, ou dito de outra forma, a ‘organização prescrita’ do trabalho no Samu.

4.2. Da organização prescrita do trabalho no Samu 192 e particularidades do Samu-BH

O Samu, assim denominado nacionalmente, e o número 192, também nacional, para chamadas a este serviço do SUS, foi criado pela portaria n. 1.863/03, que instituiu a ‘Política Nacional de Atenção às Urgências’. Esta foi reformulada pela atual Portaria 1.600, de 07 de julho de 2011 (Ministério da Saúde, 2011a), que instituiu a ‘Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)’. Naquela época, o Samu tornou-se objeto de uma portaria específica – a Portaria 1.864/03 que instituiu “o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192” (Ministério da Saúde, 2006e, p. 21). Atualmente esta portaria foi reformulada com a criação da nova Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011 (Ministério da Saúde, 2011b), que aprofunda definições, com ênfase na ‘regionalização’ desses serviços e extensão da cobertura do atendimento móvel de urgência a toda a população brasileira, com vistas à ‘ampliação do acesso’. Na época de sua criação, em 2003, o Samu 192 foi objeto também de decreto nº 5.055 da Presidência da República, de 27 de abril de 2004 (Ministério da Saúde, 2006e).

Com este serviço móvel pretende-se reduzir o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia e atende às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental¹⁷.

Conforme informações colhidas em página do Ministério da Saúde¹⁸, o Samu 192 está presente, atualmente, em todos os estados brasileiros com 157 Centrais de Regulação Médica que abrangem 1.502 municípios. São aproximadamente 112 milhões de pessoas que podem contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Pretende-se que até o final de 2014 haja 100% de cobertura do Samu no país.

O trabalho é organizado a partir da ‘Central de Regulação Médica’, situada em um local específico, denominado ‘sede do Samu’, que se articula às chamadas ‘bases do Samu’, situadas em diferentes pontos estratégicos ou regiões do município. Estas bases são pontos de referência para os trabalhadores das ambulâncias¹⁹, que são utilizadas para o atendimento às diversas ocorrências. A comunicação com a Central de Regulação se realiza por meio de um sistema de radiofones.

Em Belo Horizonte, há dois tipos de ambulâncias:

(a) Unidade de Suporte Avançado (USA) – considerada como UTI – Unidade de Terapia Intensiva – móvel, é constituída por equipamentos de radiocomunicação fixo e móvel e equipamentos médicos para prestar assistência como em uma UTI fixa. Conta com um médico, um enfermeiro e o condutor/motorista. Dentre os equipamentos necessários, definidos pela Portaria 2.048, citamos alguns: maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas); respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20 ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; bisturi descartável; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos

¹⁷ Mais informações em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 05/01/ 2011.

¹⁸ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1787, consulta em 18/07/2011.

¹⁹ Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos [ambulância – do latim *ambulare*, que significa deslocar].

incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; frascos de soro fisiológico, caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas de madeira; sondas nasogástricas; equipamentos de proteção à equipe de atendimento: óculos, máscaras e aventais; cobertor; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna.

(b) Unidade de Suporte Básico (USB) – além dos equipamentos de radiocomunicação fixo e móvel, fazem parte destas ambulâncias materiais/instrumentos básicos para atendimento ao usuário numa situação de urgência/emergência, definidos pela Portaria 2.048, dentre os quais citamos os seguintes: maca articulada e com rodas; suporte para soro; instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída; oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c- aspirador tipo Venturi); manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação; cilindro de oxigênio portátil com válvula; maleta de urgência contendo: estetoscópio adulto e infantil, ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados, luvas descartáveis, tesoura reta com ponta romba, esparadrapo, ataduras de 15 cm, compressas cirúrgicas estéreis, pacotes de gaze estéril, protetores para queimados ou eviscerados, cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos; maleta de parto contendo: luvas cirúrgicas, clamps umbilicais, estilete estéril para corte do cordão, saco plástico para placenta, cobertor, compressas cirúrgicas e gazes estéreis, braceletes de identificação; suporte para soro; prancha curta e longa para imobilização de coluna; talas para imobilização de membros e conjunto de colares cervicais; colete imobilizador dorsal; frascos de soro fisiológico; bandagens triangulares; cobertores; coletes refletivos para a tripulação; lanterna de mão; óculos, máscaras e aventais de proteção e maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.

Neste tipo de ambulância trabalham dois técnicos de enfermagem e condutor/motorista, conforme podemos observar nas fotos seguintes (FIGURA 1 e FIGURA 2).



FIGURA 1 – Dentro da ambulância, trabalhadora/técnica de enfermagem e paciente já deitado em ‘prancha’ e imobilizado conforme regulamentações.



FIGURA 2 – Dentro da ambulância, paciente/usuário deitado na ‘prancha’, enquanto trabalhadores/técnicos de enfermagem, nesse momento, verificam sinais vitais e um deles anota dados do atendimento; motorista conversa com policiais, que ajudam a localizar familiares do paciente.

As bases descentralizadas do Samu, conforme Portaria 2.026/2011 são definidas como “infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192” (Ministério da Saúde, 2011, p.4) e devem apresentar “configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s)” (op.cit., p.4).

Em BH, estas bases estão localizadas em pontos estratégicos da cidade, como podemos visualizar em mapa do município, em ANEXO B; listadas conforme ANEXO A, para deslocamentos em tempo mais curto - ‘tempo-resposta’ em média de 12 minutos - e garantem espaços de abrigo, parada, repouso e alimentação dos trabalhadores. Em geral, contam com três cômodos (um quarto com dois ou três beliches, copa e banheiro), equipamentos de rádio-comunicação e telefone.

Conforme dados levantados junto à gerência, em janeiro/2011, o Samu-BH conta com 05 Unidades de Suporte Avançado (USAs) e 20 Unidades de Suporte Básico (USBs). Em 2009, foram atendidas 694.338 chamadas, que representou um aumento de 30% comparativamente a 2008. Diariamente foram 1.500 ligações/dia em 2008 e 1.900 ligações/dia, em 2009, ou seja, um aumento de 30% no número de atendimentos pelo Samu. Isto representou uma utilização do serviço do Samu por 27,8% da população de BH (quase um terço dos habitantes da cidade).

Capítulo 5. Dos fluxos e interfaces na organização do trabalho no Samu-BH

A ligação, pelo número 192, é atendida pelo ‘telefonista auxiliar de regulação médica’ (TARM), que em BH é chamado de ‘teledigifonista’, e se organizam em espaço próprio dentro do local da Central de Regulação (FIGURA 3). Estes identificam a urgência e a localização da ocorrência e imediatamente transferem o telefonema para o médico regulador (regulação primária). Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, passa as orientações, conforme sua avaliação, seja diretamente ao paciente ou à pessoa que fez a chamada: orienta a procurar um posto de saúde ou serviço mais adequado ao caso, e/ou procedimentos a serem realizados no local do ocorrido pelo próprio acompanhante e/ou designa uma ambulância de suporte básico de vida (USB) para o atendimento, ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel (USA), com médico e enfermeiro. Ressaltamos aqui que esse é um momento em que o médico vivencia ‘dramáticas’ e o ‘corpo-si’ atravessa as decisões deste trabalhador, conforme observamos o trabalho na Central de Regulação (FIGURA 4). Ao ser liberada uma ambulância (USB ou USA), outro médico entra em ação e faz o que se chama ‘regulação secundária’, e nessa hora exerce o poder de ‘autoridade sanitária’, conforme definido pela Portaria 2.048, ou seja, comunica a urgência aos hospitais públicos e reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade (FIGURA 5). O atendimento no local da ocorrência, no caso de USB, é acompanhado via radiofone por esse médico regulador, que após receber dados sobre o paciente (sinais vitais e outros), orienta a ‘equipe de intervenção’ quanto aos cuidados necessários à condução do caso, assim como indica o serviço - Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital/Pronto Socorro – para onde será transportado o paciente. Quando se trata de uma USA, o médico ‘intervencionista’ diagnostica e realiza o atendimento junto com o enfermeiro, inclusive, com poderes para alterar o destino da ambulância, desde que seja comunicado à Central de Regulação, conforme relataremos, posteriormente, ao analisar a ‘ocorrência (2): atendimento a um acidente’. Ao lado dos médicos reguladores, outro profissional contribui para o trabalho na Central, os ‘rádios-operadores’ (RO), denominados, em BH, de ‘despachantes’, fazem o controle das frotas e informam sobre a posição de todos os veículos do Samu por meio de tela específica de computador (FIGURA 4 e 5).



FIGURA 3 – A ligação, pelo número 192, é atendida pelo ‘telefonista auxiliar de regulação médica’ (TARM), que em BH é chamado de ‘teledigfonista’, que se organizam em espaço próprio dentro do local da Central de Regulação



FIGURA 4 – O médico regulador (regulação primária) faz o diagnóstico da situação, passa orientações ao paciente, ou ao acompanhante, toma decisões sobre liberação de USB ou USA. Observa-se aqui uma médica (sentada) e um médico (em pé), quatro postos de trabalho referentes aos médicos reguladores primários. Ao lado, perpendicular aos médicos, dois ROs, chamados em BH de ‘despachantes’



FIGURA 5 – Médico regulador ('regulação secundária') e RO. O médico (com o radiofone na mão) comunica-se com serviços de urgência locais e, no caso de USB, passa orientações aos técnicos de enfermagem.

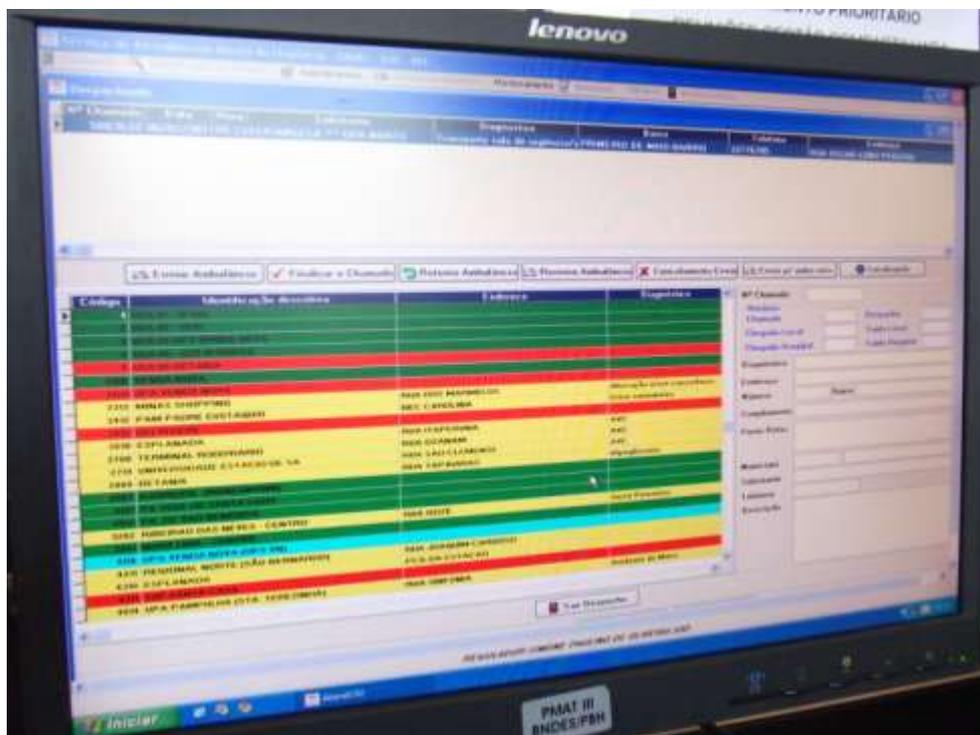


Figura 6 – Esta tela indica a posição das ambulâncias do Samu: amarelo – em atendimento; verde – disponível; vermelho – parada para reparo/abastecimento; azul – intervalo / reposição de material (julho/2010). Em 17/01/12, por telefone, fomos informadas que atualmente o azul indica parada para refeição e foi introduzido o verde claro, para reposição de material. A indicação da refeição pode ser considerada uma vitória dos trabalhadores, conforme veremos no momento da análise (PARTEIII), quando abordaremos esta temática por meio de falas desses sujeitos da pesquisa. Pode-se observar (figuras anteriores), que todos os profissionais da Central de Regulação são informados sobre o posicionamento das ambulâncias.

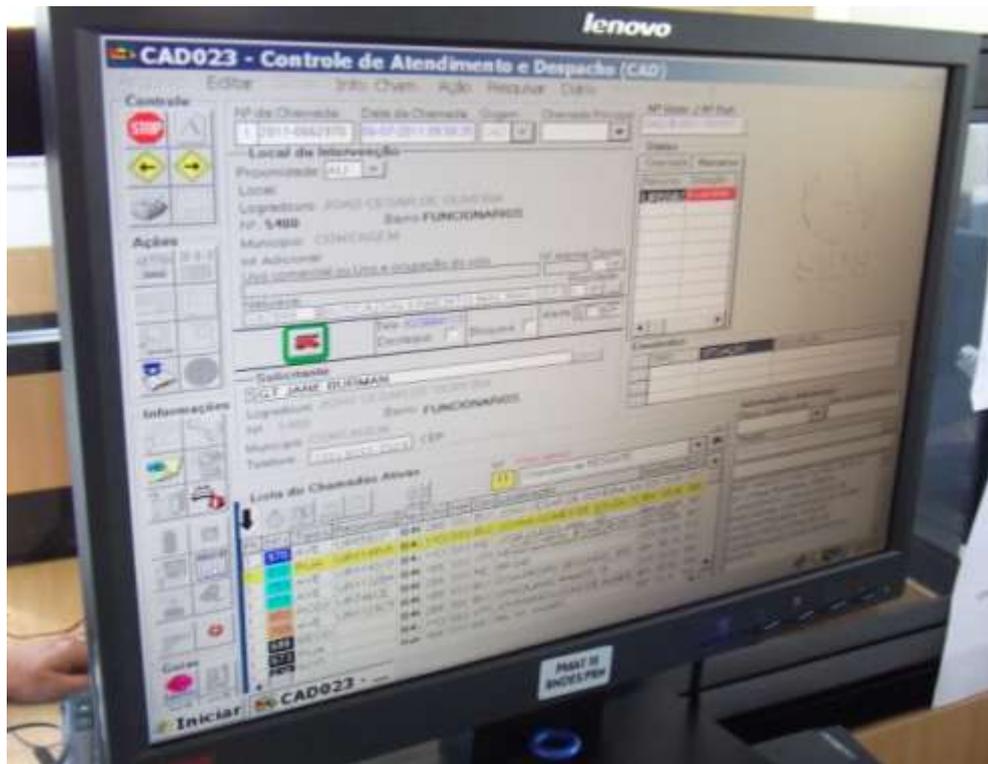


FIGURA 7 – Tela que indica a posição das ambulâncias do Corpo de Bombeiros (COBOM), que foi introduzida nesta Central de Regulação / Samu-BH, a partir de dez./2010. Na análise da ocorrência (1) retomaremos esta temática

Em BH, não há separação entre médico regulador e intervencionista, pois esses profissionais trabalham tanto na regulação como nas ambulâncias (USAs). Desta forma existe uma rede de comunicação permanente, via telefones e radiofones, entre as pessoas que trabalham na Central, nas ambulâncias e em todos os serviços que recebem os pacientes. Limitamos aqui a descrever o que Schwartz (Schwartz & Durrive, 2007) define como “esquema ‘teórico’ das relações” (op.cit., p. 161), e que será importante para a análise da atividade, na identificação das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), que discutiremos em item específico sobre os seis ingredientes do ‘agir competente’.

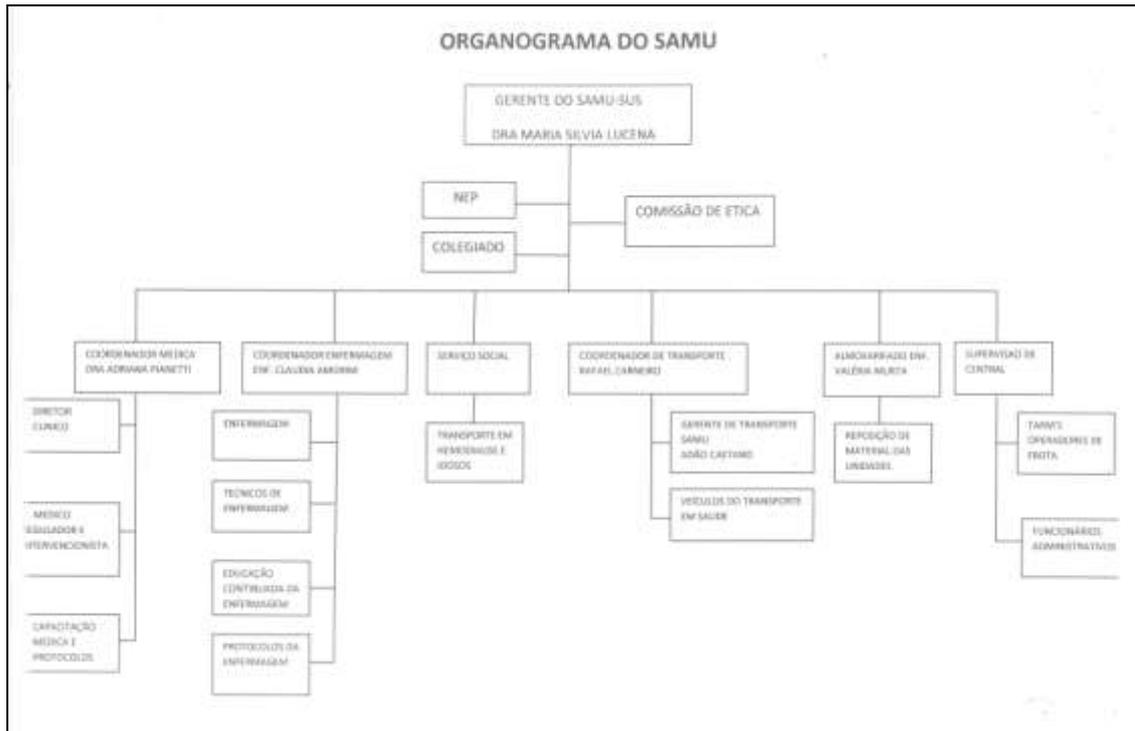


FIGURA 8 – Organograma do Samu

Em Belo Horizonte, o Samu foi inaugurado em 9 de fevereiro de 2004 e ocupou uma sede provisória e precária até dezembro de 2010, quando foi inaugurada a nova sede, em região de fácil acesso, conforme pode-se observar na FIGURA 9.



FIGURA 9 – Localização da nova sede, inaugurada em dez./2010 – entrada pela Rua Dom Aristides Couto, nº 3 Bairro Coração Eucarístico, BH. O prédio fica de frente para a ‘Via Expressa’.



FIGURA 10 – Área de estacionamento das ambulâncias, esta que está mais visível é uma USB.

Neste prédio, conforme pode-se visualizar em Organograma do Samu (FIGURA 8), situam-se os seguintes serviços: Gerência do Samu, Colegiado (reuniões periódicas, quinzenais, da qual participam representantes das diferentes categorias, escolhidos por meio de eleições, inclusive motoristas, que são terceirizados), Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEP), Comissão de Ética, Coordenação Médica, Central de Regulação Médica (Figuras 3, 4, 5, 6, 7), Coordenação de Enfermagem, Serviço Social, Coordenação de Transporte, Regulação do Transporte Sanitário, Supervisão de Central (TARMs E ROs), Almoxarifado (FIGURA 11). Observamos amplo estacionamento (FIGURA 10), além da copa, quartos de repouso (masculino e feminino) com beliches, vários banheiros.

Vale ressaltar que esta nova sede foi uma conquista dos trabalhadores/gestores e procurou atender às reivindicações referentes à melhoria das condições materiais de trabalho e adequação da ‘ambiência’ à organização do trabalho.

A Central de Regulação está organizada em amplo espaço, com equipamentos de proteção sonora e ar condicionado, acústica e cadeiras adequadas. Cada turno de trabalho é composto por seis teledigifonistas, cinco médicos reguladores e três despachantes (FIGS 3, 4 e 5).





FIGS 11a, 11b, 11c e 11d- Almoarifado - sequência de fotos referentes ao espaços do Almoarifado, local por onde passam todas as ambulâncias do Samu para reposição de material e higienização. Verifica-se o cuidado com que são organizados, nomeados e higienizados, quando necessário. O espaço de higienização das ambulâncias, quando estas são lavadas, é bastante amplo e planejado conforme necessidades deste trabalho.

Importante destacar como norma antecedente, conforme Portaria 2.048/2002 (Ministério da saúde, 2006e), referente aos demais serviços de urgência, que atendem pedidos de socorro médico, como a polícia militar (190) ou o corpo de bombeiros (193). Esses devem imediatamente retransmitir “à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos” (op.cit., p.82). Entende-se a partir daí que esses serviços deverão estar submetidos à regulação médica do Samu. Além dessas situações, naquelas em que são acionados os serviços de segurança e salvamento, “sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências” (op. cit., p. 82). Conforme dizeres do texto institucional:

Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica (op.cit., p. 82).

Como estratégia para favorecer a realização desta integração e comunicação entre os serviços de urgência e o Samu-BH, observamos na nova sede, a instalação de uma grande tela de computador, que procura indicar o posicionamento/atendimento das ambulâncias do Corpo de Bombeiros (FIGURA 7).

Destaca-se ainda como norma antecedente, parte da Portaria 2.048, a partir da consideração de que “as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente” (op. cit., p. 133), a indicação para que sejam criados os Núcleos de Educação em Urgências (NEUs), como também é definido conteúdo curricular mínimo, conforme o sétimo capítulo da citada Portaria (op. cit., p. 133).

Atualmente, a Portaria 2.026 de 24 de agosto de 2011, que reformula a Portaria 1.864/2003, define, através do Art.10, que “o componente SAMU 192 deverá dispor de programa de capacitação permanente” e em parágrafo único deste mesmo artigo indica que “a capacitação será promovida preferencialmente de forma direta pela Rede de Atenção às Urgências” (Ministério da Saúde, 2011b, p. 7)

Na Portaria 1864 de 2003, a criação do NEU estava vinculada à implantação da Central de Regulação Médica, ou seja, realizava-se de forma mais específica junto aos trabalhadores da urgência móvel. Com a nova definição pela Portaria 2.026 de 2011, ela se vincula à Rede de Atenção às Urgências de maneira mais explícita. Em BH, como já citamos

anteriormente, há o Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEP), localizado na sede do Samu, criado conforme orientações da Portaria 2.048/2002.

Em síntese, o Samu 192 compõe a Rede SUS, regulamentada através de ampla legislação, que procura assegurar o Direito à Saúde, conforme os princípios da universalidade, integralidade e equidade das ofertas de saúde. O Samu, como parte da ‘Política Nacional de Atenção às Urgências’ (Portaria 1.863/2003), no contexto de sua emergência, e, atualmente, como integrante da ‘Rede de Atenção às Urgências’ (Portaria 1.600/2011b), representa uma vitória da população brasileira na construção do SUS ‘universal e igualitário’. Vale dizer que o Samu é resultado de trabalho conjunto entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Estados e Municípios.

Esperamos que esta tentativa de síntese das normas antecedentes, e lembramos a impossibilidade de completude deste exercício, contribua para a nossa análise da atividade através dos diferentes elementos/ingredientes que se diferenciam e se articulam na realização do complexo trabalho da urgência móvel em saúde.

**PARTE III: O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE ATRAVÉS
DOS INGREDIENTES DA COMPETÊNCIA NO
ATENDIMENTO ÀS OCORRÊNCIAS**

Capítulo 6. Abordagem ergológica dos ‘ingredientes da competência’: decomposição dos elementos heterogêneos que se articulam e se interferem na avaliação das competências industriais

Procuraremos desenvolver, num primeiro momento, as discussões ergológicas acerca da análise e avaliação das competências (Schwartz, 1998; Schwartz & Durrive, 2007), tomadas como um ‘problema real’, e talvez ‘insolúvel’, se consideramos o ponto de vista da atividade e toda a complexidade dos processos que atravessam as situações reais de trabalho.

Nesta perspectiva, poderíamos dizer, inaugura-se um novo modo de analisar e avaliar as competências, concebidas como “uma síntese de ingredientes heterogêneos, entre os quais alguns se situam em pólos opostos da relação entre a inteligência e o meio de ação” (Schwartz, 1998, p. 132). Neste caminho, leva-se em conta a ‘decomposição dos ingredientes’, numa análise que procura identificar as interações e interferências de um ingrediente no outro, impossíveis de se separarem em situação real de trabalho. Nas palavras do autor:

(...) ingredientes, para melhor mostrar que, como em uma boa mistura, é preciso um pouco de cada um deles; mostrar que eles são diferentes uns dos outros, que a pimenta não é a noz moscada, ou o gengibre, que é diferente; contudo, em uma boa culinária se deve saber colocar uma pitada de cada um desses ingredientes. (...) um certo número de ingredientes devem então se articular no agir em competência. Eu diria ‘agir em competência’, ao invés de na competência, justamente porque competência não é uma noção simples e homogênea (Schwartz & Durrive, 2007, p. 209).

Parte-se do que é considerado como princípio de todo processo ergológico, ao tomar o ponto de vista da atividade industrial, ou seja, que “toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, descritível, por um lado, como segmento de um protocolo experimental e, por outro, como experiência ou encontro” (Schwartz, 1998, p. 109).

Nesta perspectiva, os ‘ingredientes da competência’ referem-se às ‘três polaridades’ diferentes que a atividade comporta, quais sejam: (i) pólo do Registro 1 ou dimensão conceitual: o grau de apropriação de saberes conceitualizáveis ou de certo número de normas antecedentes; (ii) pólo do Registro 2 ou dimensão ‘da experiência’: o grau de apreensão das dimensões propriamente históricas da situação e (iii) o debate de valores a que se vê convocado todo indivíduo num meio de trabalho particular - noção das ‘dramáticas do

uso de si' - aqui entra uma 'dimensão de valores' que se cruzará ou se articulará com as duas primeiras dimensões (registro 1 e registro 2).

Ressalta-se na discussão sobre os ingredientes da competência, a heterogeneidade destes e as relações dinâmicas entre os mesmos, que nunca são antecipáveis. Ao discutir os 'seis ingredientes da competência', Schwartz (1998) questiona os 'procedimentos ou grades descontextualizadas, codificáveis e homogêneas', que numa abordagem ergológica, são incompatíveis com a 'pluralidade de registros', que se articulam na realização da atividade de trabalho.

Num esforço de sistematização dos estudos e reflexões, o que nos ajudará a compor o referencial teórico-metodológico para a análise da atividade propriamente dita, procurou-se formular um título para cada um dos ingredientes, que desenvolveremos a seguir. Salientamos que adotamos a expressão 'agir em competência', numa linguagem ergológica, ao considerar aquilo que 'uma pessoa coloca em ação', numa situação de trabalho. Em outras palavras, que esses diversos ingredientes compõem "o perfil de uma pessoa, o perfil de seu tipo de 'agir em competência' numa determinada situação" (Schwartz & Durrive, 2007, p. 209). Passemos então à discussão teórica dos seis ingredientes.

1º Ingrediente de um agir em competência: apropriação dos protocolos/ saberes protocolares

Refere-se a tudo o que é antecipado, prescrito, tudo que se refere ao protocolar numa situação de trabalho. Este é o chamado 'polo do Registro 1', ou numa "analogia com a tecelagem" (Schwartz & Durrive, 2007, p. 105), os 'efeitos de trama', que abarca o campo dos conceitos, da técnica, dos programas, dos saberes escolares, da 'linguagem acabada'. Para nosso estudo, entrariam aqui a legislação e regulamentações referentes ao SUS, à atenção às urgências, em geral, e ao Samu, em particular; além das normas e protocolos clínicos e institucionais, o organograma e a definição das funções de cada profissional no Samu-BH, dentre outras 'normas antecedentes', como procedimentos, regras, regulamentos, conhecimentos técnico-científicos (aprendizagens em processo escolar, mas também aprendidos em situação de trabalho), condições de trabalho, dentre outras.

Poderíamos dizer que a identificação deste ingrediente não apresenta muitas dificuldades, não querendo dizer com isto, "que ele seja o mais fácil de ser adquirido"

(Schwartz & Durrive, 2007, p. 209), e sabemos disto - são muitos anos que passamos nos espaços escolares e de formação profissional!

Mas o trabalho segundo concepção ergológica de atividade humana, como já foi discutido anteriormente, não se restringe a esta dimensão conceitual, protocolar; outro pólo se articula a este, o que vai dizer do segundo ingrediente da competência:

(...) ele é claramente heterogêneo: é , ao contrário [do primeiro], a capacidade de se deixar apropriar – quase ser impregnado - pela dimensão singular da situação, pelo histórico, pela dimensão de ‘encontro de encontros’ (...) É a dimensão ‘encontro de encontros’, que supõe capacidades ou competências que são absolutamente diferentes do primeiro ingrediente” (Schwartz & Durrive, 2007, p.210).

È o histórico que se ‘infiltra’ no protocolo, é a singularidade de cada situação de trabalho, são os saberes considerados práticos, ou ‘saberes-fazer’, saberes gerados/investidos na atividade, que não se aprende na escola, que chamaremos aqui de saberes ‘da experiência’.

2º ingrediente de um agir em competência: incorporação do histórico/ saberes da experiência/ saberes investidos na atividade

Este 2º ingrediente, considerado pólo do Registro 2, ou, numa outra linguagem, ‘os efeitos de urdidura’, que se articulam aos ‘efeitos de trama’, ou do Registro 1: “ a articulação entre trama e urdidura produz modos diferentes de trabalhar, faz emergir alternativas” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 109). Este é o lado da experiência, é adquirido em parte na experiência do trabalho, na resolução de problemas frente ao inesperado, é a dimensão histórica que perpassa os protocolos do trabalho. É a história que atravessa a atividade de trabalho. E como nos diz Schwartz (2003), ao debater a temática “Trabalho e Saber”²⁰, sobre o ‘fazer história’ como ‘re-questionar e re-combinar saberes’, em suas palavras:

O desafio nesta questão é: podemos anular a dimensão de ‘encontro’ no trabalho, como pensava o taylorismo? Ou o trabalho seria sempre, mais ou menos, um momento de história – a atividade de trabalho produz sempre mais ou menos história? (...) A tese, tese que não nos é particular: toda vida

²⁰ Este debate apresentado como artigo em número especial da Revista Trabalho e Educação/NETE, realizou-se durante o 1º Seminário Internacional Trabalho e Educação: processos de produção e legitimação de saberes, em 2003, organizado em parceria entre o NETE, o Departamento de Engenharia de Produção/UFMG, a Escola Sindical 7 de Outubro/CUT e o Departamento de Ergologia da Universidade de Provence/França e coordenado pela Profa. Eloisa Helena Santos.

humana, porque ela é em parte uma experiência, é atravessada de história (Schwartz, 2003, p. 22).

Nesta linha de pensamento, questionam-se os pressupostos de Taylor (1990) que embasam a chamada ‘organização científica do trabalho’, em que há uma anulação de toda a produção de saber no curso da atividade, e lembramos, com Schwartz (2003), que Taylor disse a ‘seus’ operários: ‘não lhes pedimos para pensar’. Ressalta-se, então, que entre o trabalho prescrito e o trabalho real, emergem problemas que os trabalhadores buscam resolver e nesse processo criam saberes, ‘ganham experiência’. Nas palavras de Cunha:

Esse trabalhar, como gerir variáveis diversas e resolver problemas, é profundamente histórico, pois se a dimensão do protocolo, do planejado falha, o produtor entra em ação com sua competência para ‘preencher os furos’. Nesse processo ele se qualifica, consolida e/ou recria tipos de saber, ele ganha em experiência (Cunha, 2006, p. 12).

Este ingrediente é de difícil identificação, ele não está nos protocolos ou manuais de prescrições de tarefas, emerge em situações reais de trabalho, e só pode ser isolado a partir de observações e análises ‘junto com’ os protagonistas da atividade. São saberes que são criados e armazenados de forma específica e singular; produto de longa aprendizagem no decorrer da história de vida e de trabalho, muitas vezes invisível para o observador. Dizer sobre eles também não é fácil – ‘difícil explicar o que se faz’ – o que não significa ausência de “regras implícitas, atividade conceitual, conhecimentos acompanhando essas escolhas e gestões das situações” (Schwartz, 1998, p. 114).

E aqui é importante ressaltar o envolvimento/implicação do corpo, tomado como ‘corpo-si’ – esta “entidade que vai do mais biológico ao mais cultural – alguma coisa que atravessa tanto o intelectual, o cultural, quanto o fisiológico, o muscular, o sistema nervoso” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 44). Nesta perspectiva, a ergologia refere-se a toda uma ‘sabedoria do corpo’, que se constrói nesses movimentos de negociação entre as ‘normas antecedentes’ (ingrediente 1) e “as normas inscritas na história do corpo de quem trabalha, suas próprias normas internas” (Echternacht, 2008, p. 58). Este corpo que registra, incorpora competências, às vezes imperceptíveis, e que se joga na atividade, com sua história, sua singularidade, como corpo-si, numa concepção complexa, que abarca diferentes dimensões do sujeito humano. Interessante nessas discussões sobre o corpo e o ‘fazer história’ na atividade de trabalho, quando Schwartz (1998) nos lembra que “dois corpos não serão ‘domesticados’ da mesma maneira, não articularão na enigmática de seu ser as mesmas informações, as mesmas imposições (...)” (op. cit., p. 117). Marca-se assim que uma situação de trabalho

nunca é idêntica à outra, que há sempre ressingularização em relação às normas antecedentes, variabilidade, historicidade.

A partir daí, pode-se considerar que a ênfase, ao se pensar este 2º ingrediente, volta-se para aqueles saberes construídos através das vivências e diálogos permanentes com o ‘meio de vida e de trabalho’, sendo muitas vezes difícil, ou mesmo impossível, delimitar (e daí a noção de corpo-si como ‘entidade’), os contornos e origens desses saberes, de toda essa sabedoria, construída no decorrer da história de vida de cada um, incluindo aí, a história de vida no trabalho.

A abordagem do 1º e 2º ingredientes nos leva ao 3º ingrediente do agir em competência – que é “a capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho” (Schwartz & Durrive, 2007, p.212).

No campo do trabalho em saúde, este 3º ingrediente vai aparecer de forma exemplar, quando se considera que ‘cada caso é um caso’, ou seja, é preciso que se ajuste sempre o pólo conceitual/protocolar à singularidade de cada situação/pessoa a atender.

3º ingrediente de um agir em competência: instauração de uma dialética entre os ingredientes 1 e 2

Ressalta-se neste terceiro ingrediente a capacidade de articular, dialeticamente, o pólo conceitual (Registro 1) e o pólo das experiências (Registro 2) no ato de trabalho.

É a tomada de decisões oportunas no confronto entre a regra e cada caso, cada singularidade. Se no ingrediente 2, como vimos anteriormente, há implicação/engajamento de um corpo-si, que exerce papel fundamental, como ‘crisol imediato’ desse ingrediente; aqui, no ingrediente 3, “ele perde esse mesmo imediatismo (...), na medida em que o distanciamento em relação ao caso é então necessário e, portanto, o domínio de um certo nível de recursos próprios do ingrediente 1” (Schwartz, 1998, p. 120).

Na análise da atividade, em situações de trabalho do Samu, tivemos oportunidade de identificar a presença deste ingrediente da competência, em que, diante de um caso de urgência/emergência, os profissionais precisam decidir o que fazer, ‘rapidamente’ e ‘com eficácia’. Esse é um momento em que, podemos dizer, ‘instaura-se uma dialética’, quando se articulam protocolos e orientações da Central de Regulação Médica com os saberes da experiência, também chamados de ‘competências práticas’. E aqui entra o quarto ingrediente,

que se refere ao ‘debate de valores’ que vai atravessar toda atividade. Neste momento de ‘negociação’ entre o protocolo e a experiência, em que é preciso tomar uma decisão, outro trabalho precisará ser feito - o ‘trabalho dos valores’ (Schwartz, 1996) - interferindo na escolha a ser feita naquela situação específica.

Importante também para nossa pesquisa, o que nos diz Schwartz (1998) sobre o setor de serviços, quando aborda a questão das relações entre usuário e agente/trabalhador de um órgão público. Em suas palavras:

Esse terceiro ingrediente parece-nos hoje mais particularmente requerido, implantado com virtuosidades variáveis no setor dos ‘serviços’ e mais particularmente nas relações face a face entre um ‘usuário-cliente’ e um agente representando um organismo. O diálogo ata-se através de normas, regulamentos, procedimentos codificados. Vemos, então, o quanto é delicada essa negociação que, ‘na hora’, deve operar ajustamentos felizes entre o singular – a pessoa e seu pedido - e essas definições regulamentadas de casos (Schwartz, 1998, p.120).

Também ressaltamos uma ilustração desse ingrediente (Schwartz 1998), quando o autor refere-se ao trabalho de uma equipe de profissionais de saúde, constituída por profissionais enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos, o que nos ajudará no momento de análise da atividade no Samu. Nesta linha de análise, consideremos que é preciso dominar os saberes constituídos/protocolares referentes à nosologia, à tecnicidade e às terapêuticas (ingrediente 1), ao mesmo tempo que outros saberes ‘da experiência’, ‘aderentes’ à ação, ‘engajados’ serão mobilizados diante dos ‘doentes singulares’, cada qual com sua história de vida e capacidade de renormatização diferenciada. Nesta equipe de saúde, então, conforme o autor:

(...) as auxiliares de enfermagem podem dar mostra de competências maiores do ponto de vista do ingrediente 2, em virtude das limitações de sua formação médica. As enfermeiras, por sua vez, estão tipicamente no ponto de articulação nesse vaivém entre saber médico e relação individualizada com o paciente: para elas, este é ao mesmo tempo um tipo nosológico e uma pessoa (Schwartz, 1998, p. 121).

Importante ainda dizer que não é fácil identificar este ingrediente – constituindo-se como ‘instauração de uma dialética’ - o que envolve a abordagem do quarto ingrediente, “por meio do qual será questionada a relação entre a qualidade das ‘dramáticas’ do uso de si, a qualidade da instauração dessa dialética, bem como os valores com base nos quais se constrói o que vale, para cada um, como ‘meio’” (Schwartz, 1998, p. 122).

Nessas discussões sobre a qualidade das articulações dialéticas entre ingrediente 1 e 2 no ‘agir em competência’, importante o que ressalta Schwartz (1998) sobre observações de Zarifian (Le Monde, 17/04/1996) acerca das “novas relações de cooperação entre os

geradores das normas e os administradores do acontecimento”, ao considerar que “assim como a norma, o acontecimento também era qualificado para estruturar a vida dos processos industriais” (Zarifian, 1996, apud Schwartz, 1998, p. 137). A partir daí, ressalta-se a criação do dispositivo de Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho (APST), como possibilidade de se aprofundar o ‘conteúdo em gestão de atividades de trabalho’, ao propor “trabalhar em conjunto a questão das culturas e inculturas específicas, a dos manipuladores profissionais do conceito e a dos administradores dos encontros de trabalho” (Schwartz, 1998, p. 137). Questiona-se, com estas considerações sobre as ligações entre políticas de gestão e o ponto de vista da atividade, “até que ponto todos os que estão hoje empenhados em pesquisas sobre as políticas de gestão (critérios, indicadores, gestão por atividade, por processo, grupos-projetos...) podem dispensar tudo o que tais dispositivos produzem” (op.cit., p. 137).

Esta temática da avaliação das competências, quando abordamos o agir em competência a partir da complexidade da noção ergológica de atividade, leva-nos a discutir os valores que embasam as tomadas de decisão nos menores atos de trabalho, quando estão em jogo as normas antecedentes, “normas impostas à atividade – é preciso sempre impor normas à atividade – e as normas instituídas na própria atividade” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 219, grifos dos autores). Esta abordagem nos levaria a outro modo de pensar a avaliação das competências, o que, com certeza, envolveria tanto os protagonistas da atividade, como os responsáveis pela política de gestão do empreendimento, num processo de avaliação - ‘compartilhada’ ou ‘cooperativa’ -, que produziria transformações em toda a organização. Com esta postura muda-se o foco das avaliações, baseadas em procedimentos homogêneos e voltados para a pessoa como única responsável pelas competências; busca-se um olhar mais amplo no sentido de avaliar também o avaliador e assim possibilitar mudanças no meio de trabalho que favoreçam o desenvolvimento das competências. Estas reflexões nos levam a discutir o quarto ingrediente do agir em competência.

4º ingrediente de um agir em competência: ‘o debate de valores ligado ao debate de normas que atravessa toda atividade industrial’

Refere-se, na abordagem deste quarto ingrediente, às relações entre ‘competência e valores na atividade’, e aqui retomamos a discussão ergológica sobre a atividade de trabalho como um lugar de *dramatiques*, “uma arbitragem permanente entre o uso de si ‘por si mesmo’

e o uso de si ‘pelos outros’” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 215) – este outro que se remete tanto aos colegas de trabalho, como aos ‘quadros hierárquicos’, às regras da empresa, a tudo, enfim, que indica objetivos a serem realizados pela pessoa, com os quais ela compartilha ou não.

Ressalta-se, a partir daí, que este debate de valores se liga ao “debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 215), e nos diz sobre o que ‘vale’ para a pessoa, como meio de trabalho, que ela toma, em parte, como ‘seu meio’ – “um meio no qual ela possa fazer valer, mais ou menos, um certo número de suas normas de vida” (op. cit., p. 215). Neste sentido, o ingrediente 4 vai atravessar toda a atividade – “a partir do momento em que um meio tem valor para você todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos” (op. cit., p. 220). E aqui, também se articula o ingrediente 5, que vai nos dizer sobre a mobilização das pessoas em direção ao saber, e nesse processo será preciso pensarmos sobre as relações entre valores e ‘desejo de saber’.

Logo, o armazenamento na ‘forma de patrimônio’ no decorrer da atividade de trabalho, quando estão em relação o ingrediente 1 e 2, na interação dialética que caracteriza o ingrediente 3, também será perpassado por este quarto ingrediente, pelo debate de normas/valores sempre presente em um meio particular. Nesses movimentos a pessoa vai determinar o que vale para si como meio de trabalho, vai armazenar certas informações e outras não; assim como, esse armazenamento em forma de patrimônio será favorecido ou não pelo meio. Aqui também é importante pensarmos sobre os valores que são compartilhados e nas chamadas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) que vão servir de base para esse armazenamento na forma de patrimônio e são por ele beneficiadas. Enfim, este ingrediente nos ajuda a problematizar a relação entre saberes e valores no desenvolvimento das atividades de trabalho, em que, ‘vale’ lembrar, há sempre debate de normas, usos dramáticos de si, renormatização.

Tudo isto nos aponta para a complexidade da temática da ‘avaliação de competências’, e neste sentido, pergunta-se: “Como existiria uma definição estável de valores, ao passo que falamos sempre de “*reprocessamento de valores*’ no curso mesmo das atividades (Schwartz & Durrive, 2007, p. 218, grifo dos autores)?

E assim retomamos as discussões sobre valores ‘dimensionáveis’ e os valores ‘sem dimensão’, quando se vai além do valor mercantil do trabalho, e não se restringe o valor ao estatuto de mercadoria. Neste sentido, afirma-se que “os valores que não são de mercado, e

entre eles, o ‘bem comum’, são presentes, operantes, eficazes, mesmo se pouco aparentes, nas atividades reguladas pelo dinheiro e alocações de recursos” (Schwartz, 1996, p. 153).

Destaca-se, nesta perspectiva, a ‘natureza gestonária’ da atividade, em especial no setor de serviços, em que, ao trabalhar, as pessoas debatem valores, e assim discutem questões referentes à ‘eficácia’ e ‘eficiência’ dos serviços. Lembramos, com Schwartz (2004), que esses processos individuais de gestão, podem se organizar a partir de dois polos: (i) ‘o polo da eficácia’ - “como avaliação de um ato referente aos objetivos a que ele visa” (op. cit., p. 26); (ii) o ‘polo da eficiência’ - “como avaliação do produto da atividade referente aos ‘meios disponíveis’ para produzi-lo” (op. cit., p. 26). Então, falar de (micro)gestão na atividade, significa dizer “esses modos de avaliação incluídos na atividade não são por natureza distintos dos de um economista de empresa ou de um gestor oficial que manipula coeficientes (op. cit., p. 26). Como no trabalho em saúde, quando é necessário tomar decisões sobre os custos e as metas definidas pelos serviços, além dos posicionamentos frente ao caso particular em relação às normas e protocolos daquele campo particular de atuação (Barros *et al.*, 2007).

Ressaltamos que, nestas dramáticas, ‘imanescentes ao trabalho humano’, circulam valores sociais e humanos, o que vai nos dizer de processos dialéticos entre o ‘macro’ e o ‘micro’ nas situações de trabalho.

Nesta mesma linha de pensamento, destacamos discussões desenvolvidas por Echternacht (2008) quando ao abordar a temática da ‘gestão da saúde e dos riscos no trabalho’, afirma que “a gestão de si e da própria saúde enquanto elemento estrutural da atividade humana de trabalho, não se dissocia desta enquanto agir competente” (op. cit., p. 59). Esta abordagem sobre o protagonismo dos trabalhadores na gestão das questões sobre sua saúde no trabalho, e a inclusão desta como parte do debate de valores que atravessa a construção dos atos industriais, é muito importante para a análise da atividade de trabalho no Samu, pois este é um ‘tema emergente’ em conversas coletivas e individuais.

Passemos então às discussões sobre o quinto ingrediente, e antes disto, lembramos que “há recorrência parcial do ingrediente 4 em todos os outros” (Schwartz, 1998, p. 127), em especial, no ingrediente 1, o que nos levará ao ‘campo das condições da relação com o saber’.

5º Ingrediente de um agir em competência: relação com o saber e o desejo de aprender e saber

Este ingrediente nos introduz a discussão sobre a ‘relação com o saber’ (Charlot, 2000; Santos & Diniz, 2003; Aranha, 2003), tomada como “o conjunto (organizado) das relações que um sujeito mantém com tudo quanto estiver relacionado com o ‘aprender’ e o saber” (Charlot, 2000, p. 80). Falamos, então, de mobilização, com o intuito de marcar a idéia de ‘pôr-se em movimento’ nessa relação com o saber. E ao referirmos às ‘relações’, procuramos enfatizar que “um ser vivo não está situado em um ambiente: está em relação com um meio” (Charlot, 2000, p. 78). Nessas discussões, o autor dialoga com G. Canguilhem ao se referir à relação do ser vivo com o meio, que “se estabelece como debate” (op. cit., p. 78); e ainda, quando desenvolve a idéia de que não há uma ação exercida pelo ambiente sobre o indivíduo, mas sim uma relação entre o sujeito e o meio.

Logo, ao abordarmos os ingredientes do agir em competência em um meio de trabalho, e as articulações entre estes elementos heterogêneos, retomamos o que nos diz Schwartz (1998) sobre a recorrência do ingrediente 4 no 1 e a entrada no campo de discussões sobre a ‘relação com o saber’²¹: “Que valor tem o meio, quais são seus horizontes de uso para que a pessoa deseje apropriar-se das ferramentas formais (embora parciais) de seu domínio?” (op. cit., p. 129). A partir daí lembra pesquisa desenvolvida por Charlot (1992) - *École et savoir dans les banlieues et ailleurs* – quando investiga sobre trajetórias escolares e constata “que a inserção em situação de trabalho de jovens egressos do sistema escolar, sem bagagem aparente, modifica positivamente sua relação inicialmente negativa aos aprendizados formalizados”. (Schwartz, 1998, p. 129). E para dizer ainda desta recorrência, refere-se aos sucessos e insucessos de ‘adultos ativos’ em processos de educação contínua ou permanente, que possibilitam o aprofundamento e ampliação de sua formação inicial. Neste sentido, poderíamos afirmar que o maior ou menor engajamento dos trabalhadores em oportunidades de ‘educação continuada’ ou ‘permanente’²², vai depender da relação que estabelece com o

²¹ Optamos pela tradução de *rapport au savoir* por ‘relação com o saber’ e não ‘relação ao saber’, para deixar mais explícito o sentido desta expressão: “relação que um sujeito estabelece com o saber” (Santos & Diniz, 2003, p. 144)

²² No campo da saúde pública, concebe-se ‘educação permanente’ como práticas de formação em que os projetos são construídos a partir da problematização do processo de trabalho no qual os sujeitos estão inseridos. A educação continuada refere-se às oportunidades de ‘aperfeiçoamento técnico’, específico de determinadas áreas de atuação. Interessam-nos aqui na medida em que contribuem para discussões sobre articulações entre saberes e valores. Ressaltamos aqui as práticas de formação de apoiadores para o SUS desenvolvidas pela PNH cuja metodologia nos aponta a ‘inseparabilidade entre formação/intervenção’ (Ministério da Saúde, 2006b; Heckert & Neves, 2007; Ministério da Saúde, 2010)

saber. “Esta é uma relação de sentido, logo, de valor. O indivíduo valoriza o que tem sentido para ele além de conferir sentido àquilo que para ele representa valor” (Santos & Diniz, 2003, p. 145).

Nesta linha de discussões, buscamos também as articulações do ingrediente 4 e o 2, ou seja, os saberes gerados na atividade. Enfatiza-se que a gestão do ingrediente 2 se dá melhor quando se consegue nele ‘inscrever patrimônios’, o que significa, saberes gerados na atividade que tenham adquirido “valor patrimonial como campo pertinente de sua atividade e de sua vida” (Schwartz, 1998, p. 129). Lembramos, com Aranha (2003), quando nos diz sobre as contradições do ‘conhecimento produzido no trabalho’ e a importância de problematizá-lo, estabelecendo-se um diálogo entre estes e os “conhecimentos escolares, que esta postura epistemológica traz consigo uma visão ontológica, reconhecendo o trabalhador como sujeito do conhecimento e do saber” (Aranha, 2003, p.106). Então, conforme Aranha (2003), a partir de Charlot (2000) e a consideração de que a ‘existência humana é uma relação contínua com o saber’, “reconhecer que esse adulto sabe, que esse adulto produz saber, que esse adulto é capaz de adquirir novos conhecimentos é, antes de tudo, reconhecer a sua dimensão humana”. (Aranha, 2003, p.106). Lembramos o que nos dizia Paulo Freire (1998) sobre o ‘inacabamento do ser humano’: “Na verdade, o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida há inacabamento” (op. cit., p. 55).

Ressaltamos que este ingrediente 5 está “fora do alcance das prescrições, das normatizações gerenciais numa situação de trabalho dada. Não se pode prescrever amor ao saber e ao bem comum”(Cunha, 2006, p.14). Assim salientamos que este ingrediente nos diz sobre o ‘desejo’ de buscar aprendizagem e maior qualidade no trabalho. E, conforme nos diz Charlot (2000), “esse desejo é desejo do outro, desejo do mundo, desejo de si próprio; e o desejo de saber (ou de aprender) não é senão uma de suas formas, que advém quando o sujeito experimentou o *prazer* de aprender e saber” (op.cit., p. 81, grifo do autor). Enfim, este desejo de aprender e saber mobiliza a pessoa a se esforçar na busca por maior qualidade no trabalho e a se engajar em processos de formação continuada ou permanente.

Com essas discussões chegamos ao sexto ingrediente da competência que, poderíamos dizer, trará a questão da ‘consciência do inacabamento do ser humano’ (Freire, 1998), ao abordar as ‘Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes’ (ECRP) e a competência para “avaliar a si mesmo, suas competências e a dos colegas, a fim de ajustar estratégias coletivas de ação” (Cunha, 2006, p. 14).

6º Ingrediente de um agir em competência: competência para gerir e criar sinergias - as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP)

Este ingrediente vai nos dizer sobre a “competência para gerir e criar sinergias entre individualidades e coletivos de trabalho” (Cunha, 2006, p.14), ao abordar a questão da constituição de coletivos em situações reais de trabalho, tanto em função dos objetivos do trabalho, quanto do reconhecimento das possibilidades e limitações de cada um. É um ingrediente que “está sempre presente em trabalhos coletivos, sendo necessário para assegurar a complementaridade dos diversos ingredientes da competência” (Cunha, 2006, p. 14).

Esta noção de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes –ECRP – vai ajudar-nos a compreender estas sinergias que são construídas em situações de trabalho real, e que não corresponde às equipes formais de trabalho, descritas /definidas em organogramas.

Nesta perspectiva, o uso de termo ‘entidades coletivas’,

(...) refere-se à invisibilidade de suas fronteiras, na medida em que estas se revelam em coletivos mutantes, com contornos variáveis, independente das configurações sociais pré-determinadas (Echternacht, 2008, p. 61).

E estas entidades coletivas são ‘relativamente pertinentes’,

(...) porque se referem a laços que se tecem no viver comum, a partir do compartilhamento de objetivos e valores, em uma permanente construção e reconstrução, condição da imprevisibilidade de sua dinâmica e de suas fronteiras, que são aquelas da atividade humana em um determinado momento (Echternacht, 2008, p. 61).

Esta noção de ECRP é também abordada em discussões sobre ‘Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde’ (Lousada *et al*, 2007), quando as autoras ressaltam as diferenças entre ‘equipes’ ou ‘unidades de trabalho’, previstas em organogramas ou protocolos da saúde e as ECRP, considerando que estas “não preexistem antes das ações concretas nos atos de trabalho, que são as necessidades do ‘trabalho conjunto’ que as faz existir de maneiras diferentes, segundo os momentos específicos da situação de trabalho” (*op. cit.*, p. 49).

Importante a abordagem deste 6º ingrediente para a nossa pesquisa, ao trazer a temática da cooperação e sinergias que se tecem entre individualidades e coletividades no desenrolar das atividades, muitas vezes invisíveis, imprevisíveis e ‘clandestinas’, e em alguns casos transgridem e desobedecem as regulamentações organizacionais. Ressalta-se a

diferenciação apontada por Schwartz (1998) entre as ECRP e a noção de ‘competência coletiva’, quando nos diz que prefere “a expressão qualidade sinérgica, construção sinérgica, que indicaria melhor, como problema, a colocação em síntese de espectros ergológicos diferentes” (op.cit., p. 130).

Outra questão importante na discussão deste 6º ingrediente refere-se à possibilidade de se criar espaços de gestão coletiva da atividade de trabalho, favorecendo, como nos aponta Echternacht (2008), “a apropriação coletiva da dimensão singular e histórica das atividades de trabalho, funcionando aqui como pólo de gestão coletiva, palco de debate de normas e de re-trabalho dos valores” (op.cit., p. 61).

A partir dessas discussões sobre os ingredientes do ‘agir em competência’ e das ‘interações dialéticas’ entre eles, em constantes movimentos e interferências de uns nos outros, em que enfatizamos a inseparabilidade entre saberes, valores e competências, construímos nosso referencial de análise da atividade. E como na avaliação das competências, a entrada na atividade via estes ingredientes, partiu de uma primeira decomposição, quando procuraremos identificar cada ingrediente em diferentes ocorrências, para em seguida, ampliar a análise e buscar estabelecer articulações entre os mesmos. Escolhemos cinco ocorrências, dentre as várias que acompanhamos e observamos junto com os trabalhadores durante os quatro meses de presença em campo. A partir do quarto ingrediente, deixamos de relatar novas ocorrências e buscamos construir a análise da atividade e a identificação do ingrediente em foco nas ocorrências já abordadas em análises anteriores. Nesse caminho as articulações entre os ingredientes foram favorecidas, e assim aprofundamos as análises a cada abordagem/identificação do ingrediente em foco.

Capítulo 7. Identificação dos ingredientes do agir em competência na análise da atividade no atendimento às ocorrências e articulação entre os mesmos

Conforme abordamos ao introduzir o presente texto, nesta seção tomaremos cinco ocorrências como unidades de análise. Num primeiro momento, serão apresentadas e analisadas com ênfase nos ingredientes que ressaltam em cada uma delas; em seguida, a partir do esforço de identificação do quarto ingrediente, retomaremos as ocorrências para dar continuidade à análise da atividade através dos ingredientes do agir em competência.

Ocorrência (1) – ‘Conflito entre Bombeiros e Samu’

Esta ocorrência aparece, com muita força, através de falas e relatos por gerente e trabalhadores, no dia seguinte ao ocorrido (01/07/09), que para nós foi o primeiro dia em campo (02/07/09). Para este momento da análise, como se trata de focar o polo do Registro 1, referente ao grau de apropriação de saberes protocolares, ou de um certo número de normas antecedentes, foi possível através do material que colhemos, identificar a presença do ingrediente 1 e, a partir daí, discutir o ‘conflito de normas’ que atravessou esta atividade. Poderíamos dizer que esta ocorrência possibilitará a emergência de questões essenciais referentes à atenção às urgências em saúde. E para abordarmos as mesmas retomamos conteúdos discutidos como normas antecedentes, e que se referem ao conceito de urgência, o critério ‘risco de vida’ e a dimensão do tempo nessas discussões. Além disto, esta ocorrência nos possibilita estabelecer articulações entre os ingredientes 1 e 4, ou seja, entre os protocolos e o debate de valores ligado ao debate de normas, presente em toda atividade de trabalho. Ressaltamos que, no caso em análise, o debate se tornou público, o que foi amplamente divulgado pela imprensa local, e envolveu não apenas os protagonistas da atividade, mas também autoridades, como o Secretário Municipal de Saúde e o Comandante do Corpo de Bombeiros, dentre outras. Procuramos organizar o material colhido – registro de conversas e entrevistas que se realizaram na sede do Samu-BH, além dos extratos de jornais locais que abordam o tema em discussão (ANEXO D), como primeiro esforço de decomposição dos ingredientes para a análise da atividade através dos ingredientes do agir em competência.

Sabemos que a nossa presença no dia da ocorrência, assim como escutar os protagonistas da atividade enriqueceriam a análise; o que não foi possível se realizar porque

chegamos ao Samu no dia seguinte ao ocorrido, e após este dia, fomos envolvidos por outras situações de trabalho, que nos possibilitaram novas observações, conversas, entrevistas e registros. A seguir, selecionamos o material que nos permitem uma melhor identificação do ingrediente 1 e as articulações deste com o debate de valores que atravessou a atividade nesta ocorrência, em que é bastante visível a força do protocolo na realização do trabalho da urgência móvel em saúde.

Conforme combinado, anteriormente, iniciamos a pesquisa de campo a partir da sede do Samu-BH. Em nosso primeiro dia de presença nesse local, fomos ao encontro da gerente, logo que chegamos, pela manhã. Ela estava sentada junto a uma mesa redonda, em uma sala do setor administrativo, e, enquanto tomava ‘café com pão’, disse-nos que ‘chegava de um plantão’, em outro serviço de saúde, e que ainda não havia se alimentado. Convidou-me para sentar, e então começou a falar sobre a ocorrência (1), no dia anterior (01/07/09), quando trabalhadores do Samu e bombeiros se desentenderam no momento do atendimento a uma criança de oito meses, que morreu em decorrência de uma ‘parada cardiorrespiratória’. Em suas palavras:

- (...) atendimento à criança de oito meses (...) **PCR** [Parada Cardio-Respiratória] (...) Conflito com Bombeiros (...) Polícia (...) Imprensa (...) isto provoca interferências, repercussões no trabalho(...) mexe com a equipe...

Chama-nos a atenção as poucas palavras usadas para se referir ao ocorrido no dia anterior, não entra em detalhes, não aprofunda informações, parece preocupada, termina o lanche (‘café com pão’), diz que tem muita coisa para resolver, pede à secretária para me dar duas camisetas do Samu, deseja-me bom trabalho, e vai para sua sala.

Destacamos em sua fala a apropriação de saberes técnico-científicos/protocolares, referentes ao diagnóstico médico através da sigla ‘PCR’. Há ainda informações sobre conflito entre Samu e Bombeiros, com envolvimento de outras instituições/organizações, como Polícia e Imprensa. Importante notar a referência explícita às interferências dessa ocorrência no cotidiano de trabalho do Samu - *mexe com a equipe* - fala do lugar de gerência, atenta às questões relacionadas à organização do trabalho. A partir daqui nosso olhar se volta para o ‘conflito de normas’ que atravessa a atividade dos trabalhadores do Samu, que numa situação de trabalho real como esta, vivenciam ‘dramáticas’, fazem escolhas e posicionam-se a partir dos saberes protocolares e do debate de valores, que como já discutimos anteriormente, circulam em toda a atividade de trabalho – neste caso valores sociais, humanos, não dimensionáveis. Veremos no decorrer das falas e posicionamentos como os sujeitos

envolvidos direta ou indiretamente com a atividade de trabalho – atendimento à urgência em saúde - nessa ocorrência, manifestam a apropriação dos saberes protocolares e também expressam seus valores com relação à defesa da vida e da saúde.

O tema emerge novamente, mais tarde, no almoxarifado, espaço de trabalho por onde passam frequentemente os trabalhadores para repor material das ambulâncias - instrumentos necessários ao trabalho de atendimento às urgências. Lembramos que esse local foi escolhido, junto com a gerência, para primeiras apresentações da pesquisa e da pesquisadora junto aos trabalhadores/trabalhadoras. Este também se constitui como espaço de conversas e encontros entre as pessoas, que aí falam, espontaneamente, sobre o cotidiano laboral da urgência móvel. Registramos extratos de conversas nesses momentos no almoxarifado:

- *paciente morreu, eles [bombeiros] acham que estavam certos (...) bombeiros queriam mandar a USB deslocar com a criança.* [conflito de normas: Samu e Corpo de Bombeiros – trabalhadores escolhem seguir as normas da Central de Regulação do Samu – USB não deslocou]

- *Central de Regulação [Samu] pode autorizar deslocamento antes da USA chegar, mas USB não pode deslocar sem autorização da Central [Regra/ Protocolo - relatada por trabalhador]*

- *funcionário público pode dar ordem de prisão em serviço e acionar Polícia Militar – Bombeiros deram ordem de prisão aos trabalhadores do Samu, denúncia de negligência ...* [trabalhador manifesta ‘saber protocolar’]

- *Central não autorizou ir para Upa Barreiro, USB deveria esperar [e esperou] USA chegar, demorou 14 min. para chegar!*

- *favelão bravo!* [ao se referir ao local da ocorrência - Vila Pinho, Bairro Barreiro.

Aqui identificamos o ingrediente 2 - ‘saber da experiência’: conhecimento da realidade local, favelas, violência urbana. Ao abordarmos o ingrediente 2, citaremos falas sobre estas questões através de entrevista à técnica de enfermagem; também identificamos o ‘debate de valores’ -

ingrediente 4 -, que atravessa essas falas dos trabalhadores. Em alguns momentos faremos articulações entre o ingrediente em foco e outros que se articulam na atividade].

- *não estava na ocorrência de ontem...* [não quis se posicionar]

A ocorrência (1) continuou a emergir como tema em outras situações de encontro com trabalhadores, como durante entrevista ao ‘supervisor de central’ (FIGURA 8 - organograma), em 06/07/09; em suas palavras:

- Antes do Samu havia o Resgate da Prefeitura de Belo Horizonte em parceria com Bombeiros, os médicos atuavam como profissionais do Resgate – isto foi o começo de tudo – Samu criado pelo Governo Federal separou dos Bombeiros, estes atendem grandes acidentes, em que é preciso cortar latarias (...), deveria haver melhor comunicação (...) casos graves em bairros distantes, como o último no Barreiro, difícil conversação (...) integração para a população seria melhor...

Poderíamos dizer que o trabalhador articula os ingredientes da competência, fala do ‘lugar de supervisor’: conhecimento sobre história e diferentes funções do Samu e Bombeiros – ingrediente 1. Ao mesmo tempo se posiciona frente ao ‘debate de valores’, presente em sua fala: *deveria haver maior comunicação (...) integração para a população seria melhor...*

O tema aparece novamente em outro momento desta entrevista, ao dizer sobre suas atribuições como supervisor:

- *O supervisor é responsável pelas gravações – reclamações da população - às vezes é difícil localizar, data e horário – pedidos da gerência: quero esta gravação!* [cita exemplo - acontecimento Barreiro – morte da criança de oito meses – conflitos/divergências entre Bombeiros e Samu] – *equipamento para gravações melhorou* [normas antecedentes, que

inclui condições de trabalho – ingrediente 1] – *as gravações são essenciais para proteger tanto o usuário, como o trabalhador !...*

Observa-se a força das gravações na realização do trabalho no Samu. A partir daqui, decidimos (como pesquisadores, fazemos escolhas) não gravar as entrevistas. Depois que desliguei o gravador/celular, trabalhador fala mais à vontade, livremente – *setting* de entrevista constrange, a conversa a partir de questões sobre o trabalho, favorece a fala mais livre e estabelecimento da confiança entre sujeito da pesquisa e pesquisador. Veja fala do supervisor:

- (...) é obrigado, por lei, a gravação do teleatendimento da urgência, serve para conferência de atos e falas...

Volta a se referir à ocorrência (1), ao dizer sobre último plantão realizado por ele, quando aconteceu, lembra:

- a divergência com Bombeiros, e estes deram voz de prisão aos trabalhadores do Samu. O supervisor fica responsável por articular todos: chefias, área de Comunicação, Departamento Jurídico/advogados, etc - quando acontece um fato como este... [presença forte do ingrediente 1: necessário que se aproprie de prescrições/normas antecedentes, formas de contato com cada setor].

O posicionamento da Secretária Adjunta, médica, também mostra através desse caso - ocorrência (1) - que foi amplamente divulgado pela imprensa local (ANEXO D), a função das gravações na atividade dos profissionais:

- Temos tudo gravado e garanto que não houve omissão de socorro! Vamos abrir uma sindicância para apurar as responsabilidades do caso. Respeitamos os sentimentos da família, mas o que ocorreu foi uma divergência de condutas... (ANEXO D)

Vejamos, então, o debate público que se trava por meio da imprensa local, e para isto, incluiremos no texto falas extraídas de jornais (ANEXO D). A mãe da criança expressou seus sentimentos ao dizer:

- se tivessem levado para o hospital poderia ter salvo meu filho! (...) como pedir calma a uma mãe que está vendo o filho morrer? (ANEXO D)

Entre o protocolo/norma institucional – USB não pode se deslocar sem autorização da Central de Regulação [Ingrediente 1] – e o valor ‘sem dimensão’ referente à ‘defesa da vida’, conforme visão dos bombeiros e familiares – trabalhadores escolhem seguir o protocolo, ato que os colocam em posição de confronto com familiares, população e bombeiros. Segundo trabalhadores e gestores do Samu, permanecer no local foi um ato de ‘defesa da vida’, pois não havia como realizar ‘as manobras de ventilação’ para tentar reanimar a criança com a ambulância em movimento. Diante da recusa dos trabalhadores de atender ao pedido dos bombeiros para levarem a criança à Unidade de Pronto Atendimento (Upa) mais próxima, estes “deram voz de prisão aos funcionários do Samu, já que teria sido caracterizada omissão de socorro” (ANEXO D). Todos os envolvidos no caso foram até a delegacia adida ao Juizado Especial Criminal, para prestar depoimento. A partir daí abriu-se processos de investigação sobre o ocorrido, e as autoridades sanitárias e do Corpo de Bombeiros assumiram posições e se comprometeram a buscar integração entre os serviços de urgência (ANEXO D). Conforme informações colhidas junto à gerência do Samu, foi celebrado convênio com o COBOM (Central Operacional Bombeiro Militar), em dezembro/2009, o que, segundo ela:

- permitiu a integração das telas de regulação das centrais, agilizando o atendimento dos usuários, evitando empenho de unidades em duplicidade para a mesma ocorrência, e favorecendo a cooperação entre equipes para ações comuns. [a tela do COBOM foi apresentada em seção referente às normas antecedentes através da FIGURA 7]

Pode-se observar que, com todo esse esforço para uma maior integração entre os diferentes serviços de urgência e a ‘prevenção de conflitos’ nos momentos de atendimento às ocorrências, ainda co-existem duas centrais de regulação (Samu e Corpo de Bombeiros), em Belo Horizonte, o que está em desacordo com a Legislação referente à Atenção às Urgências do SUS. Lembramos a Portaria 2.048 (Ministério da Saúde, 2006e) que define:

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública *deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento* (Ministério da Saúde, 2006e, p. 66, grifos nossos).

No caso da ocorrência (1) o trabalho real dos profissionais do Samu foi atravessado por uma ‘dupla regulação’, que levou os bombeiros a darem voz de prisão aos técnicos de enfermagem do Samu diante da escolha pelos mesmos em seguir as orientações da Central de Regulação Médica do Samu. A abordagem desta ocorrência (1) do ponto de vista da atividade, quando procuramos analisar a apropriação dos saberes protocolares ao ressaltarmos o ingrediente 1 do agir em competência, nos incita a pensar sobre a complexidade da noção ergológica de atividade humana, tomada como aquilo que acontece no espaço do ‘entre’ o que é prescrito e o que é realizado, em que há sempre debate de normas, (re)criação de normas, renormatizações.

Fica uma questão, levantada pelos médicos e autoridades da SMSA-BH (conforme divulgado pela imprensa – ANEXO D): não houve negligência por parte do Samu, o procedimento a ser realizado, deveria ser feito dentro da ambulância, que tinha os instrumentos para isto. Não cabe a nós o julgamento desses atos e divergências de saberes e valores, interessa-nos abordar o ponto de vista da atividade industriosa nesta ocorrência (1), neste primeiro esforço de decomposição dos ingredientes do agir competente da urgência móvel em saúde. Nas palavras da médica, Secretária Adjunta:

- Nossa equipe manteve as manobras de ventilação até que a unidade avançada chegasse, infelizmente a criança não resistiu (...) a decisão de aguardar no lugar foi uma medida ajustada. (ANEXO D)

Esta argumentação foi endossada pelo médico do Samu S.R.V., conforme extratos de jornais:

- (...) *Não poderia ser feito em movimento, pois numa freada poderia prejudicar o atendimento*, disse V. (ANEXO D).

Neste caso acompanhamos o ‘debate de valores’, que se tornou público, com o envolvimento dos familiares, que se manifestaram por meio da imprensa. A doméstica S. P. S., de 18 anos, mãe da criança, disse que procuraria a justiça:

- *Sei que não vai trazer ele de volta, mas meu filho morreu assim, do nada, por causa dessa divergência, ele morreu.* (ANEXO D)

O Secretário Municipal de Saúde entrou no debate e respondeu às questões da imprensa, destacamos aqui a força do protocolo e das prescrições na atividade do Samu:

- *O protocolo de atendimento de urgência foi seguido pelas equipes. Não houve omissão de socorro, prejuízo ou interrupção do atendimento à criança.* (ANEXO D)

E o comandante operacional/Coronel do Corpo de Bombeiros, respondeu ao Secretário:

- (...) *acreditamos que levá-la para a UPA era a atitude mais correta, mas não posso dizer se ela sobreviveria ou não.* (ANEXO D)

Nesses debates a imprensa destacou as divergências e apresentou as diferentes versões para os acontecimentos nessa ocorrência (ANEXO D).

Inserimos nesta análise extratos dos jornais locais para que possamos visualizar, através desses registros, a presença dos ingredientes 1 e 4 - apropriação do protocolo e o debate de valores - e a ‘dupla regulação’ que atravessou a atividade nesta ocorrência. Ressaltamos que esse acontecimento muito nos afetou como pesquisadora, implicada (e

solidária) com o trabalho e os trabalhadores/gestores do Samu. Interessa-nos a análise da ocorrência do ponto de vista da atividade, e nesta perspectiva, observa-se que os trabalhadores da USB, não entraram no debate público sobre os ‘saberes e valores que circularam na atividade’. Sobre eles a imprensa informa que receberam ‘voz de prisão’ porque ‘desobedeceram às ordens dos bombeiros’, e diríamos, e obedeceram as orientações da Central de Regulação do Samu, que, segundo o Secretário de Saúde, seguia o ‘protocolo de atendimento de urgência’.

Em síntese, ficam os seguintes núcleos temáticos para reflexões sobre esta ocorrência e a atividade dos trabalhadores do Samu: (i) a questão dos saberes/poderes médico-científicos, os protocolos e a Central de Regulação Médica; (ii) dramáticas do uso de si ‘pelo outro’ e ‘por si’, debate de valores – valor ‘sem dimensão’ - defesa da vida [segundo avaliação dos Bombeiros e familiares os trabalhadores da USB ‘omitiram socorro’ ao negar levar a criança para a Upa, em obediência às orientações da Central de Regulação Médica do Samu, conforme médicos e autoridades municipais não houve omissão de socorro, pois os trabalhadores ao seguirem as orientações da Central agiram em consonância com o protocolo de atendimento da urgência].

Em janeiro/2010, quando iniciamos a análise do material recolhido em campo, propomos uma entrevista semi-estruturada com a gerente do Samu, gestão 2005/2008, que trabalhou como médica junto à Central de Regulação e em atendimentos *na rua*. (é comum na fala dos trabalhadores a referência a esse atendimento através desta linguagem: *na rua*, o que também significa atendimento às ocorrências, ou, segundo linguagem expressa na legislação ‘intervencionistas’)

Ao iniciarmos a entrevista, introduzi o tema /questão referente à ‘integração Samu e Bombeiros’. Ela disse:

- Ministério da Saúde foi infeliz na Política Nacional de Urgência, não trouxe bombeiros para mais perto (...) erro BH – condução também foi equivocada por parte da PBH e Bombeiros – uma questão política – tudo que não é combinado direito vira problema (...) Ministério Público chama para conversa – um convênio entre PBH e Bombeiros não foi concretizado, só assinado – muitas vezes bombeiro se negou a conversar – tenho uma proposta: visitas interinstitucionais.

Foram instaladas na Central Samu 192, a partir de dezembro/2009, telas de computador, que indicam o atendimento dos bombeiros. Fiz pergunta sobre estas telas (FIGURA 7). Ela respondeu:

- São necessárias, mas mais importante é Bombeiro acreditar que tem que ter Regulação. Cita a ‘Portaria 2048’: a Regulação é do Gestor Municipal/ pelo Samu – acredito que a integração é necessária do ponto de vista de Rede [ingrediente 1] -, mas mais importante é a integração entre pessoas, este é um ponto de atenção importante para a Humanização do Trabalho... [ingrediente 6 – ECRP]

Após essa entrevista, fomos à sede do Samu nesse mesmo dia (11/01/10), previamente marcado com ‘supervisor de central’, quando aproveitamos a oportunidade para conversar com trabalhadores/médicos da Central de Regulação, e colher mais informações sobre as estratégias de integração com o Corpo de Bombeiros, através da introdução de uma tela de computador, na qual podíamos visualizar as posições das ambulâncias/atendimento pelos mesmos (FIGURA 7).

Perguntei ao médico, mais receptivo à minha presença, sobre esta tela que indicava o atendimento dos Bombeiros. Depois de falar sobre o processo de regulação do Samu – primária: atendimento ao usuário; secundária: responsável pela articulação com a Rede/Hospitais (aqui ele não se refere à comunicação, via radiophone, com os profissionais que estão na ambulância e as orientações/informações que passa para esses trabalhadores) – ele diz que faz parte da secundária – e afirma, com orgulho:

- O médico da regulação é uma autoridade sanitária!

Segundo Portaria 2048 (Ministério da Saúde, 2006e):

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva

previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades (Ministério da Saúde, 2006e, p. 61).

Procurando traduzir a lei, encontramos em Manual Técnico sobre Regulação Médica das Urgências (Ministério da Saúde, 2006c):

Em suma, o regulador deve responder como autoridade sanitária e lançar mão dos meios necessários para garantir o adequado atendimento do paciente, após devidamente autorizado pelo gestor local a assim agir (Ministério da Saúde, 2006c, p.65).

Importante esta Portaria, como ingrediente 1 do trabalho no Samu, observa-se que é citada, com frequência, pelos profissionais, principalmente médicos e enfermeiros.

Veja também entrevista com ex-gerente do Samu, quando se refere à ‘Portaria 2.048’ para dizer sobre a responsabilidade do Samu, quanto à Regulação, tendo o Corpo de Bombeiros que se submeter a ela: *mais importante é Bombeiro acreditar que tem que ter Regulação [cita Portaria 2.048]: a Regulação é do Gestor Municipal/ pelo Samu ...*

Ocorrência (2): Atendimento a um acidente²³

Na Central de Regulação, em 16/07/09, conversei com um dos médicos presentes sobre possibilidade de acompanhar, como pesquisadora, algum atendimento. Ele mostrou-se preocupado com a questão de segurança e perguntou-me se eu tinha ‘Seguro de Vida’. Informei-lhe que já havia conversado com a gerente sobre isto e mostrei-lhe o comprovante do Seguro, o Termo de Consentimento e os documentos dos Comitês de Ética da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde/BH. Então ele disse que “me levaria” (expressão usada por ele). Logo em seguida surge uma chamada para atender a um acidente. Ele levantou, apressado e disse: “Vamos!”.

Entramos na USA100. Nessa hora observei ‘o clima’ de atenção e disciplina, preparação para chegar ao local. Motorista pediu para eu colocar o cinto de segurança. Enfermeira preparou material/instrumentos. [Fiquei na dúvida se colocava as luvas, decidi não usar para marcar minha posição de pesquisadora/observadora, atenta e escutando. Mas se precisasse fazer algo com as mãos? – pesquisadora em atividade – ingredientes 3 e 4 – ‘dramáticas’ – ao final concluí que teria sido bom usar as luvas. Conversei com enfermeira, ela concordou – ajudei a tirar um fio que prendeu na hora de tirar a ‘prancha’ no hospital; pensei em ajudar a puxar a mesma, mas não o fiz. Uma enfermeira, de outra USA, que estava

²³ Esta ocorrência será retomada na abordagem do ingrediente 3, aqui ressaltaremos o ingrediente 1.

presente, puxou sozinha, enquanto médico, motorista e enfermeira seguraram o paciente. E eu observando passiva, distante, sem participar? Mas esta é ou não uma pesquisa participante? Muitas questões nesse momento...] Após esse primeiro dia de vivência em campo, em atividade, decidi colocar as luvas sempre que entrava na ambulância para acompanhar/observar atendimento.

Dentro da ambulância, observei o trabalho da urgência em saúde e a presença do ingrediente 1 nos primeiros gestos dos trabalhadores, que se manifesta através da apropriação dos protocolos (da urgência em geral e do Samu), regras, técnicas, normas de segurança (seguro de vida, cinto de segurança, luvas, macacão/uniforme etc.), organização dos instrumentos/materiais da ambulância, uso/técnica/manejo dos equipamentos.

Passemos, na próxima ocorrência a ressaltar o ingrediente 2, que é de difícil identificação, quase invisível, inusitado, saber da experiência, competência para ‘preencher furos’, é a dimensão histórica que perpassa os protocolos de trabalho.

Ocorrência (3): Um caso de ‘surto psiquiátrico’ - tentativa de auto-extermínio (suicídio)

Esta ocorrência refere-se ao atendimento de uma criança / adolescente (13/14 anos), em 08/09/09, dentro do prédio do Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Infrator (CIA). Enquanto nos dirigíamos ao local indicado pela Central de Regulação, no interior da ambulância - USB 200 -, uma das trabalhadoras (técnica de enfermagem) disse a mim:

- *Central falou do prédio, CIA, sem número, caso de um adolescente de mais ou menos 14 anos, muito alterado, tentativa de auto-extermínio!* [impressiona-me como os trabalhadores se referem à Central de Regulação Médica, como se fosse alguém falando, não dizem, por exemplo, o médico da central falou, mas sim *Central falou.*]

Chegamos ao local e fomos recebidos pelo guarda municipal, que nos acompanhou até onde se encontrava o jovem. A mãe tentava acalmá-lo com a ajuda de um trabalhador, que se apresentou como o vigilante do prédio. Nesse momento, os trabalhadores do Samu (técnicas enfermagem e motorista) iniciaram o trabalho de ‘conter o menino’, com a ajuda do guarda municipal e do vigilante [aqui podemos identificar o ingrediente 6 - uma ECRP, um coletivo que se forma no momento da realização do trabalho, não prescrito no organograma: “laços que se tecem no viver comum, a partir do compartilhamento de objetivos

e valores” (Echternach, 2008, p. 61)]. Importante aqui ressaltar a total disponibilidade do motorista nesse atendimento, quando identificamos a presença do ingrediente 2 na atividade de ‘acalmar o menino’, ou seja, prevalecem os saberes ‘da experiência’ nesse caso – ele falou em tom paternal com o menino, como se fosse um filho. [Esse motorista começou a conversar com a criança, observei que quando ele falava, o menino se acalmava, olhava para ele...]. Então, as enfermeiras colocaram a ‘prancha’ no chão, e, sempre com a presença e atuação do motorista, começaram a amarrá-lo, com cuidado. Polícia Militar (PM) observava de longe, o que poderíamos dizer, demonstrava conhecimento da nova Lei da Reforma Psiquiátrica [ingrediente 1], que já não trata paciente da Saúde Mental como ‘caso de polícia’, mas sim como um sujeito que necessita de cuidados da Saúde, neste caso, do Samu. Então, amarraram braço e pernas, vão tentando acalmar com conversa, menino bastante agitado, gritou, resistiu, procurou a mãe [profissional/Samu chamou a mãe para perto dele, ele olhava para a mãe, e dizia que ela chamou a PM]. Todos com cuidado e respeito ao jovem e à mãe – ora a pediam para se aproximar, depois para se afastar – [neste ato de amarrar prevalece o ingrediente 2]. O menino revelou, já dentro da ambulância, que é ‘usuário de craque, maconha e bebe cerveja’.... [Fiquei assustada com este procedimento, perguntei a uma das técnicas, se era isto mesmo, qual seria a orientação da Central?]. Ela disse:

- (...) *com autorização da família, podemos fazer isto! (...) é melhor do que sedar!*[aqui poderíamos dizer que há uma dialética entre a lei e a experiência – ingrediente 3].

Fiquei na dúvida, como profissional/militante do Movimento da Luta Antimanicomial [o que pensaria o movimento ao ver esta cena?] De qualquer forma, a profissional me disse que a lei permite fazer isto, desde que tenha autorização da família. Esta cena me afetou profundamente, aconteceu em 08/09 e só consegui escrever sobre ela em 14/09. Após este atendimento fui para casa, passei algumas horas tentando elaborar este caso, afastar-me e retomar o cotidiano. E para aqueles profissionais? Eles levariam a criança ao hospital e depois iriam dar um tempo para ‘recuperação subjetiva’? Se houvesse outro chamado, logo em seguida, teriam que atender. Mais uma vez o tempo emerge como elemento estruturante do trabalho da urgência móvel em saúde. Para esses trabalhadores, a prioridade é atender às chamadas com rapidez, ‘correndo’ – *salvar vidas!* [penso: e a vida desses sujeitos – humanos ou deuses ou heróis ou ‘anjos de uniforme’?]. Queixam-se de desvalorização, falta

de reconhecimento do trabalho no Samu, tanto por parte do poder público, como da população. Esta, com algumas exceções, como alguém que liga ou envia cartões/mensagens de agradecimento e reconhecimento pelo trabalho e compromisso dos profissionais do Samu. “Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida”, como disse Deslandes (2002).

Nessa ocorrência também observamos que o médico da Central de Regulação Médica considerou a ‘renormatização’ do trabalhador/técnico de enfermagem, referente ao encaminhamento mais adequado do caso, ao indicar o Centro Psíquico da Adolescência e da Infância (CEPAI) / Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) ao invés da Upa mais próxima, conforme primeira orientação do médico regulador. Mais uma vez identificamos a formação de ECRP em ato, o compartilhamento de idéias e valores entre profissionais ‘reguladores’ e profissionais ‘intervencionistas’, quando esses fazem regulação ao realizarem a atividade, que é acolhida pelos que seriam, conforme o organograma, os responsáveis pela regulação. Enfim, “uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as da atividade, num momento dado” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 153).

Ocorrência (4): ‘Os imprevistos na madrugada’

Como o ingrediente 2 não está escrito nos manuais de prescrição, mas emerge em situações reais de trabalho, é muito importante para a identificação do mesmo, a análise dos protagonistas da atividade sobre o próprio trabalho, o que poderá nos ajudar a isolar este ingrediente. Esta ocorrência (4) foi reconstituída por meio de relato, a partir de entrevista, em 20/07/09, agendada previamente e registrada em Diário de Campo (não usamos gravador), com o ‘supervisor de central’, cuja função prescrita em organograma (Figura8) seria coordenar e acompanhar a equipe dos TARMs e ROs (operadores de frota ou ‘despachantes’). Abordamos aqui ‘os imprevistos na madrugada’, que nos indicam pistas para identificar o ingrediente 2 na atividade dos trabalhadores do Samu-BH: esses saberes gerados na gestão da própria atividade, essa competência para ‘preencher furos’, essas experiências e aprendizagens armazenadas no decorrer da história de vida e de trabalho.

Num primeiro momento, o trabalhador se refere à enchente que aconteceu no ‘Ano Novo’ (2008-2009), em BH, na Av. Teresa Cristina. Em suas palavras:

- *Catástrofe grande, Arrudas [rio que corta esta avenida] transbordou (...) muitas chamadas, às vezes não tinha a ver com o Samu (...) Central entra em desespero, atendentes e médicos, peço para se acalmarem! Uma funcionária (tele), residente no local da enchente, tirei ela do atendimento - o tempo todo do lado dos meninos para acalmar... [supervisor se refere aos profissionais como meninos. Os TARMs/teledigitadores são chamados pelos colegas de teles] todos estressados, médicos também (...)*

Observa-se em sua fala, quando analisa a situação de trabalho, a presença do ingrediente 2, ao gerir e tomar decisões diante dos acontecimentos, como ao propor retirar do posto de trabalho, a trabalhadora que residia no local da enchente e estava bastante ‘abalada emocionalmente’. Ao mesmo tempo, assume o lugar de coordenação da ‘Central’ que seria função dos médicos reguladores, conforme sua interpretação do organograma. E aqui articulam-se o ingrediente 2 e o ingrediente 6 (ECRP), ou seja, ao (re)criarem na atividade para enfrentar esse ‘evento’ (‘Registro 2’), os trabalhadores desfazem hierarquias, partilham valores e saberes/experiências e assim restabelecem uma “espécie de *igualdade* e de projeto comum entre todos” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 162, grifo dos autores); uma ECRP se forma e esses protagonistas da atividade experimentam o ‘viver junto’, retribuem “a gestão das variabilidades e fazem escolhas em função de seus *valores*” (op. cit., p. 163, grifo dos autores).

Concluindo relato sobre essa ocorrência, supervisor disse: *esta ação seria mais para bombeiros (...) de noite é mais difícil, resolutividade é maior de dia (...)*.

Mais uma vez aparece a questão das relações entre Samu e bombeiros, no caso de ocorrências como esta (‘enchente na madrugada’), as responsabilidades de cada um e as hierarquias previstas na legislação e manuais da Urgência do SUS (ingrediente 1) são recriadas e restabelecidas, e as equipes e tarefas ‘rigidamente’ prescritas se desfazem no desenrolar da atividade, quando um objetivo comum é partilhado por todos. Nessa hora, não existem ‘uns melhores que os outros’, ‘uns que mandam e outros que obedecem’, as pessoas ‘criam laços ao trabalhar’ e se tornam ‘iguais’. Poderíamos dizer, a partir daí, que a fragmentação e parcelarização do trabalho, conforme princípios tayloristas, não se realizam durante a atividade em que prevalece o valor sem dimensão – defesa da vida, ou na fala dos trabalhadores, *salvar vidas?*

Ao considerarmos o ponto de vista da atividade e os diferentes ingredientes que se articulam no ‘agir em competência’ novas questões se formulam e nos indicam ‘pistas’ que poderão nos ajudar a encontrar respostas às nossas indagações iniciais. Retomaremos esta discussão ao abordarmos especificamente o ingrediente 6 (ECRP), quando procuraremos ‘pinçar’ idéias que nos ajudarão a aprofundar sobre a gestão compartilhada e a valorização do trabalho e dos trabalhadores no Samu, diretrizes tão caras à PNH.

Voltemos à ocorrência (4) – ‘os imprevistos na madrugada’ – que exige dos trabalhadores competência para ‘preencher furos’, para ‘gerir imprevistos’, em que identificamos a presença do ingrediente 2 - ‘os efeitos de urdidura’, a história que perpassa a atividade – através da fala do ‘supervisor’, quando nos ‘conta o caso’ de um dia em que acabou a luz:

- Acabou a luz, à noite, de 20h às 20:05h – 5 minutos sem luz – é muito tempo para uma Central do Samu! - empresa terceirizada, à parte, que ligou.

Depois fala sobre outro dia, quando o ‘sistema caiu’:

- Sistema caiu por cerca de 5 horas, atendimento no papel, comuniquei à Prodabel, 1 hora da manhã (...)

Conclui seu relato:

- Trabalhamos no sentido de resolver tudo, sem deixar vazar, se precisar eu ligo prá gerente de madrugada!

A partir das abordagens e análises desse trabalhador, observamos que o ingrediente 2 parece ter relevância no trabalho noturno do Samu, na tomada de posição frente aos ‘eventos’ na madrugada, o que favorece a inventividade e ‘sabedoria’ para gerir imprevistos, panes, acontecimentos inesperados, e também a criação de laços de cooperação entre as pessoas, quando os trabalhadores experimentam o ‘viver junto’ em prol de um objetivo comum.

Ocorrência (5): ‘O trabalho no Samu e a violência urbana’

Esta temática da violência urbana emergiu através de entrevista à técnica de enfermagem, na sede do Samu, em 29/07/09, agendada com antecedência. Desde a primeira vez que encontrei com essa profissional, no almoxarifado, no dia de apresentação da pesquisa/pesquisadora, que a mesma manifestou interesse em conversar comigo. Disse-me:

- (...) gosto muito do HumanizaSUS, no hospital onde trabalhava participei de algumas reuniões com a humanização e gostaria de participar desta pesquisa, ajudar no que for preciso!

Então me passou o telefone, e eu fiquei de lhe ligar para agendarmos uma entrevista. Logo que lhe telefonei, mostrou-se disponível e marcamos o encontro, na sede do Samu. Ao iniciarmos a entrevista, propus que falasse sobre o seu trabalho no Samu, quando expressou sua preocupação com os efeitos da violência urbana no trabalho que realizam *na rua*, no atendimento às ocorrências em regiões mais expostas a situações de conflitos armados. A partir daí demos nome a esta ocorrência (5) e optamos por extrair as falas que se referem a esta temática, que emergiu com ‘muita força’ (se poderíamos dizer, ‘força de convocação’) em seus relatos e reflexões e nos ajudam a identificar o ingrediente 2 em relação com os ingredientes 4 e 3.

Em seguida a fala da trabalhadora, quando expressa saberes ‘da experiência’, debate de valores/normas, renormatizações:

- (...) Central de Regulação às vezes não sabe o que você está vivendo na rua (...) favela, alguém armado (...) uma colega saiu da ambulância e passou um tiro assim [faz o gesto com as mãos] - (...) Samu é uma experiência nova prá mim, a gente não imagina o que é o trabalho do Samu, só quando tá aqui é que sabe...

Revela uma ‘dramática do uso de si’, ao abordar os ‘dramas’ vividos frente às normas protocolares e aos saberes da ‘experiência’ (ingrediente 3) e também podemos constatar o envolvimento/implicação do ‘corpo-si’, como esta entidade que escolhe e que abarca ‘tudo que vai do mais biológico ao mais cultural’, a ‘sabedoria do corpo’ que se constrói nesses movimentos de negociação entre o ingrediente 1 e as normas inscritas na ‘história do corpo’ de quem trabalha (Schwartz, 1998; Echternacht, 2008).

Essa passagem remete-nos ao sentido da atividade como o que acontece ‘entre’ trabalho prescrito e trabalho real e ajuda-nos a compreender melhor as articulações entre o Registro 1(ingrediente 1) e o Registro 2 (ingrediente 2), a ‘dialética do programa e da atividade’ (ingrediente 3), e como os valores da vida de uma pessoa, na dimensão macro, vão interferir nas micro-decisões referentes ao que acontece no local onde o trabalho se realiza. Vejamos, então, através de uma frase, a trabalhadora expressar valores ao se posicionar frente a uma norma protocolar e nos mostrar que, ao trabalhar ‘na rua’, esses protagonistas da atividade fazem regulações:

- (...) protocolo diz que não pode deslocar sem autorização da Central, se o cara está atirando você vai esperar? (...) o pessoal sai, não espera!

Nessas situações de abordagem da violência urbana/armada, o macro e o micro se articulam, os debates de valores que condicionam as escolhas entre as duas atitudes nesse caso – permanecer no local do conflito armado ou deslocar com a ambulância, sem aguardar autorização da Central de Regulação – “são continuação dos debates de valores que são os nossos, na vida: na vida de cidadão e na vida política” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 33). Ao escolherem saírem do local exposto à violência armada, os trabalhadores/técnicos de enfermagem, ‘desobedecem’ a Central, transgridem a norma prescrita, renormatizam, ‘ganham experiência’. Fazem uma síntese nessa interação dialética entre o ingrediente 1 - norma antecedente/regulações da Central/protocolo - e o ingrediente 2, e assim expressam ‘capacidade para articular estes dois ingredientes do agir em competência’ (ingrediente 3).

A partir desse encontro, nessa situação de entrevista, ao tomar o ponto de vista da atividade industriosa na análise do processo de trabalho, novas questões se formulam sobre os ‘impactos da violência contemporânea no trabalho em saúde’ (Minayo, 2006; Melo, 2010; Vieira 2004; Trajano, 2007a, 2007b, 2007c, 2009, 2010). Como, a partir do que nos traz esses

sujeitos, implicados com a produção da saúde e a defesa da vida, ao enfrentarem ‘cenas urbanas’ de violência que atravessam seu trabalho no Samu, podem contribuir com a elaboração de diretrizes e dispositivos de Humanização do SUS, na perspectiva do apoio *Paidéia* aos trabalhadores nesses enfrentamentos cotidianos da violência urbana?

E nesta direção lembramos as discussões sobre as ECRPs e possibilidades de criarmos espaços de ‘gestão coletiva da atividade de trabalho’, que favoreçam ‘a apropriação coletiva da dimensão singular e histórica’ das atividades industriais e funcionem como “pólo de gestão coletiva, palco de debates de normas e de re-trabalho dos valores” (Echternacht, 2008). Essas reflexões nos apontam algumas pistas no esforço de abordagem do processo de trabalho e a PNH do ponto de vista da atividade industrial. Se a PNH se constrói e se atualiza a partir de experiências do ‘SUS que dá certo’, poderíamos valorizar a atividade de trabalho desses protagonistas, ‘anjos de uniforme’ (e de asas?), e com eles, fazer a gestão coletiva, ou na linguagem da PNH, a ‘cogestão’ desses atravessamentos da violência urbana em seu trabalho *na rua*? Quando criamos esses espaços de gestão compartilhada e através deles construímos a possibilidade de ‘debate de normas e retrabalho dos valores’, contribuimos para a realização da ‘transversalidade’ da política e a ‘indissociabilidade entre atenção e gestão’ se manifesta de forma exemplar.

Salientamos que, em nível da SMSA-BH, foram disparados movimentos no sentido de atender à demanda dos trabalhadores de ‘apoio psicológico’ para lidar com estes acontecimentos, ao buscar construir junto com Coletivos/Grupos Trabalho de Humanização (GTH) e consultores do MS, vinculados à PNH, possibilidades de ‘rodas’ de análise/ gestão coletiva dos conflitos e situações de violência no trabalho em saúde (Magalhães & Costa, 2006). E aqui lembramos nossa questão de pesquisa que pergunta como o ponto de vista da atividade pode interferir/repercutir nesses modos de fazer (co)gestão? Até que ponto esses espaços, inspirados no ‘método da roda’, no ‘fator anti-Taylor’ (Campos, 2005, 2007), renomeados pela PNH como ‘rodas de conversa’, funcionam como ‘palco de debate de normas e retrabalho de valores’ (Echternacht, 2008)?

E ainda como valorizar os ‘saberes gerados na atividade’ em processos de elaboração de protocolos, inclusive manuais de segurança e orientações aos trabalhadores no enfrentamento desses ‘eventos’, em que prevalece a violência armada?

Com estas indagações, em que já introduzimos o ingrediente 3, passemos a focá-lo de forma mais específica e assim aprofundar um pouco mais nossa análise da atividade industrial no Samu e a transversalidade da PNH nesses serviços do SUS.

Aqui, retomaremos a primeira ocorrência que acompanhamos / observamos - ocorrência (2): atendimento a um acidente -, e lembramos que já iniciamos a análise desta ao abordarmos o ingrediente 1 e que trata-se de uma USA e uma 'equipe' composta por uma enfermeira, um médico e um motorista. Aqui, procuraremos focar o ingrediente 3, ou seja, a capacidade de articular, dialeticamente, o pólo conceitual (Registro 1) e o pólo das experiências (Registro 2) no ato de trabalho e, a partir daí, as articulações entre os diferentes elementos/ingredientes presentes nesta ocorrência.

Nesse dia o trânsito estava engarrafado – ambulância parada no congestionamento – quase chegando ao local do acidente, quando já se visualizava o movimento em frente, enfermeira e médico decidiram sair da ambulância, correndo, para chegar mais rápido ao local do acidente, e chegaram! Nesta hora, chamou atenção a dimensão do tempo no trabalho da urgência em saúde: gestos e decisões rápidos, como dizem os trabalhadores: *há risco de vida, salvar vidas!*

Entre regras/protocolos e a necessidade de chegar rápido ao local – uma situação singular – nesta interação dialética entre o ingrediente 1 e o ingrediente 2, os trabalhadores escolheram “pular da ambulância e correr” para chegar rápido ao local e atender às vítimas. Parece que não se pensa, na situação real de trabalho, em regras/protocolos de segurança (teoricamente, tão importante para este profissional médico), é tudo muito rápido... O que faz com que este trabalhador/sujeito se arrisque tanto para *salvar vidas?*

Esses movimentos nos levam a pensar sobre o debate de valores que se liga ao debate de normas na atividade industriosa no Samu, e assim observarmos as articulações entre ingredientes no agir em competência e nas interferências de uns nos outros.



FIGURA 12 – USA enfrenta o trânsito e se dirige ao local do atendimento.



FIGURA 13 – Ocorrência (2) - Atendimento a um acidente – Samu e bombeiros se integram nessa ocorrência, na realização da atividade industriosa - trabalhadores do Samu (médico e enfermeira) imobilizam a vítima'. Nesta foto podemos observar também a situação de 'congestionamento do trânsito'.



FIGURA 14 – Ocorrência (2) Atendimento a um acidente, paciente já deitado na ‘prancha’, motorista (em pé/uni-forme /Samu) e bombeiro se preparam para ajudar a carregar a maca.

No local da ocorrência, o médico junto com a enfermeira, com ajuda do motorista, tiraram a pessoa de dentro do carro e a deitaram sobre a prancha, colocaram o ‘colar’ no pescoço e analisaram as condições de saúde da mesma. Em seguida, motorista e um profissional / bombeiro ajudaram a levar a pessoa para dentro da ambulância. Nessa hora, observamos que todos pareciam partilhar valores e saberes, ‘competência para gerir e criar sinergia’, referente ao ingrediente 6 – ECRP.

Dentro da ambulância, enquanto a enfermeira cuidava da vítima, já acomodada sobre a prancha/maca, o médico me disse:

- Gosto deste trabalho, tem emoção! Não gosto de consultório, me dá tédio!

Após esta fala sobre o que sente ao trabalhar com ‘situações de risco’ no Samu, o médico comunicou-se, via radiofone, com a Central de Regulação, quando explicou porque iríamos para o Hospital Pronto Socorro João XXIII e não para o Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB). Mais uma vez o congestionamento do trânsito interferia nas decisões do médico, que manifestou sua preocupação com a saúde e vida da paciente e a necessidade de chegar rápido ao hospital. Neste caso o valor não dimensionável – *salvar vidas!* – parecia prevalecer nas *dramatiques* experimentadas por este trabalhador/médico. Segundo normas

anteriores, o médico ‘pode decidir’ sobre o melhor encaminhamento ao caso, é considerado ‘autoridade sanitária’, no lugar de médico regulador do Samu; quando acompanha e intervém no atendimento *na rua*, deve comunicar suas decisões à Central de Regulação; os técnicos de enfermagem (USB), segundo prescrições, já discutidas em seção anterior (CAPÍTULO 5 / FIGURA 5), devem seguir ‘conduta indicada’(esta expressão é muito usada pelos profissionais do Samu) pelo médico regulador.

Após terminar o comunicado à ‘Central’, o médico olhou para mim e disse:

- Tudo é protocolado, se não seguir você se f...!

Ao tomarmos o ponto de vista da atividade na análise dessa ocorrência, identificamos as articulações entre os ingredientes e interferências de uns nos outros. Salta aos olhos que a escolha dos profissionais ao descer da USA e correr ao encontro da situação de acidente, assim como, a decisão do médico de alterar o destino da ambulância para chegar mais rápido ao serviço hospitalar, podem ser caracterizadas como ‘síntese de interações dialéticas entre o ingrediente 1 o 2’, e nesse diálogo entre saberes protocolares e saberes ‘da experiência’, os demais ingredientes articularam-se, ou seja, houve debate de valores ligado ao debate de normas (ingrediente 4); o ‘desejo de saber’/ ‘busca de melhoria da qualidade no trabalho’ manifestou-se em várias passagens através das falas / posturas dos envolvidos com esta atividade industriosa (ingrediente 5); enfim, as pessoas ao trabalharem estabeleceram vínculos e se juntaram solidariamente em prol de um objetivo comum: *salvar vidas*. Para esses profissionais, quando há ‘risco de morte’ (valor não dimensionável), é preciso agir rápido, correr. O tempo mais uma vez aparece como uma categoria essencial na realização da atividade de urgência. Lembramos definições de dicionários, abordadas como normas anteriores, que nos apontam essas características da urgência médica, como a ‘necessidade de agir com rapidez’ e de ‘cuidar sem espera’ (Giglio-Jacquemot, 2005).

O tema do risco no trabalho em saúde e, mais especificamente, na urgência móvel, remete-nos à discussão sobre a ‘gestão da saúde e dos riscos no trabalho’ no campo da ergologia (Nouroudine, 2004; Echternacht, 2008), em que a partir do conceito de atividade humana, busca-se compreender a ‘gestão de si e da própria saúde’ como elemento estrutural da atividade de trabalho. Nessas discussões chama-nos a atenção o que nos diz Echternacht (2008) sobre a “dinâmica valorativa que possibilita a singularização do meio produtivo

enquanto tentativa de construção de um meio coerente com as próprias normas de vida” (op. cit., p. 59). Ressalta-se que tal dinâmica tende ao conflito entre valores mercantis, quantificáveis (que sustentam as normas produtivas, entre elas as normas de gestão da saúde e da segurança no trabalho), e os valores do ‘viver comum’, não dimensionáveis: “Tais conflitos de valores possuem freqüentemente força suficiente para inviabilizar a efetivação das normas prescritas pelos gestores da saúde e segurança” (op.cit., 2008, p. 59).

No caso da ocorrência (2), ao tomarem decisão de saírem da ambulância, parada no trânsito, totalmente congestionado, e ‘correrem’ alguns metros até o local do acidente, os trabalhadores (médico e enfermeira) transgrediram normas de segurança e arriscaram a própria vida ao circularem entre os carros, que poderiam se movimentar a qualquer momento. Com esta atitude, diríamos, expressaram ‘valores que são os seus’, como pessoas e profissionais da saúde, comprometidos com a defesa da vida e da saúde da população.

Concluimos esta análise, em que se articularam os seis ingredientes do ‘agir competente’, com dizeres dos trabalhadores, que se manifestaram, em diferentes situações de trabalho, por meio de conversas dentro da ambulância ou na Base X – USB 200. Em suas palavras:

- Rotina a gente não tem, cada caso é um caso, tem os protocolos, mas cada caso é um caso... (técnica de enfermagem).

- A gente fica muito feliz, essa é a satisfação da gente, protocolo atendido, faz atendimento conforme protocolo, fez tudo direitinho, pra não aumentar o trauma dele [do usuário], atendimento fino! (técnica de enfermagem).

- Insatisfação é quando até pra briga de família chama a gente, chama Samu pra tirar gente dormindo na porta, andarilho... (técnica de enfermagem).

Por meio dessas falas, os trabalhadores nos dizem sobre o debate de valores que atravessa a atividade, quando fica evidente a importância que atribuem aos protocolos e ao atendimento que consideram o mais adequado ao Samu. Falam também das articulações entre

ingredientes 1 e 2 e, de alguma forma, demonstram implicação com a regulação/gestão da atividade.

Em seguida abordaremos o ingrediente 4 do agir em competência, já identificado na análise da atividade em ocorrências abordadas anteriormente.

Considerando que o quarto ingrediente atravessou toda atividade industriosa nas diferentes ocorrências que analisamos ao ressaltarmos os três primeiros ingredientes da competência, decidimos neste momento não trazer novas ocorrências, mas sim construir uma análise a partir das que já foram relatadas. O desafio agora é buscar identificar o “debate de valores ligado ao debate de normas, as impostas e as instituídas na atividade” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 215) que os sujeitos experimentam, como uma espécie de dramática, ao realizar o seu trabalho. Lembramos que este quarto ingrediente “introduz uma nova ruptura na lista dos ingredientes e uma nova heterogeneidade” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 215) e que nos remete à questão da ‘relação entre a pessoa e o meio’. Então, ao buscarmos identificar este quarto ingrediente, estaremos atentas ao que vale para a pessoa como meio de trabalho, ou seja, “em que medida ela pode fazer de forma que este meio de trabalho seja em parte ‘o seu’ meio. Um meio no qual ela possa fazer valer, mais ou menos, um certo número de suas normas de vida” (op. cit., p. 215).

Ao retomar as ocorrências já abordadas e os registros em Diário de Campo, extraímos falas, que apareceram em diferentes momentos de entrevistas e conversas, tanto na sede, como na Base X –USB 200, e que, do nosso ponto de vista, expressam o debate de valores e o posicionamento dos trabalhadores na sua relação com o seu meio de trabalho.

Vejam as seguintes falas que apareceram nas ocorrências já relatadas anteriormente:

Todo mundo criticando o Samu (...) faltou bom senso da regulação (...) local de risco, favelão bravo! - Ocorrência (1) -

Bombeiro falou que se Samu tivesse levado para hospital tinha salvo a criança
(...) - Ocorrência (1) -

Gosto deste trabalho, tem emoção! Não gosto de consultório, me dá tédio! -

Ocorrência (2) -

Tudo é protocolado, se não seguir você se f...! - Ocorrência (2) -

Tanto na ocorrência (1), como na ocorrência (2), os trabalhadores expressaram seus valores e se posicionaram quanto ao modo de organização do trabalho, cuja regulação, conforme legislação/organograma é de responsabilidade da Central de Regulação Médica. Não repetiremos aqui o que já comentamos ao analisar essas ocorrências, apenas enfatizamos que ao trabalharem esses sujeitos fazem gestão da atividade, vivenciam *dramatiques* e debatem normas / valores.

No decorrer das ocorrências relatadas identificamos este quarto ingrediente em vários momentos, quando estabelecemos articulações entre os diferentes elementos / ingredientes do agir em competência.

Passaremos, a partir daqui, a extrair fragmentos de conversas entre os próprios trabalhadores, que nos pareceram expressar valores que circulam na atividade industrial desses sujeitos e embasam seus posicionamentos e renormatizações na realização do trabalho no Samu.

Destacamos, em seguida, falas que nos chamaram a atenção, ocorridas em momentos de descanso e/ou intervalo entre as ocorrências, na Base X – USB 200. Vejamos então:

Não somos ouvidos pelos reguladores!

(...) às vezes tem outros atendimentos e não fomos porque (...) [sobre priorização de casos pela regulação] chega lá, no local, sabe o que acontece? Frustração, desmotivação, decepção (...) Central passa uma situação, dados, chega lá a pessoa está diferente dos dados (...) população já sabe falar mentira, o Samu não sabe reconhecer a mentira (...) o outro que está falando a verdade, o Samu não vai. Ex: crise convulsiva da esposa, marido chama Samu,

não fomos, esposa chegou na UPA Leste morta (...) enquanto isto estávamos indo atender um bêbado (...)

Muitas vezes escutei falas referentes aos alcoolistas, em tom de crítica, como se avaliassem que essas pessoas não precisassem de cuidados médicos ou de enfermagem, e que seriam casos que não deveriam ser priorizados pelo Samu. Valores da vida de cada um que circulam na atividade industriosa e embasam posicionamentos na relação que os trabalhadores estabelecem com o ‘seu’ meio de trabalho. Importantes esses ‘debates de valores’ na abordagem da diretriz da PNH referente ao ‘Acolhimento em Saúde’ e sua vinculação ao dispositivo do ‘Acolhimento Com Classificação de Risco’ (ACCR) nos serviços de urgência. Vejamos, em seguida, mais falas sobre este tema:

(...) taxi de bêbado [refere-se ao Samu quando funciona como taxi de bêbado] (...)

A gente fica revoltada de pegar bêbado, a gente sabe que é uma doença, mas...

E os trabalhadores nesses momentos debatiam sobre casos que deveriam ser priorizados pelo Samu e abordavam a questão do reconhecimento do trabalho pela instituição (gestores/reguladores) e pela população. Neste sentido, fizeram referência à música que um usuário fez para o Samu, um *rap*, e alguém disse a letra completa, conforme a seguir [pontuei e dei um formato]:

Chama o Samu prá mim

Ligar 192

Chama o Samu

Prá mim que

Passando mal eu tô!

Por favor!

Vem me ajudar!

E me leva pro hospital

Eu bebi o dia inteiro

Liga 192

O SAMU vem me pegar

Vem me ajudar

Norminha!

Chama o SAMU prá mim!

Ninguém elogia, valoriza a gente, nem a população!

Nós que estamos na rua sabemos apontar as falhas do sistema, não somos ouvidos!...

A gente é o olho do médico, o que a gente passa é que ele vai dar a conduta...

Após um atendimento à ocorrência (08/09/09), chegaram à Base X, onde eu já me encontrava à espera dos trabalhadores/USB200, esses almoçaram (trouxeram ‘marmitex’ que compraram após concluir o atendimento) e depois se deitaram para descansar. Como me disse um deles:

Qualquer paradinha que dá a gente deita, esfriar a cabeça!

Assento-me na beirada de uma das camas vazia. Eles sempre me chamavam para sentar perto deles. Às vezes colocava uma cadeira, entre os beliches/camas e conversávamos. Num desses momentos um trabalhador falou:

Esta posição deitado é bom para falar![penso, como num divã?]

Pareciam gostar da minha presença. Certa vez, em um desses momentos, comentaram sobre uma experiência passada com psicólogo para apoio aos trabalhadores do Samu, e aí disseram:

Ele [o psicólogo] sumiu. Será o que aconteceu?

Falei um pouco sobre o que sabia desse trabalho, que foi um projeto elaborado por meio de parceria Samu e Política de Humanização da SAMS-BH, no início de 2008, em que se procurava atender demanda de ‘apoio psicológico’, na perspectiva da Psicologia do Trabalho e Organizacional. Não houve uma avaliação mais rigorosa sobre a não continuidade desse projeto, que durou cerca de três meses, quando foram realizadas ‘rodas de conversa’ com trabalhadores sobre violência urbana e o trabalho no Samu, dentre outras atividades junto com os profissionais. Chegamos a propor, como consultora/apoiadora da PNH/MS junto à SMSA-BH, reuniões entre parceiros para avaliação e encaminhamentos, no entanto, não houve disponibilidade das pessoas envolvidas para que se realizasse essa proposta. O psicólogo deixou o Samu e passou a atuar em outra área do nível central da SMSA-BH, passou-se o tempo e com a mudança de gestão, no início de 2009, este tema não foi retomado. Então, os trabalhadores parecem ter gostado da presença de um psicólogo nessa perspectiva de apoio ao trabalho. Nesses breves encontros durante hora de descanso/intervalo entre ocorrências, pareciam me considerar mais como psicóloga, disponível a escutá-los, do que como uma pesquisadora (numa visão de pesquisa como alguém distante, que não se implica e não interage com os sujeitos da pesquisa). Concluindo essa conversa sobre o psicólogo ‘que sumiu’, uma trabalhadora disse:

(...) a gente podia ver o que aconteceu, precisamos de psicólogo (...) igual você, com experiência, por que não fica com a gente? [falo um pouco sobre a pesquisa, incentivando-os a buscarem essas informações sobre o psicólogo e também reivindicarem junto à gerência outro profissional da psicologia para este trabalho de apoio aos trabalhadores, em parceria com a Política de Humanização].

Falaram ainda sobre o último atendimento, as relações entre ‘a rua e a central’, saberes da experiência e debates de valores na atividade. Esse intervalo/descanso é um momento que valorizam e que, poderíamos dizer, constitui-se como um espaço coletivo de ‘recuperação subjetiva’ e de fortalecimento dos laços e diálogos entre os profissionais ‘da base’. Poderia esse espaço coletivo, se mais valorizado e apoiado institucionalmente, favorecer o encontro e a conversa entre os profissionais sobre o próprio trabalho e a própria saúde? Então, procuramos captar o que os trabalhadores nos dizem sobre o próprio trabalho e nesse sentido trazemos falas sobre condições e organização do trabalho:

Não valorizam técnico de enfermagem (nível médio/salário 635,00), sem desvalorizar guarda municipal (exige nível fundamental), profissão nova já entrou com salário bom (1.700,00)! (...) Se for pensar no salário a gente nem sai de casa...

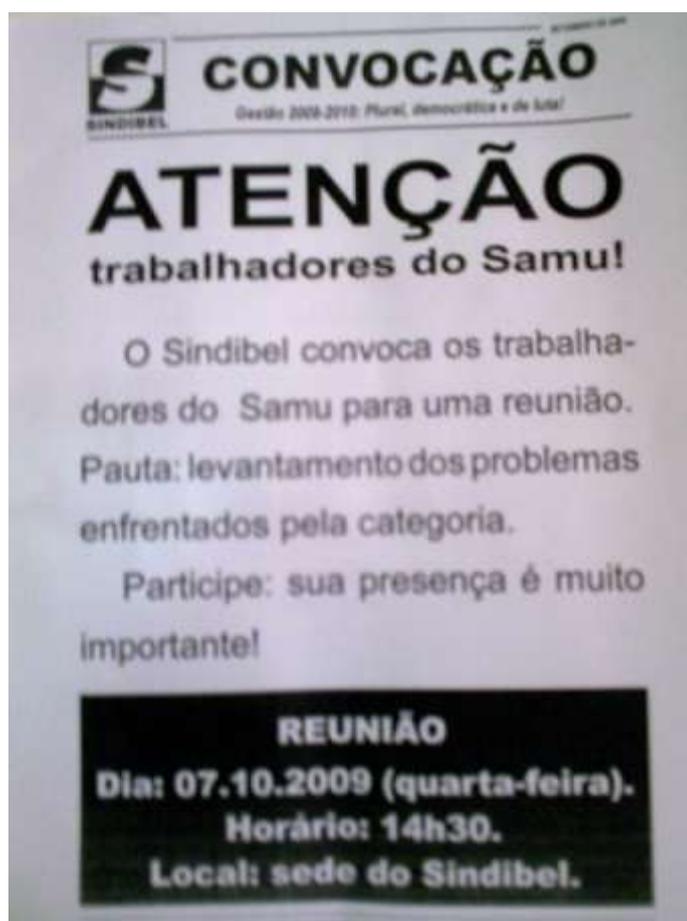


FIGURA 15 – Cartaz exposto sobre a porta da Base X: Sindicato convocava os trabalhadores do Samu para uma reunião.

Almoço (...) não tem horário prá comer, tem dia que vai almoçar 3/4 horas da tarde, acaba dando hipoglicemia (...) já reclamamos e aí escutamos: quando entrou pro Samu já sabia disso!

(...) precisa ligar prá Central prá implorar para almoçar (...)

HumanizaSUS não se estende aos funcionários (...) muito a desejar! Não tem hora para comer, ir ao banheiro (...)

Coordenação de enfermagem tem tentado ajudar a gente, ela é boa prá mim, tenho que agradecer, nada contra ela, dá atenção quando a gente vai lá, recebe a gente, tenta resolver o máximo as coisas que a gente coloca prá ela (...)

Não recebemos periculosidade. [perguntei sobre reunião do Sindicato (FIGURA 14) e se alguém foi, quais eram as informações sobre a mesma. Disseram que foram alguns trabalhadores, que não estavam de plantão.]

Passaram prá gente que aumento só em janeiro de 2010!

Em outra ‘roda de conversa’, se assim poderíamos caracterizar esses breves momentos de diálogos na ‘base’, perguntei aos trabalhadores, inspirada por um trabalho que havia produzido para a PNH/MS, o que eles/elas poderiam dizer sobre ‘satisfação no trabalho’ do Samu, e então eles se expressaram com clareza:

Satisfação no trabalho é atender paciente e ele voltar! [não morrer]

É atender uma ocorrência que é do Samu mesmo!

Vê que o paciente volta e fica bom...

A gente fica muito feliz, essa é a satisfação da gente, protocolo atendido, faz atendimento conforme protocolo, fez tudo direitinho, prá não aumentar o trauma dele [do usuário], atendimento fino!

Insatisfação é quando até prá briga de família chama a gente, chama Samu prá tirar gente dormindo na porta, andarilho... [urgência social! Como disse um médico, numa breve conversa na Central de Regulação, ao falar sobre a necessidade de um Serviço Social ao lado do Samu, para atender casos como esse.]

E citam mais um exemplo de ocorrência que seria motivo de insatisfação:

Regina Duarte [apelido de mulher que parece viver na rua] faz gracinha prá todo mundo chamar Samu prá ela. Passa a noite no Maria, Maria [abrigo], de manhã soltam ela, já pedimos central prá resolver isto! Não estamos agüentando mais! Simulando crise convulsiva, vem na porta aqui da base... [também um caso de ‘urgência social’?]

Em nosso diário de campo registramos muitos momentos de conversas como essas, e à medida que a confiança crescia entre nós, esses profissionais do Samu nos mostravam que o debate de valores acontecia no desenrolar das atividades, e que avaliações eram realizadas enquanto trabalhavam. Dessa forma nos mostram as ‘micro-gestões’ do trabalho e a atividade industriosa como debate de normas. Posicionam-se frente a questões estruturantes da urgência móvel, como ‘classificação de riscos’ e priorização de atendimentos, ‘acolhimento às urgências em saúde’ que se mesclam às ‘urgências sociais’, fazem regulação, mesmo que não encontrem espaços de compartilhamento das mesmas. Manifestam ainda sua avaliação sobre condições de trabalho e emprego, a organização do trabalho, dentre outras temáticas que emergem no cotidiano laboral. E mais uma vez nos apontam o quanto valorizam os ‘saberes protocolares’ na realização do trabalho, ao dizerem que um *atendimento fino é o que está de acordo com o protocolo*. Poderíamos dizer aqui que ‘as forças de

convocação e reconvocação' que constituem o polo dos saberes gerados na atividade do 'dispositivo dinâmico de três pólos' (DD3P) proposto pela ergologia, manifestam-se através dessas falas e reflexões pelos sujeitos protagonistas do trabalho no Samu.

Vale trazer aqui um outro ponto de vista, que introduz novos elementos para o debate entre trabalhadores. Uma profissional/médica, que trabalhava na central de regulação e também como médica intervencionista, no atendimento *na rua*, falou sobre essa relação entre central / rua, por meio de entrevista, já abordada em ocorrência (1), realizada em janeiro / 2010, em suas palavras:

(...) quem está na rua não enxerga a complexidade da regulação, isto dificulta. O trabalhador que está no atendimento na rua deveria passar um tempo na regulação, deveria ser uma rotina, remunerada.

Em seguida expressou sua avaliação sobre as 'rodas de conversa' com trabalhadores, que aconteceram na época em que exercia a função de 'gerente do Samu':

- É um peso grande tirar um trabalhador da rua para conversar, a roda de conversa tem que ser institucionalizada. Estratégia das rodas de conversa foi muito positivo, tudo tem dois lados, conversa tem que dar resposta (...) não sei (...)

E continua a falar do ponto de vista da gestão, como ex-gerente:

- Salário do Samu é o melhor da Rede, não se pode comparar com outra categoria. [ao responder-me sobre a questão salarial e comentar sobre o que lhe disse ao fazer referência ao salário do guarda municipal, conforme havia sido informada em conversas com trabalhadores] Salário é mais uma luta de classe (...) como médica, o trabalho no Samu para mim foi extremamente gratificante, só pode fazer quem gosta, se não fica penoso demais. (...) é uma atividade de vida útil, tempo limitado, 10 anos. Deveria existir um Plano de Carreira

para Urgência, ninguém pode ficar enfiado a vida inteira na urgência (...) matar uma pessoa ficar 25 anos trabalhando numa ambulância... [atualmente não está vinculada ao Samu, trabalha em outro serviço da rede municipal do SUS-BH]

Esses debates de normas - “que é toda atividade de trabalho” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 215) - expressam diferentes valores e saberes gerados na atividade e nos mostram o quanto os trabalhadores pensam, analisam e se interessam pela gestão do próprio trabalho e da própria saúde.

O quinto ingrediente do ‘agir em competência’ está fora de prescrições e nos diz sobre a ‘relação com o saber’ no sentido das relações que um sujeito estabelece com o aprender e o saber, como já discutimos em seção específica sobre o tema (Charlot, 2000; Santos & Diniz, 2003; Aranha, 2003). Lembramos também as discussões, desenvolvidas por Freire (1998), sobre o ‘inacabamento do ser humano’, e retomadas por Schwartz (2003, p. 24) ao abordar ‘a questão do histórico que perpassa toda a atividade’ e fazer referência ao pensamento freiriano. Importante também a idéia de ‘pôr-se em movimento’ nessa relação com o saber, de ‘debate com o meio’ na busca de saber e aprender (Charlot, 2000).

A partir dessas abordagens optamos por identificar o ingrediente 5 através de falas dos ‘sujeitos da pesquisa’ e de movimentos em direção à busca de mais qualidade no trabalho, quando parecem expressar o seu desejo de saber e aprender, em relação com o meio de trabalho. Para isto, retomamos passagens de ocorrências já abordadas em que procuramos captar o ‘desejo de saber e aprender’, quando os trabalhadores demonstram implicação com o trabalho no Samu e se ‘põem em movimento’ na direção de saber mais e buscar qualificar o seu trabalho.

Ressaltamos que este quinto ingrediente também se articula com os demais e foi identificado em momentos anteriores de nossa análise da atividade industriosa no Samu, em especial, quando aparece nas relações que o sujeito estabelece com o meio de trabalho e o toma como ‘seu’ meio e, a partir daí, valoriza a aprendizagem e a educação permanente ou continuada.

Seguem palavras ‘desejosas de saber’, se assim poderíamos dizer:

Samu é muito recente, temos que aprender muito, base é Samu da França²⁴, nossa população é diferente (...) o trabalho é muito bom! [supervisor de central]

(...) média ainda não foi usada como devia para falar do trabalho do Samu...

(...) gosto muito do HumanizaSUS, no hospital onde trabalhava participei de algumas reuniões com a humanização e gostaria de participar desta pesquisa, ajudar no que for preciso!

(...) quem está na rua não enxerga a complexidade da regulação, isto dificulta. O trabalhador que está no atendimento na rua deveria passar um tempo na regulação, deveria ser uma rotina, remunerada

(...) É um peso grande tirar um trabalhador da rua para conversar, a roda de conversa tem que ser institucionalizada. Estratégia das rodas de conversa foi muito positivo, tudo tem dois lados, conversa tem que dar resposta (...) não sei (...)

Poderíamos citar uma infinidade de falas em que captamos a relação que o sujeito estabelece com o saber e o aprender, assim como a busca de melhor qualidade em seu

²⁴ Para o aprofundamento da discussão sobre a inspiração do Samu brasileiro em modelo francês, indicamos estudo sobre a implantação do atendimento pré-hospitalar no município de São Paulo, ao abordar que existem basicamente dois modelos de intervenção nessa área, o norte-americano e o francês, este último implantado em quase todos os países da Europa (Sette Ferreira, 1999). O norte-americano baseia-se na delegação dos cuidados médicos a profissionais ‘paramédicos’ (técnicos ‘treinados’ para este fim), onde não há um sistema único, prevalecendo a assistência privada em saúde e a falta de integração entre os serviços. O modelo francês funciona num contexto de um sistema de saúde ‘público e universal’, onde o serviço de atendimento móvel (cuja sigla é também Samu - *Services d’Aide Médicale Urgente*) insere-se “num esquema de assistência às urgências coordenado pelas Centrais de Regulação Médica, que têm como finalidade integrar todos os recursos de saúde disponíveis para esse tipo de assistência, organizando a recepção dos chamados, o envio dos meios pré-hospitalares adequados a cada um deles e a internação, quando necessária, em unidades hospitalares” (op.cit, p. 94). Ao analisarmos o ‘nosso’ Samu, identificamos características essencialmente francesas, em especial, a sua inserção no SUS e a organização do trabalho a partir da Central de Regulação Médica. Do modelo norte-americano, parece que extraímos a experiência com profissionais ‘paramédicos’ (aqui técnicos de enfermagem) e assim não limitarmos este tipo de assistência aos médicos. Consultar também www.samu.org/france.

trabalho. Ao retomarmos as análises anteriores a partir das ocorrências focadas e os registros em diário de campo, observamos que entre os trabalhadores do Samu há muitos que reconhecem a ‘sua incompletude’ e se mobilizam no sentido de ‘saber mais’. Quando a médica se refere às rodas de conversa como espaços que deveriam ser institucionalizados e avalia como positivo o esforço dos trabalhadores, em época passada (2006/2007) de se colocarem em roda para refletirem sobre o trabalho e os problemas a serem enfrentados coletivamente pelos sujeitos, expressa sua implicação com o trabalho no Samu e seu desejo de maior qualidade e formação permanente no trabalho. Também a técnica de enfermagem ao dizer sobre sua participação em reuniões da humanização e expressar seu desejo de participar da pesquisa, além de suas reflexões e posicionamentos sobre a temática da violência urbana e o trabalho no Samu - ocorrência (5) – demonstra seu desejo de aprender e refletir sobre o próprio trabalho e nesses movimentos de busca estabelece uma relação com o saber e deseja participar de espaços que favoreçam a expressão de seus pensamentos e o diálogo entre os sujeitos. E para finalizar esta análise, que tende a ser incompleta, porque também reconhecemos a ‘incompletude do ser humano’ e desejamos a educação permanente como espaço de reflexão sobre o trabalho e as ‘dramáticas’ vividas na realização do mesmo, lembramos da ‘roda de conversa’ com os trabalhadores, no momento de descanso/ intervalo entre ocorrências, numa das bases do Samu-BH, quando expressaram sua preocupação com a interrupção do trabalho que o psicólogo havia iniciado com os mesmos, e expressam a demanda de ‘apoio psicológico’ aos trabalhadores do Samu, como espaço de escuta de suas angústias e reflexões no decorrer da realização do trabalho no Samu.

E chegamos ao sexto ingrediente do agir em competência – as ECRP -, que também já foi identificado nas análises anteriores, já que essas ECRP “é um conceito muito específico dentro desse campo, que podemos chamar de ‘campo ergológico, quer dizer tudo que diz respeito à atividade humana” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 153). Impossível, então, analisar a atividade industriosa sem considerar os laços que se criam entre as pessoas ao trabalharem e partilharem um projeto comum.

Chamou-nos atenção a criação de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes – ECRP - em momentos que se formam como coletivo solidário e cooperativo na realização do trabalho de atendimento *na rua*, os laços que se criam entre os trabalhadores e as interações que se estabelecem entre os que estão *na rua* e os que estão na ‘central’. Podemos identificar essas ECRP em análises anteriores, quando salta aos olhos a formação desses

coletivos, transitórios e plásticos, em que circula valores do nível macro, global e valores do micro, local.

Conforme discutimos em seção específica sobre os ingredientes do agir em competência, vale lembrar que as ECRP não coincidem com as equipes de trabalho prescritas nas regulamentações e legislação referentes à urgência, em especial, ao Samu. Ressaltamos que uma “ECRP é identificável no funcionamento real das pessoas que tecem laços ao trabalhar” (Schwartz & Durrive, 2007, p. 162).

E como vão se formar os laços entre os profissionais no desenrolar da atividade? A ECRP vai aparecer de forma bem situada e mostra-nos sinais de cooperação e solidariedade entre os profissionais envolvidos.

Identificamos a formação de ECRP no momento de realização do atendimento *na rua* - ocorrências (2) e (3) – e também na central de regulação - ocorrência (4). Em seguida, extraímos fragmentos dessas ocorrências, em que as ECRP emergiram com mais nitidez e, se poderíamos dizer, mais força.

Retomemos a ocorrência (2), quando o médico me disse, dentro da ambulância, depois de ter chegado ao local (correndo), e, junto com a enfermeira, e às vezes com ajuda do motorista, ter tirado uma das vítimas de dentro do carro, colocar na *prancha*, imobilizado (usando o que chamam de *colar* no pescoço), e, finalmente, colocar dentro da ambulância, quando a enfermeira passa a realizar os procedimentos protocolados...

Segundo regulamentação do trabalho da urgência, através da ‘Portaria 2.048’ (Ministério da Saúde, 2006e), o condutor deve ajudar ao profissional de saúde no socorro à vítima. Isto, porém não significa que sempre se formará uma ECRP ao se realizar o trabalho da urgência. Aqui observei que foram criados elos entre esses profissionais, que após deixarem o usuário no Hospital, foram juntos comprar almoço e depois almoçaram juntos em espaço próprio para refeições, na sede do Samu. Mostraram satisfação e até mesmo prazer, em estarem juntos, ao realizarem o trabalho e após conclusão/ alcance do objetivo coletivamente (deixar a paciente no hospital em atendimento), continuarem juntos para comprar o almoço e se alimentarem.

Ao abordarmos a ocorrência (3), quando guarda e vigilante ajudaram trabalhadores do Samu (técnicas enfermagem e motorista) ‘a conter o menino’, identificamos o ingrediente 6. O motorista começou a conversar com a criança, observei que quando ele falava, o menino se acalmava, olhava para ele, etc... Colocaram a *prancha* no chão, e começaram a amarrá-lo, com cuidado. PM observava de longe. Amarraram braços e pernas,

enquanto tentavam acalmar com conversa, menino irritado, resistia, procurava a mãe (profissional/SAMU chamava a mãe para perto dele, ele via a mãe e dizia que ela havia chamado a PM). Todos com cuidado e respeito ao jovem e à mãe – ora a pediam para se aproximar, depois para se afastar ...

Nesse atendimento, nesse ato de ‘amarrar a criança’, acalmá-la, envolver a mãe e ainda com apoio do vigilante e do guarda que, mesmo distante, poderíamos dizer, fazia parte da atividade. Neste caso formou-se uma ECRP – ingrediente 6. Em situação real de trabalho os profissionais ali presentes, não apenas do Samu (até mesmo eu, que me envolvi e me impliquei com aquele atendimento, conversei com a técnica de enfermagem, algumas vezes) criaram laços de cooperação e solidariedade, compartilharam valores ‘sem dimensão’ – defesa da saúde e dos direitos da criança/adolescente - e também saberes, todos com respeito ao saber do outro, nessa hora, diríamos que se tratavam como iguais, sem importar com a profissão, a escolaridade, a classe social, todos implicados com o trabalho de cuidar daquela criança, todos contribuíram para um encaminhamento respeitoso e digno ao jovem e à sua mãe. Interessante que nesse caso, a ECRP se ampliou e incluiu o profissional médico da central de regulação, que compartilhou desse projeto comum de oferecer o tratamento mais adequado e aceitou a sugestão da técnica de enfermagem para levar o adolescente ao CEPAI e não a uma Upa.

Retomemos agora a ocorrência (4), quando o trabalhador/supervisor de central nos relatou ‘imprevistos na madrugada’ e , a partir daí, abordou a ‘gestão de um evento’:

Central entra em desespero, atendentes e médicos, peço para se acalmarem!!

Uma funcionária [TARM], residente no local, tirei ela do atendimento - o tempo todo do lado dos meninos, para acalmar... todos estressados, médicos também...

Nessa hora identificamos uma ECRP, profissionais criaram laços e partilharam objetivos e emoções. Observa-se que supervisor disse: *o tempo todo do lado dos meninos* e disse também dos ‘elos’ que se formaram entre ‘todos profissionais da Central’ e ressalta que ‘os médicos estavam juntos no desespero e no stress’...

Então, as ligações / laços entre os profissionais do Samu se realizam também através de comunicação à distância, principalmente via radiophone, e como nos disse um trabalhador da USB 200: *A gente é o olho do médico, o que a gente passa é que ele vai dar a conduta...*

Poderíamos dizer que quando se cria sinergia entre o médico-regulador e o técnicos de enfermagem, na USB, em atividade *na rua* e acontece o debate de valores e saberes entre esses profissionais; quando há possibilidade de diálogo, manifestação de saberes ‘da experiência’ e participação na regulação junto com o médico (o que parece ser raro, segundo relato e avaliação dos próprios trabalhadores), nesse momento se abre possibilidade de se formar uma ECRP?

Por exemplo, no caso da ocorrência (3), num primeiro momento, o regulador passou a conduta de ir para uma Upa, a técnica manifestou seu saber/valor e disse a ele que talvez fosse mais indicado o encaminhamento ao serviço psicossocial especializado na infância e adolescência – CEPAI/Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais -FHEMIG. . Ela me relatou, no dia seguinte a essa ocorrência, que o médico escutou sua indicação e então orientou os trabalhadores a fazerem o que ela sugeriu.

Outros relatos, em oposição a esse, os trabalhadores se queixam do não reconhecimento de ‘sua experiência’, que não se escuta o que pensam os sujeitos envolvidos com o atendimento *na rua*, conforme já foi abordado em análises anteriores.

Os profissionais falam da importância desses laços entre os que estão *na rua* e os que estão na central de regulação médica, e aqui incluem os ‘despachantes’ (ROs), que trabalham ao lado do médico e regulam a frota de ambulâncias.

Então, há situações de trabalho em que observamos movimentos de criação da ECRP na abordagem de alguns casos, em que os profissionais se ajudam e criam laços de cooperação e solidariedade, partilham um objetivo/projeto comum e se tratam como iguais, desfazem hierarquias e organogramas.

Por outro lado, observam-se ‘traços tayloristas’ na organização prescrita do trabalho que concentra o poder na central de regulação e nos cargos de gerência e coordenação de equipes, e assim não favorece a criação de laços de solidariedade e valorização dos diferentes saberes/valores que circulam na atividade. E mesmo que se criem Colegiados Gestores, em que participam representantes das diferentes categorias profissionais, esses não funcionam como ‘polo de gestão coletiva da atividade’. Como as experiências de (co)gestão podem contribuir para ‘a gestão das gestões’, se considerarmos que o trabalhador é ‘gestor do próprio trabalho’, faz a micro-gestão da atividade industriosa, vivencia ‘dramáticas’, reprocessa valores (dimensionáveis e sem dimensão) e toma decisões. Novas perguntas se formularam ao terminar essa análise da atividade através dos ingredientes do agir em competência. Poderíamos dizer que ao se constituírem ECRP se desfaz a

organização taylorista do trabalho? E como a PNH através dos dispositivos – PFST e CAP – associados à diretriz da ‘valorização do trabalho e dos trabalhadores’, que busca referenciais da ergologia e sua concepção de atividade humana, pode contribuir para análises / intervenções nesse campo da urgência que considerem o ponto de vista da atividade?

Finalizamos por agora, sabendo que teremos muito ainda que pensar sobre as possibilidades de criação de vínculos e sinergias entre os sujeitos/profissionais envolvidos em situações reais de trabalho. E vale lembrar aqui discussões sobre a sociedade contemporânea e as violências que atravessam o cotidiano de todos nós e também as situações de trabalho real, quando muitas vezes o que prevalece é a fragilização dos laços sociais e o acirramento do individualismo e disputas desleais entre pares/colegas de trabalho. Passemos, com essas inquietações sobre trabalho, valores e possibilidades de construção de laços solidários entre os humanos em realidades laborais contemporâneas, a apresentar as conclusões desta pesquisa.

CONCLUSÕES

A análise da atividade industriosa no Samu-BH através dos ingredientes do agir em competência nos confirma a complexidade do conceito ergológico de atividade humana ao abarcar as múltiplas dimensões do trabalho, do sujeito humano, dos coletivos e das relações que se estabelecem entre as pessoas ao trabalharem.

Após concluir este processo de análises/sínteses, que buscou identificar os heterogêneos, e ao mesmo tempo, complementares e indissociáveis ingredientes do agir em competência, e nesse exercício procurar estabelecer articulações entre eles, podemos apontar algumas tendências neste esforço de conclusão de nossa pesquisa.

Retomemos a pergunta que esboçamos ao propor este estudo junto com os sujeitos protagonistas da atividade industriosa no Samu-BH: ‘como o ponto de vista da atividade industriosa, na perspectiva ergológica, pode interferir/repercutir no modo de fazer gestão do processo de trabalho no Samu no sentido da realização dos princípios e diretrizes da PNH?’

Com esta questão interessava-nos considerar o ponto de vista da atividade na análise do processo de trabalho e PNH, em particular, no Samu 192 de BH.

A partir daí, definimos como modo de entrada na atividade industriosa a elaboração ergológica sobre os ingredientes do agir em competência, o que nos possibilitou a análise de todo o material recolhido em campo, através de registro em Diário de Campo e fotografias, quando escolhemos as ocorrências a serem focadas nesse esforço de decomposição e síntese dos ingredientes.

Procuramos aprofundar as discussões sobre processo de trabalho em saúde, tomadas como parte do campo da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador, e estabelecer articulações entre estas diferentes abordagens, inclusive da PNH, e a ergologia.

Buscamos entender o cenário de emergência da PNH como política pública transversal de fortalecimento do SUS e atualização dos princípios da universalidade, igualdade/equidade, integralidade, participação social. A partir daí, trouxemos os debates sobre o sentido de humanização introduzido pela PNH por meio das formulações de seus criadores, ao tomar o humano como existência concreta de sujeitos singulares em oposição às visões de idealização do humano. Enfatizamos a humanização como ‘conceito-experiência’, e as características instituintes, moleculares, inventivas da PNH, que se propõe a transversalizar outras políticas, portarias e normas do SUS, negando-se a tomar forma de texto de uma lei/norma como política prescritiva a ser implantada de forma generalizada, o que a

descharacterizaria como política que se faz no molecular das experiências concretas dos sujeitos protagonistas do SUS – trabalhadores/gestores e usuários. A aposta no ‘método da tríplice inclusão’ nos diz da ‘força instituinte’ da PNH ao disparar mudanças de modelo de atenção e gestão, através de dispositivos, entendidos como ‘tecnologias leves’, com ênfase nos processos de inclusão dos sujeitos, dos coletivos e dos conflitos/‘analísadores’.

Então, nesse ‘vai-e-vem’ através do ciclo de pesquisa, retomamos nossa pergunta, numa outra formulação: ‘Em que medida, a PNH como política pública transversal do SUS, interfere no processo de trabalho no Samu, considerando ‘o ponto de vista daquele que trabalha’?

Em algum momento de nossas análises e discussões, definimos como desafio desta pesquisa, tomar o ponto de vista da atividade industriosa para um aprofundamento das diretrizes referentes à ‘valorização do trabalho e dos trabalhadores’ e à ‘cogestão’. E ao focar a análise na identificação do ingrediente 6 - as ECRP -, esses coletivos que se formam na atividade, que desestabilizam prescrições e hierarquias, plásticos e transitórios, sem contornos definidos, que não coincide com as equipes formais prescritas nos organogramas, vislumbramos possibilidades de fortalecimento ou criação de espaços de ‘gestão coletiva da atividade’ e compartilhamento de valores e saberes entre os sujeitos implicados com a atividade. Pensamos que poderíamos tomá-las (as ECRP), como referência fundamental na atualização de diretrizes e dispositivos relacionados aos temas da valorização do trabalho/relações entre saúde e trabalho e da gestão compartilhada do processo de trabalho. E, a partir daí, tomarmos o esquema do DD3P como um projeto, uma postura metodológica, que nos ajudaria a melhor compreender a atividade como debate de normas e o processo infinito de renormatização imanente à mesma. Nesses caminhos entendemos que as ECRP vão nos dizer sobre tudo que se passa na atividade, e ao se formarem, fazem história, criam saberes, debatem valores, renormatizam e convocam/reconvocam novos saberes protocolares/disciplinares. Informam sobre o funcionamento real dos sujeitos no trabalho e das relações entre eles. Então, chegamos à conclusão, que essas ECRP poderiam nos fornecer material a ser analisado pelos sujeitos portadores de diferentes saberes (‘disciplinares/protocolares’ e ‘da experiência’), no caso do SUS/Samu, poderíamos nomeá-los como gestores/administradores/gerentes - gestores/trabalhadores - gestores/usuários, através de dispositivos que funcionassem como um DD3P.

E aqui tendemos a alcançar uma síntese de nossas análises e reflexões, ao confirmar que a PNH, como política que se constrói a partir das experiências de um ‘SUS que

dá certo’, em que se valoriza a existência concreta dos sujeitos singulares, com ênfase na ‘inclusão’ como método, articula-se à *démarche* ergológica, ao propor como dispositivos, que se associam às diretrizes de ‘valorização do trabalho e dos trabalhadores’ e ‘gestão compartilhada’, o PFST/CAP, as rodas de conversa, os GTHs, os colegiados gestores, dentre outros. E, como já nos indicaram autores vinculados à PNH (Santos-Filho & Barros, 2007; Santos-Filho, Barros & Gomes, 2009; Mori, Hebert da Silva & Beck, 2009) e ao campo da ergologia no Brasil (Gomes et al, 2011; Athayde & Brito, 2011; Hennington, 2007) a formulação da CAP, como dispositivo de pesquisa ‘junto com’ os protagonistas da atividade, inspira-se no ‘paradigma ergológico’ do DD3P e suas articulações com as Comunidades Científicas Ampliadas de Ivar Oddone. Pensamos que poderíamos, como agentes/apoiadores da PNH e pesquisadores do campo da ergologia, propor avaliações sobre essas interlocuções e experimentações junto aos serviços do SUS e, a partir daí, (re)criar projetos que fortaleçam e atualizem as diretrizes/dispositivos focados. E nesses movimentos de construção de ‘comunidades dialógicas’ nos espaços de trabalho do SUS, identificar e valorizar as experiências das ECRP - as renormatizações, os saberes gerados na atividade como ‘forças de convocação e reconvocação’ de novos saberes protocolares e reprocessamento dos valores – em sintonia com as discussões e formulações que deram origem à PNH.

Após essas análises e reflexões, em que nos ‘impregnamos’ nesses encontros com os sujeitos protagonistas do trabalho no Samu-BH, concluímos que, ao tomarmos o ponto de vista da atividade, numa abordagem ergológica, para a análise do processo de trabalho em saúde e a PNH, em particular no campo da urgência móvel do SUS, constatamos que nos processos de gestão do trabalho, caracterizados como participativos ou compartilhados, não se tem considerado o ponto de vista da atividade industriosa para a análise e avaliação das práticas desenvolvidas nos diferentes espaços de trabalho. Se considerarmos que os trabalhadores fazem (micro)gestões ao trabalharem, e neste sentido a gestão não se localiza apenas no lugar instituído da gerência ou gestão do trabalho, tomaríamos como desafio “fazer a gestão das gestões” (França & Muniz, 2011, p. 210), e , neste sentido, pensamos que os dispositivos de gestão compartilhada ou participativa, como os colegiados gestores, os GTHs ou outros poderiam favorecer/possibilitar ‘a gestão das gestões’, em contraposição às práticas de gestão ‘autoritárias’, referenciadas em organogramas e prescrições (Schwartz & Durrive, 2010; França & Muniz, 2011).

Nesta perspectiva, confirmamos que considerar o ponto de vista da atividade industriosa para um aprofundamento das diretrizes e dos dispositivos da PNH poderia ser

apontado como um desafio, que procuramos enfrentar ao propor esta pesquisa junto com os sujeitos-trabalhadores do Samu-BH.

Mais especificamente, ao focarmos o nosso campo de pesquisa, perguntamos sobre as possibilidades de construirmos espaços de ‘debate sinérgico’, seja através de colegiados gestores, GTH, CAP, rodas de conversa, ou outro, no Samu, que funcionem como ‘palco de gestão coletiva da atividade’, e neste sentido, possibilite recuperar as renormatizações na atividade e reinjetá-las nos saberes protocolares. E aqui, reafirmamos nossa disponibilidade para encontros futuros com esses trabalhadores/gestores do Samu, inclusive para discutir com eles os resultados desta pesquisa, em que se fizeram presentes como sujeitos pensantes, dialógicos e cooperativos. Importante também o diálogo com experiências que se aproximam da PNH em Samu de outras localidades, como Dourados - Mato Grosso do Sul, Aracaju - Sergipe, Campinas – São Paulo, Fortaleza - Ceará e no Estado de Santa Catarina (Paranhos Martins, 2010).

Como vimos no decorrer da análise através dos ingredientes da competência, os trabalhadores valorizam e reconhecem o saber protocolar, ao mesmo tempo queixam-se das limitações à sua participação nos processos de regulação, então perguntamos: com toda esta legislação referente à atenção às urgências, rigorosamente construída e com fortes características prescritivas, em que prevalece a forma de organização do trabalho centrada na regulação médica, quais as possibilidades da PNH intervir nesses espaços do SUS na perspectiva da valorização do trabalho e da gestão coletiva da atividade?

Os trabalhadores e trabalhadoras nos apontam algumas pistas em relação à ‘humanização do trabalho’, e aqui fica em evidência a indissociabilidade entre atenção e gestão, ao abordarem questões referentes ao reconhecimento por parte da central de regulação de saberes gerados na atividade, ao acolhimento e classificação de riscos na urgência móvel, reflexões sobre ‘urgências em saúde’ e ‘urgências sociais’, salário, condições de trabalho com ênfase nas questões do horário de alimentação e repouso, ‘apoio psicológico’ aos trabalhadores, espaços de rodas de conversa e escuta dos trabalhadores, dentre outras.

O importante é que a PNH, como ‘força instituinte’ e inventiva, e coerentemente com o método que propõe, favoreça a inclusão desses protagonistas da atividade no Samu, como sujeitos e coletivos pensantes, cooperativos e corresponsáveis, e ao incluí-los valorize seus saberes e os conflitos experimentados no cotidiano laboral. Esses trabalhadores que produzem saúde e defendem a vida, e com muita coragem e engajamento, renormatizam indefinidamente na atividade. E que aprofundemos os sentidos do trabalho em saúde como

atividade humana, e que as diretrizes/dispositivos da PNH se atualizem através de experiências moleculares junto com os que realizam o trabalho e pensam sobre ele, fazem propostas e criam saberes, desejam participar e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo SUS/Samu.

Se considerarmos as *dramatiques*, e nesse processo o ‘retrabalho das normas’ e as renormatizações é preciso que (re) criemos e valorizemos espaços que possibilitem o debate dos ‘dramas’ vividos em situações reais de trabalho.

Com essas inquietações e o desejo de continuar ‘junto com’ os protagonistas da atividade e contribuir para a atualização da universalidade, igualdade, integralidade e participação social, como princípios fundadores do SUS, terminamos, provisoriamente, este trabalho de pesquisa junto com os trabalhadores/gestores e as trabalhadoras/gestoras do Samu-BH.

Mais uma vez nossos agradecimentos por esta oportunidade de encontro e estudos, e o nosso reconhecimento da importância do trabalho da urgência móvel do SUS.

REFERÊNCIAS

ARANHA, Antônia Vitória S. (2003) *Relação entre o conhecimento escolar e o conhecimento produzido no trabalho: dilemas da educação do adulto trabalhador*. Trabalho & Educação. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos Trabalho e Educação (NETE), v.12, n.1, jan./jul.2003.

ARAÚJO, Gilvan F. & RATES, Susana M. M. (Orgs). (2008) *Co-Gestão e Humanização na Saúde Pública*. Belo Horizonte: Sigma Editora.

ANTUNES, Ricardo. (1997) *Adeus ao trabalho?- ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*.-4.ed.- São Paulo:Cortez/Unicamp.

ANTUNES, Ricardo. (2000) *Os Sentidos do Trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial.

ATHAÍDE, Milton & Brito, Jussara. Ergologia e clínica do trabalho.(2011) In: *Clínicas do Trabalho*. Pedro F. Bendassoli & Lis Andrea P. Soboll (orgs). São Paulo: Atlas.

BAREMBLITT, Gregório. (1992) *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

BAREMBLITT, Gregório. (2003) *Introdução à Esquizoanálise*. Belo Horizonte: Instituto Feliz Guattari/ Fundação Gregório Bartemblitt.

BENEVIDES de BARROS, Regina & PASSOS, Eduardo. (2006) *Humanização na Saúde: um novo modismo?* In Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Eduardo & Regina Benevides (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (Publicação cedida pelos autores) Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. SP, v.9, n.17, 2005.

BENEVIDES de BARROS & BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (2007) *Da Dor ao Prazer no Trabalho*. In Trabalhador da Saúde: muito prazer! – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Serafim Santos-Filho & Maria Elizabeth Barros de Barros (orgs). Ijuí: Ed. Unijuí.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. & SANTOS-FILHO, Serafim (orgs). (2007) *Trabalhador da Saúde: muito prazer! – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. (1981) *Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. (1987) *Repensando a Pesquisa Participante*. São Paulo: Brasiliense.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues & Streck, Danilo Romeu. (2006) *Pesquisa Participante: a partilha do saber*. Aparecida, SP: Idéias & Letras.

BRITO, Jussara. (2004) *Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica*. In *Labirintos do Trabalho*. Marcelo Figueiredo; Milton Athayde et al. Rio de Janeiro: DP&A.

BRITO, Jussara. (2011) *A ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde*. In *Saúde do trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Carlos Minayo Gomez et al (orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

CANGUILHEM, Georges. (2001) *Meio e normas do homem no trabalho*. Pro-posições, v.12, n. 2-3 (35-36), jul-nov./2001.

CANGUILHEM, Georges. (2005) *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

CANGUILHEM, Georges. (2006) *O normal e o patológico*. RJ: Forense Universitária.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. (2005) *Um método para análise e Co-Gestão de Coletivos*. São Paulo: Ed. HUCITEC.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. (2006) *Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida?* In *Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Eduardo & Regina Benevides (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 43-45. (Publicação cedida pelo autor) *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. SP, v.9, n.17, p. 398-403, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. (2007) *Saúde Paidéia*. -3 ed.- São Paulo: Hucitec.

CARVALHO, Ricardo Augusto Alves de. (1995) *Saúde mental e Trabalho: um novo (velho) campo para a questão da subjetividade*. Sofrimento Psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho. Wanderley Codo & José Jackson Coelho Sampaio (Orgs.), Petrópolis/ RJ: Vozes.

CARVALHO, Ricardo Augusto Alves de. (1996) *Les nouvelles technologies de gestion et la mobilization de la subjectivité dans une industrie au Brésil*. Paris: Presses Universitaires du Septentrion.

CARVALHO, Ricardo Augusto Alves de. (2001) *Considerações teórico-metodológicas sobre as novas configurações autogestivas no mundo do trabalho neste início de milênio*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos Sobre o Trabalho Humano (NESTH) da UFMG. (mimeo)

CLOT, Yves. (1999) *Ivar Oddone: os instrumentos de ação*. Tradução de Milton Athaíde (abril/2000). Revista *Les territoires du travail*, nº 3, maio de 1999, Catéis: Marseille.

CLOT, Yves. (2006) *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.

CLOT, Yves. (2011) *Clínica do trabalho e clínica da atividade*. In *Clínicas do Trabalho*. Pedro F. Bendassoli & Lis Andrea P. Soboll (orgs). São Paulo: Atlas.

CHARLOT, Bernard. (2000) *Da relação com o saber*. Porto Alegre: Artmed.

CONSTITUIÇÃO DO BRASIL (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da Ordem Social. Seção II. Da Saúde*. Art. 196 a Art. 200. Brasília. (sem referência de editora)

CUNHA, Daisy Moreira. (2006) *Atividade humana e produção de saberes no trabalho*. Trabalho apresentado no 13º Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino. Recife: Endipe.

DEJOURS, Christophe. (1992) *A Loucura do trabalho*. São Paulo: Cotez- Oboré.

DEJOURS, Christophe. (1994) *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas.

DESLANDES, Suely. (2002) *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

DIAS, Deise Sousa. (2009) *Trabalho docente no ensino fundamental: a tessitura de saberes numa perspectiva ergológica*. UFMG. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social. (Tese de Doutorado).

DIAS, Elizabeth Costa (1993) *Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil*. In Lys Esther Rocha (org.). *Isto é trabalho de gente? – vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes.

ECHTERNACHT, Eliza. (2008) *Atividade Humana e Gestão da Saúde no Trabalho: elementos para a reflexão a partir da abordagem ergológica*. In Dossier Laboreal - Ergologia. Revista Laboreal, vol.IV, n.1, 07/2008. Disponível em <http://laboreal.up.pt>, consulta em março/2011.

ENRIQUEZ, Eugène. (1997) *A Organização em Análise*. Vozes, Petrópolis, RJ

ENRIQUEZ, Eugène. (2000) *Vida Psíquica e Organização*. In Vida psíquica e Organização. Fernando C. Prestes Motta & Maria Ester de Freitas (Orgs). Editora FGV, Rio de Janeiro.

DICIONÁRIO AURÉLIO. (1986) *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FOUCAULT, Michel. (2009) *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 36 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

FRANÇA, Júnia Lessa et al. (1998) *Manual para normalização de Publicações Técnico-Científicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

FRANÇA, Maristela Botelho & MUNIZ, Hélder Pordeus. (2011) *A Gestão Coletiva dos Serviços de Saúde Pública: uma perspectiva ergológica*. Revista Saúde, Trabalho e Educação, v. 9, supl.1, 2011.

FREIRE, Paulo. (1985) *Por uma Pedagogia da pergunta*. Paz e Terra, RJ.

FREIRE, Paulo. (1987) *Pedagogia do Oprimido*.- 17 ed.- Paz e Terra, RJ.

FREIRE, Paulo. (1998) *Pedagogia da Autonomia*. - 9 ed.- Paz e Terra, SP

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle.(2005) *Urgências e Emergências em Saúde: perspectiva de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

GOMES, Luciana; ATHAYDE, Milton et al. (2011) *Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTIN*. Revista Trabalho, Educação e Saúde, v.9, supl. 1 (2011) Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

GUÉRIN, F., LAVILLE, A. et al. (2001) *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. São Paulo: Ed.Edgar Blucher.

HECKERT, Ana Lúcia & NUNES, Cláudia Abbês Baeta. (2007) *Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo*. In Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas (org.). Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO.

HENNINGTON, Élida Azevedo.(2007) *Contribuições da ergologia para refletir sobre a gestão dos processos de trabalho e a humanização em saúde*. 1º Simpósio sobre condições de saúde e trabalho no setor saúde. Anais. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG, 07 a 09 de novembro de 2007.

HECKERT, Ana; PASSOS, Eduardo & BARROS, Maria Elizabeth Barros de. (2009) *Um seminário dispositivo: a humanização de Sistema Único de saúde (SUS) em debate*. In Interface – comunicação, saúde, educação. Fundação UNI/UNESP, v.13, supl.I.

LOUSADA Ana Paula; BONALDI, Cristiana & BARROS, Elizabeth Barros de. (2007) *Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas*. In Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Roseni Pinheiro, Maria Elizabeth de Barros de Barros & Rubens Araújo de Mattos (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.

MAGALHÃES, Helvécio & COSTA, Roseli Oliveira. (2006) *A violência urbana em Belo Horizonte: O olhar da saúde e as possibilidades de intervenção intersetorial*. Revista DIVULGAÇÃO em Saúde para Debate. CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), n. 35, junho/ 2006.

MALINOWSKI, Bronislaw. (2008) *Crime e Costume na Sociedade Selvagem*. Tradução de Maria Clara Corrêa Dias. 2 ed. Brasília: Ed. Universidade de Brasília.

MARX, Karl. (1987) *O Capital. Livro 1- o processo de produção do capital, vol. 1*. SP: Ed. Bertrand Brasil – DIFEL.

MENDES, René & DIAS, Elizabeth Costa. (1991) *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*. Revista de Saúde Pública, v. 25, n. 5, out.1991.

MELO, Elza Machado (org.). (2010) *Podemos prevenir a violência: teorias e práticas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

MERHY, Emerson; MIRANDA Magalhães Helvécio et al. (2006) *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*.- 3 ed.- São Paulo: Hucitec.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (1998) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). (1999) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. -13 ed.-Petrópolis, RJ: Vozes.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (2006) *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

MINAYO GOMES, Carlos et al (orgs.). (2011) *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2001) *11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com controle social*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2010) Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção*, vol. 1, Série B, Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2006a) *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde/CONASEMS (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2006b) *HumanizaSUS: Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde*. Eduardo Passos e Regina Benevides (orgs.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.(2006c) *Regulação Médica das Urgências*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada, Editora do Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2006 d) *Chamado à Ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma Década de recursos Humanos em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2006 e) *Política Nacional de Atenção às Urgências*. -3 ed.- Brasília: Ed. do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.(2008a) *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS*. Documento Base - 4 ed.- Ministério da Saúde: Brasília. Documentos da PNH podem ser acessados no site: < www.saude.gov.br/humanizausus>, Cartilhas da PNH.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2008b) *O SUS QUE DÁ CERTO – Mostra Interativa HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Disponível em <redehumanizausus.net>; <www.saude.gov.br/humanizausus>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2009a) Portaria nº 2.871 de 19 de Novembro de 2009. *Constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. (2009b) *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, Série B. Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011a) Portaria 1600 de 07 de julho de 2011. *Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/313/legislacao.html>. Consulta em set./ 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011b) Portaria 2026 de 24 de agosto de 2011. *Aprova diretrizes para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências*. Diário Oficial da União, Seção 1, Nº 164, 25 de agosto de 2011. <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/313/legislacao.html>. Consulta em set./2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2011c). Protocolo - Nº 008 / 2011. *Institui as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS*. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

MORI, Maria Elizabeth & OLIVEIRA, Olga Matoso de. (2009) *Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato*. In Interface – comunicação, saúde, educação. São Paulo: Fundação UNI/UNESP, v.13, supl.I.

MORI, Maria Elizabeth; Herbert da Silva & BECK, Fernanda Luz. (2009) *Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) como dispositivo de cogestão: uma aposta no plano coletivo*. In Interface – comunicação, saúde, educação, Fundação UNI/UNESP, v.13, supl.I.

MUNIZ, Hélder; VIDAL, Mário C. & VIEIRA, Sarita B.(2004) *Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar*. Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Marcelo Figueiredo et al. (orgs). Rio de Janeiro: DP&A.

NOURODINE, Abdallah. (2004) *Risco e atividades humanas: acerca da positividade aí presente*. In. Figueiredo, M; Milton Athaide et al.(Orgs). Labirintos do Trabalho. Rio de Janeiro: DP&A.

ODDONE, Ivar et al. (1986) *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. (2011) *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. (Tese de Doutorado)

OLIVEIRA, Sebastião Geraldo. (1998) *Proteção Jurídica à saúde do Trabalhador*. São Paulo: LTr.

PAIM, Jairnilson Silva. (2008) *Reforma Sanitária: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

PARANHOS MARTINS, Cátia. (2010) *As contribuições da Política Nacional de Humanização para a Política de Urgência e Emergência e a Estratégia do SAMU*. Brasília: Ministério da Saúde. (Produto 4 / PNUD - Relatório de Consultoria, agosto de 2010)

PASSOS, E. , KASTRUP, V. & ESCÓCIA, L. (2009) *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina

PASCHE, Dário Frederico. (2006) *A Saúde Coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde*. In *A saúde Coletiva: diálogos contemporâneos*. Dário Pasche & Ivana B. M. da Cruz (orgs). Ijuí: Ed. Unijuí, Coleção Saúde Coletiva.

PASCHE, Dário Frederico. (2008) *Humanizar o SUS é Humanizar o Brasil*. In < *redehumanizausus*>, blog do autor, consulta em abril/2010.

PASCHE, Dário Frederico. (2009) *Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos*. In *Revista Médica de Minas Gerais. A Humanização em Hospitais Universitários*. Vol 19, Nº 4, Supl 2.

PERROTTA, Claudia. (2004) *Um texto para chamar de seu: preliminares sobre a produção do texto acadêmico*. São Paulo: Martins Fontes.

PINHEIRO, Roseni; BARROS, Elizabeth Barros de & MATTOS, Ruben Araújo. (2007) *Trabalho em saúde sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.

ROLLO, Adail de A. (2007) *É Possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado?* *Trabalhador da Saúde Muito Prazer!*- protagonismo dos trabalhadores na gestão do Trabalho em saúde. Serafim Santos-Filho & Maria Elizabeth Barros de Barros (orgs). Ijuí: Ed. Unijuí.

SANTOS, Heloísa Helena & DINIZ, Margareth. (2003) *O sujeito, o saber e as práticas educativas*. *Revista Trabalho e Educação*. Belo Horizonte: Faculdade de Educação da UFMG, Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação (NETE), vol.12, nº 1, jan/jun/2003.

SANTOS-FILHO, Serafim & BARROS, Maria Elizabeth Barros de (orgs). (2007) *Trabalhador da Saúde Muito Prazer! - protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí.

SANTOS-FILHO, Serafim. (2009) *Avaliação e Humanização em Saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí.

SANTOS-FILHO, Serafim & BARROS, Maria Elizabeth Barros de & GOMES, Rafael. (2009) *A política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde*. *Interface, UNI/UNESP*, v. 13, supl. I.

SANTOS, Boaventura de Sousa. (1999) *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. -5 ed.- São Paulo: Cortez.

SANTOS, Boaventura de Sousa (org.). (2002) *Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. (2008) *Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área de saúde*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, vol.13, nº 2, março/abril 2008, p.391-398.

SCHWARTZ, Yves. (2000a). *Trabalho e uso de si*. Revista Pro-Posições, Unicamp, Vol.1, Nº5, julho, 2000.

SCHWARTZ, Yves. (2000b) *A Comunidade Científica Ampliada e o Regime de Produção de Saberes*. Revista Trabalho e Educação, UFMG, n.7, jul/dez/2000.

SCHWARTZ, Yves. (1996) *Trabalho e Valor*. Revista Tempo Social, USP, n.8, outubro/1996.

SCHWARTZ, Yves. (1998) *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*. Revista Educação e Sociedade. Campinas, dez/1998.

SCHWARTZ, Yves. *Trabalho e Saber*. (2003) Revista Trabalho e Educação, UFMG, vol.12, nº 1, jan-jun/2003.

SCHWARTZ, Yves. (2004a) *Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial*. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Fiocruz, v. 2, n. 1, mar./2004.

SCHWARTZ, Yves. (2004b) *Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias*. In: Labirintos do trabalho. Marcelo Figueiredo et al (orgs.). Rio de Janeiro: DP&A, p. 23-33.

SCHWARTZ, Yves. (2006) *Entrevista: Yves Schwartz*. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Fiocruz, v. 4, n.2, set./2006.

SCHWARTZ, Yves & DURRIVE, Louis. (2007) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Tradução de Jussara Brito & Milton Athayde. Rio de Janeiro: EDUFF (Editora da Universidade Federal Fluminense).

SCHWARTZ, Yves. (2010) *Conhecer e estudar o trabalho*. Tradução de Admardo Júnior e Daisy Cunha. Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFMG, 2010. (mimeo.)

SCHWARTZ, Yves & ECHTERNACHT, Eliza. (2009) *Le corps-soi dans les milieux de travail: comment se spécifie as compétence à vivre?* LIRE, Nº 6, Mar. 2009, Corps au travail.

SETTE FERREIRA, Clara. (1999) *Os serviços de assistência às urgências no Município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. (Dissertação de Mestrado)

TAYLOR, Frederick Winslow (1990) *Princípios de Administração Científica*. Tradução de Arlindo Vieira Ramos. -8 ed.- São Paulo: Ed. Atlas.

TEIXEIRA, Ricardo R. (2003) *Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. In *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes, e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro & Ruben Mattos (orgs.) Rio de Janeiro: CEPESC.

TELLES, Ana Luiza & ALVAREZ, Denise. (2004) *Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes*. *Labirintos do trabalho*. Marcelo Figueiredo et al (Orgs). Rio de Janeiro: DP&A.

TENÓRIO, Gustavo Cunha. (2005) *A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.

THIOLLENT, Michel. (1981) *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. Ed. Polis, SP.

THIOLLENT, Michel. (1988) *Metodologia da Pesquisa-Ação*. Cortez: Autores Associados, SP.

TRAJANO, Ana Rita C. (1988) *Reflexões sobre Educação Popular*. *Psicologia e Sociedade*, Revista da ABRAPSO, Ano III, n. 5, set/1988.

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2002) *Trabalho e Identidade em novas configurações socioprodutivas: Autogestão, Autonomia e Solidariedade em construção*. Belo Horizonte: Mestrado de Psicologia da UFMG. (Dissertação)

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2006) *Construindo cultura de paz e não-violências no campo da saúde pública: a mediação (co-gestão) de conflitos como possibilidade de retomada do diálogo entre partes conflitantes*. Revista Médica de Minas Gerais, vol.16, nº 4, Suplemento 2.

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2007a) *Construindo Redes de Apoio e Valorização dos Trabalhadores da Saúde: experiências em Unidades Básicas de Atenção*. In *Trabalhador da Saúde: Muito Prazer!*- Serafim B. Santos-Filho & M.Elizabeth Barros de Barros (orgs.). Ijuí: Ed. Unijuí.

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2007b) *Violência Urbana e o trabalho dos profissionais de saúde: mediação de Conflitos como estratégia de prevenção de violências*. In *Curso Impactos da violência na saúde*. Claudia Araújo (org.). Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ.

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2007c) *Refletindo sobre trabalho, saúde e relações humanas em unidades básicas de saúde do SUS – uma experiência local*. In *Curso Impactos da violência na saúde*, op. cit.

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2007d) *Diagnóstico das relações de trabalho e Plano de Intervenção/Apoio da Humanização para o SAMU-BH*. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Política Nacional de Humanização. (Produto 1/PNUD -Relatório de Consultoria/ Belo Horizonte, 21 de junho de 2007)

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2007e) *Valorização do Trabalho e dos Trabalhadores do SAMU e das UPAs*. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Política Nacional de Humanização. (Produto 3/ PNUD - Relatório de Consultoria/ Belo Horizonte, 25 de setembro de 2007)

TRAJANO, Ana Rita Castro (2009) *Impactos da violência urbana no trabalho em saúde: construindo uma cultura de paz e humanização do trabalho no campo da saúde pública*. Revista do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC). Mar./2009. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/caminhosdefuturo>.

TRAJANO, Ana Rita Castro. (2010) *HumanizaSUS: um alerta contra a violência contemporânea*. In *Podemos prevenir a violência: teorias e práticas*. Elza Machado de Melo (org). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

VIEIRA, Sarita Brazão; SELIGMANN-SILVA, Edith; ATHAÍDE, Milton. (2004) *Dimensões ocultas no hospital: o 'trabalho sentimental' e as violências presentes na relação de serviço*. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Anísio Araújo; Milton Athaíde et al (orgs). Rio de Janeiro: DP&A.

WISNER, Alain. (1987) *Por dentro do trabalho: ergonomia:método & técnica*. São Paulo: FTD:Oboré.

ZARIFIAN, Philippe. (2011) *Objetivo Competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Editora Atlas.

ANEXOS

ANEXO A - Localização das Bases do SAMU-BH

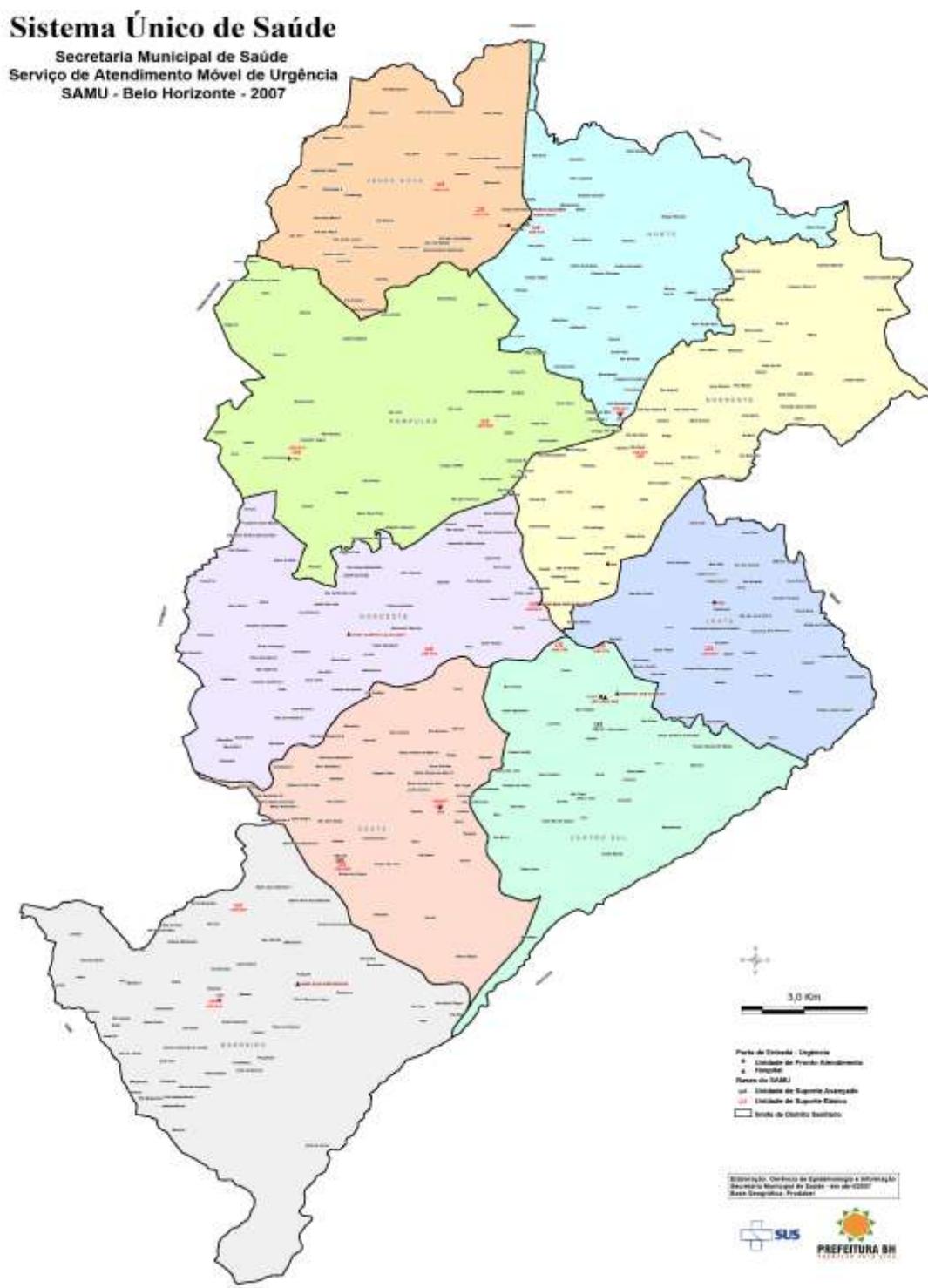
192

RELAÇÃO DE BASES DO SAMU BH/2011

Nº	UNIDADE	LOCAL	ENDEREÇO
1	USA 01	CAMPUS - UFMG	AV. ANTÔNIO CARLOS 8627 - B. PAMPULHA
2	USA 02	HOSPITAL ODILON BEHERENS	RUA FORMIGA, 50 B. SÃO CRISTÓVÃO
3	USA 03	HPS VENDA NOVA	RUA DAS GABIROBAS, 1 B. VILA CLORIS
4	USA 04	BASE DA USA	RUA PARAIBA, 641 - FUNCIONARIOS
5	USA 05	GERENCIA MANUTENÇÃO OESTE	RUA AUGUSTO JOSE DOS SANTOS, 36 BETANIA
6	USB 2106	REGIONAL DE VENDA NOVA	RUA PADRE PEDRO PINTO, 1055 B. VENDA NOVA
7	USB 2120	UPA VENDA NOVA	RUA PADRE PINTO, 175 - VENDA NOVA
8	USB 2313	REGIONAL NORDESTE	RUA QUELUZITO, 45 - SÃO PAULO
9	USB 2412	PAM PADRE EUSTAQUIO	R. PADRE EUSTAQUIO, 1951 B. PADRE EUSTAQUIO
10	USB 2415	ASSOCIAÇÃO BAIRRO BELVEDERE	AV. PTE. EURICO GASPAR DUTRA, 17-B. BELVEDERE
11	USB 2610	PRÓXIMO À UPA LESTE	RUA ANTONIO OLINTO, 154 - B. ESPLANADA
12	USB 2708	TERMINAL RODOVIARIO	PÇA RIO BRANCO, S/N PLATAFORMA H B. CENTRO
13	USB 2719	UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ	RUA SAPUCAI, 23 B. FLORESTA
14	USB 2809	GERENCIA MANUTENÇÃO OESTE	RUA AUGUSTO JOSE DO SANTOS, 36 B. BETANIA
15	USB 2907	REGIONAL BARREIRO (MANESMANN)	AV. OLINTO MEIRELES, 327 B. BARREIRO
16	USB 4116	HPS DE VENDA NOVA	RUA DAS GABIROBAS, 1 B. VILA CLORIS
17	USB 4211	REGIONAL NORTE	RUA PASTOR MURILO CASSETE, 25-B. SÃO BERNADO
18	USB 4310	PRÓXIMO À UPA LESTE	RUA ANTONIO OLINTO, 154 - B. ESPLANADA
19	USB 4311	SUP SANTA CASA	AV. FRANCISCO SALES, B. SANTA EFIGÊNIA
20	USB 4514	UPA PAMPULHA (SANTA TEREZINHA)	AV. SANTA TEREZINHA, 515 B. SANTA TEREZINHA
21	USB 4520	UPA CENTRO SUL	RUA DOMINGOS VIEIRA 488 - SANTA EFIGÊNIA
22	USB 4817	FACULDADE ESTACIO DE SÁ	RUA ERÉ, 207 - BAIRRO PRADO
23	USB 4918	UPA BARREIRO	RUA AURELIO LOPES, 20 - BARREIRO
24	USB 3121	PA SEDE STA LUZIA	AV. RAUL TEIXEIRA DA COSTA 35 - CENTRO
25	USB 3122	PA SÃO BENEDITO STA LUZIA	AV. SENHOR DO BONFIM, 1052 - SÃO BENEDITO
27	USB 3201	RIBEIRÃO DAS NEVES	RUA M ^a PIEDADE GUIMARÃES, N ^o 278 - B. VILA MARIANA - CENTRO
28	USB 3202	RIBEIRÃO DAS NEVES	EM IMPLANTAÇÃO
29	USB 3641	NOVA LIMA	EM IMPLANTAÇÃO
30	USB 3642	NOVA LIMA	EM IMPLANTAÇÃO

BELO HORIZONTE, MAIO DE 2011

ANEXO B - Mapa de Belo Horizonte com localização das Bases do Samu-BH



ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO – LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: PROFISSIONAIS DA URGÊNCIA DO SAMU E A HUMANIZAÇÃO DO SUS: UM ESTUDO SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE DO PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE HUMANA

Instituição/Local da Pesquisa: SAMU- BH/Secretaria Municipal de Saúde

O presente estudo servirá de base para elaboração de tese de doutoramento, como exigência do Curso de Doutorado em Educação do Programa de Pós-Graduação: Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Tem por finalidade o desenvolvimento de Pesquisa *junto com* Profissionais em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte sobre a Humanização do SUS e o Trabalho em Saúde sob o ponto de vista da atividade.

Apresenta como referência teórica principal a *abordagem ergológica do trabalho como atividade humana*, o que significa analisar o trabalho em saúde *do ponto de vista daquele que trabalha*. Conforme Yves Schwartz, autor-guia central de nossas reflexões, a Ergologia não se constitui como uma nova disciplina, mas sim como um dispositivo de análise do trabalho, em que se articulam e se confrontam saberes acadêmico-científicos e saberes *da experiência*, numa *aprendizagem permanente dos debates de normas e valores que renovam indefinidamente a atividade*.

Ressalta-se a relevância política de se estudar esta temática das relações entre a Humanização do SUS e o Trabalho em Saúde, lembrando-se que a questão da saúde de quem trabalha com saúde, no atual cenário de globalização neoliberal, precarização do trabalho e crescente violência social, tem sido tomada como prioridade pelas agendas nacionais e internacionais, governamentais e não-governamentais.

Em seguida destaca-se o **objetivo geral** da pesquisa:

- Analisar o *trabalho em saúde* no campo da *Urgência Móvel e da Humanização do SUS*, sob o ponto de vista da *atividade humana*, procurando compreender/discutir as articulações entre saberes *acadêmico-científicos / protocolos*, saberes *da experiência*, *debate de valores* e *constituição de coletivos* em situações de *trabalho real*.

Como **objetivos específicos**, levantam-se:

- Verificar em que medida a prescrição e interdição dos gestos no trabalho dos profissionais do SAMU produzem sofrimentos que a linguagem comum designa como *stress* e as estratégias criadas para lidar com os mesmos;

- Analisar situações de conflito entre trabalhadores e hierarquia, estudando as relações que podem se estabelecer entre organização do trabalho e o sofrimento psíquico;

- Analisar o impacto da violência contemporânea no trabalho em saúde, identificando estratégias de enfrentamento/abordagem da mesma pelos trabalhadores/gestores

Esta pesquisa foi se constituindo a partir de práticas de Humanização do Trabalho do SAMU, em conjunto com a Gerência de Projetos Especiais da SMSA-BH e da Consultoria da PNH (Política Nacional de Humanização) do MS (Ministério da Saúde).

Trata-se de uma Pesquisa-Participante, que procura envolver os trabalhadores e gestores do SAMU, como informantes, colaboradores e interlocutores; considerando estes como sujeitos/protagonistas, e não objetos de pesquisa apenas fornecedores de dados. Durante todo o processo de realização da pesquisa, pretende-se realizar entrevistas individuais e coletivas, encontros/rodas de conversa para análise e discussão dos dados.

Assim você está sendo convidado(a) a ser um(a) dos sujeitos do estudo, participando de uma pesquisa que consta de observações nos locais de trabalho, filmagens e fotos de situações reais de trabalho (Central de Regulação e atendimentos por USAs e USBs) , gravações e entrevistas para a coleta de dados. Neste período estarei presente no dia-a-dia, observando as atividades desenvolvidas nos diferentes momentos do trabalho. As entrevistas serão agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações e os dados coletados servirão para fins científicos e para fazer recomendações ao Colegiado do SAMU e demais instâncias do SUS envolvidas, objetivando transformar o trabalho e promover a saúde daqueles que trabalham com saúde. As gravações, filmagens e fotos serão realizadas com intuito metodológico, tendo acesso às mesmas apenas os participantes da pesquisa e, se estes permitirem, poderão ser utilizadas em apresentações científicas em congressos, seminários e similares. Além disso, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.

Pesquisadora: Ana Rita Castro Trajano

COEP/UFGM: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II. Campus Pampulha. 2 andar, sl 2005. Fone:(31)3409-4592

Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA (CEP): (31) 3277- 5309

Como pessoa a ser observada, entrevistada e filmada/fotografada, afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci, sendo que meu nome será mantido em total sigilo.

Minhas dúvidas foram esclarecidas e autorizo a realização das observações e entrevistas e a utilização dos dados coletados na sua pesquisa

Nome do entrevistado:

Assinatura: -----

Belo Horizonte, -----

ANEXO D - Recortes de jornais referentes à análise da atividade - ocorrência (1)



Journal HOJE em D.A. 02/07/2009



Desconsolada, a mãe da criança de oito meses, Samara, diz que vai procurar a Justiça

TRAGÉDIA NO BARREIRO

Desentendimento causa morte de bebê

Socorristas do Samu e do Bombeiros divergem sobre procedimentos

IZABELLA
REPORTAGEM

Uma divergência de procedimentos técnicos entre equipes do Corpo de Bombeiros e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) terminou de forma trágica na noite de ontem, no Vila Pádua, Região do Barreiro, quando uma criança de oito meses morreu ao ser socorrida pelas duas unidades de salvamento. O problema ocorreu quando os Bombeiros solicitaram que o Samu levasse a criança para o hospital mais próximo, o que não aconteceu. O caso foi parar na delegacia, já que os militares deram voz de prisão aos dois atendentes do Samu.

Conforme o Corpo de Bombeiros, familiares de Thales Espíndola, de oito meses, desapareceram o Samu e os bombeiros foram chamados de emergência, no Ar. Colônia, 1.000, para atendimento a quem não apresentava um quadro de alteração da temperatura. As equipes chegaram quase juntas, mas bombeiros com uma

foto para perícia cardíaca grave e, como a criança estava ao cargo do Samu, os bombeiros solicitaram que ela fosse levada para uma Unidade de Pronto Atendimento da região. Mas os socorristas alegaram que a "central" não autoriza o deslocamento, que era para esperar uma unidade de suporte avançado. Diante da negativa, os bombeiros deram voz de prisão aos dois funcionários do Samu, por desobediência e omissão de socorro. O bebê acabou morrendo, o que causou revolta aos familiares.

Conforme o capitão Edson Ramos, dos Bombeiros, a unidade avançada demorou cerca de 23 minutos, sendo que a unidade médica mais próxima fica a três quarteirões. "Nossa criança era de salvamento, sendo a falta mais apropriada. Eles levaram, ao máximo, três minutos para chegar no DNII Barreiro, o que aumentamos chances de salvar o bebê", explicou o capitão.

A secretaria adjunta de

saúde solicitou para apurar a responsabilidade do ocorrido. "Temos tudo gravado e garantido que não houve omissão de socorro. Vamos abrir uma sindicância para apurar as responsabilidades do caso. Respeitamos o sentimento da família, mas o que aconteceu foi uma divergência de conduta. Nossa equipe manteve as manobras de ventilação até que a unidade avançada chegasse. Infelizmente a criança não resistiu", disse Saraiva, ressaltando que a decisão de aguardar no local foi uma medida apontada, como evidenciou o Instituto de Saúde Sãojo Freixo & Ventura. "Não poderia ser feito em movimento, pois nossa brecha poderia prejudicar o atendimento", disse Ventura.

A doméstica Samara Pereira dos Santos, de 18 anos, mãe da criança, disse que vai procurar a Justiça. "Sei que não vai trazer ele de volta, mas meu filho morreu assim, de nada, por causa dessa divergência, ele morreu", disse aos policiais. O pai do menino,

Dou, que já tinha problemas de respiração como bronquite e asma, parece ter se despedido da vida pouco antes. "Ele estava bem, na cama, brincou comigo, pôs a mão no meu rosto e sorriu, aí ele veio e morreu", disse. Instantes depois ele começou a gritar com ele no colo, disse que não estava respirando bem. Então chamou os bombeiros, que chegaram, depois os bombeiros, mas ele não resistiu", lamentou Saraiva.

Tanto os responsáveis pelo Samu quanto os Bombeiros reconheceram que a solução seria a criação de uma central única para haver uma padronização.

Militares do Corpo de Bombeiros deram voz de prisão para os atendentes do Samu

BOMBEIROS X SAMU

Militares e técnicos dizem que vão apressar negociações para central única, mas não fixam prazo para apresentar soluções

Promessa de acordo após morte de bebê

THIAGO HERDY

CRISTINA HORTA/EM VÍDEO A PRESS/DIVULGAÇÃO

Mesmo apresentando versões divergentes sobre as circunstâncias do episódio que resultou quarta-feira na morte do bebê Thales Hezequiel, de oito meses, representantes do Corpo de Bombeiros e da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), prometeram ontem apressar os entendimentos para a criação de uma central única de atendimento à população. A proposta é manter as identidades e os números dos serviços, mas compartilhar a base onde ficam os veículos, a central de ligações e as estratégias de treinamento, além de trocar informações. No entanto, não foi estabelecido qualquer prazo para a consolidação da parceria.

Na tarde de quarta, bombeiros e Samu foram chamados para atender uma ocorrência na Avenida Coletora, na Vila Pinho, Região do Barreiro. A mãe pediu ajuda pelo telefone porque o filho de oito meses estava em crise asmática e com pele amarelada. Bombeiros em uma viatura comum e uma técnica do Samu em uma Unidade de Suporte Básico (USB) chegaram praticamente



O bebê Thales Hezequiel, de 8 meses, não resistiu a uma crise de asma

juntos à residência, por volta de 17h. Eles levaram a criança para o interior da USB e, juntos, tentaram desobstruir as vias aéreas da criança.

As divergências começaram quando os bombeiros decidiram que a criança deveria ser levada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Barreiro. A técnica do Samu não concordou e disse que deveria aguardar a chegada de uma Unidade de Suporte Avançado (USA) do próprio Samu, que teria médico e equipamentos adequados ao atendimento da criança. Os bombeiros reagiram dando voz de prisão à técnica do Samu e ao motorista da ambu-

lância, por desobediência. Os socorristas informam que tentaram salvar a criança por aproximadamente 50 minutos, mas ela morreu em decorrência de uma parada cardiorrespiratória. "Deixaram de socorrer meu filho para ficar batendo boca", denunciou a mãe do bebê, a doméstica Samara Pereira dos Santos, de 18 anos.

Todos os envolvidos no episódio foram levados para a delegacia adida ao Juizado Especial Criminal, para prestar depoimento. A Polícia Civil informou ontem que os técnicos do Samu responderão pelo crime de desobediência previsto pelo Código Penal e com pena de detenção de 15 dias a seis meses,

além de pagamento de multa. A Secretaria Municipal de Saúde instaurou uma sindicância para apurar o episódio – até o fim da tarde de ontem, os servidores que atenderam a ocorrência apresentariam relatórios individuais com suas versões sobre o ocorrido, informou o secretário Marcelo Teixeira. O resultado da sindicância sai em 30 dias. Os bombeiros também instauraram um Inquérito Policial Militar (IPM) para apurar as circunstâncias do ocorrido.

Bombeiros e Samu mantiveram o discurso afinado quando perguntados sobre o impacto da discussão e da divergência no atendimento prestado ao bebê. "O protocolo de atendimento de urgência foi seguido pelas equipes. Não houve omissão de socorro, prejuízo ou interrupção do atendimento à criança", disse o secretário Marcelo Teixeira. O comandante operacional do Corpo de Bombeiros, o coronel Celso Novaes Borges, seguiu a mesma linha: "O atendimento à criança não paralisado. Acreditamos que levá-la para a UPA era a atitude mais correta, mas não posso dizer se ela sobreviveria ou não", disse. As divergências ficaram mais claras quando representantes dos dois órgãos apresentaram suas versões para detalhes da ocorrência.



Tipagem de desastres/emergências diante de caso de criança, que ocorreu de parada cardiorrespiratória. Não demonstra que houve acidente

VERSÕES DIVERGENTES

QUEM CHEGOU PRIMEIRO

- Os bombeiros dizem terem sido os primeiros a chegar ao local. Eles teriam recebido a criança dos braços da mãe e a levaram para fora da casa, quando chegou uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Samu.
- A Secretaria Municipal de Saúde informa que a USB chegou primeiro. Os bombeiros teriam chegado pouco tempo depois e ajudaram no atendimento.

CHEGADA DA USA

- Veículo mais bem equipado para o atendimento, a Unidade de Suporte Avançado (USA) teria sido deslocada no mesmo horário da USB, segundo a

Secretaria Municipal de Saúde. Por causa da distância entre o local de atendimento e as bases dos veículos, a USB chegou às 17h e, a USA, às 17h06, de acordo com a secretaria.

- Bombeiros e a mãe da criança negam a informação: dizem que a USA chegou às 17h23. A discussão teria ocorrido nestes 23 minutos, e não em 6 minutos, como argumenta a secretaria.

TRANSPORTE

- O quadro clínico da criança exigia a realização de um procedimento de ventilação e reanimação, para o qual havia recursos suficientes na USB, segundo a secretaria. O transporte colocaria em risco a vida da criança.

- Os bombeiros discordam e afirmam que a criança precisava ser submetida a procedimentos mais complexos, com recursos disponíveis apenas em unidades de saúde.

DISTÂNCIA

- Os bombeiros argumentam a UPA Barreiro está localizada a menos de 500 metros do local do atendimento, por isso o transporte não prejudicaria o atendimento à criança.
- A Secretaria de Saúde argumentou que a distância era maior, 1,5 quilômetro, por isso havia risco. A distância correta é a informada pela secretaria.